

Etiske dilemmaer ved hverdagsrehabilitering

Yrkesetisk utvalg har fått i oppdrag av sentralstyret (Norsk Ergoterapeutforbund) å drøfte noen mulige utfordringer og dilemmaer knyttet til satsning på den relativt nye arbeidsformen hverdagsrehabilitering. Målgruppa for artikkelen og videreføring av diskusjonen vil være alle aktuelle yrkesgrupper involvert i organisering, utvikling og drift av virksomheten. Yrkesetisk utvalgs hensikt med denne artikkelen er derfor å inspirere til diskusjoner, med videre formål å få innført etisk refleksjon som standard i konseptet.

AV KJERSTI HELENE HAARR

Hverdagsrehabilitering som arbeidsform er dagsaktuelt og har stor tverrfaglig interesse. Flere kommuner er i gang med planlegging og gjennomføring av prosjekter, godt hjulpet av faglige innspill fra Norsk sykepleierforbund, Norsk fysioterapeutforbund og Norsk ergoterapeutforbund (Ness, Laberg et al. 2012).

Samhandlingsreformen (St. meld. nr 47 2009), Innovasjon i omsorg (NoU 11 2011) og ny helselovgivning (Helse og omsorgsdepartementet 2012) fremhever ulike former for rehabilitering i hjemmet som en viktig strategi for å møte det økende behovet for velferdstjenester. Hverdagsrehabilitering har vist seg som et strategisk klokt valg også for norske kommuner.

Hverdagsrehabilitering har vist seg virksomt og kostnadseffektivt i Danmark (Kjellberg, Ibsen et al. 2011) og i Sverige (Månsson 2007; Gustafsson, Gunnarsson et al. 2010) og har dermed blitt attraktiv å «kjøpe» for norsk forvaltning. Når et spesifikt tiltak eller virksomhet får slik massiv oppmerksomhet, kan det være grunn til å se nærmere på om det er utfordringer og dilemmaer som bør

tenkes spesielt gjennom, blant annet for å sikre oss at vi ikke får Ibsens Brands sukk i retur:

*Se,
Statens Forraad
er kun tyndt,
den vil have,
Valuta for sin Myndt...*

Hverdagsrehabilitering har mange elementer av ordinær rehabilitering, forebygging og helsefremming i seg, men skiller seg metodisk og organisatorisk noe fra kommunale hjemmetjenester slik de har vært praktisert i Norge de siste tiårene. Som en hovedsakens kan vi si at hverdagsrehabilitering inkluderer både et tankesett og en arbeidsform. Tankesettet inkluderer *en holdnings- og kulturendring* med vekt på mestring i hverdagen, samt tett tverrprofesjonelt og tverretatlig samarbeid. En viktig forutsetning er at hele den kommunale organiseringen må tenkes gjennom, fra topp til bunn. Suksesskriteriene fra Danmark understreker at det kreves *bred, felles politisk, administrativt og faglig forankring i kommunen* for å kunne lykkes (Kjellberg, Ibsen et al. 2011).

Samtidig innebærer hverdagsrehabilitering en *utvikling av brukerstyring* i retning av egne målformuleringer og personlige valgte tiltak, fremfor tilbud om standardtjenester (eksempelvis matombringing og dagsenter). En grunnleggende innstilling fra den profesjonelle er det åpne spørsmålet «Hva er viktig for deg nå i livet ditt?» Individuelle livsløp vil klart fordre et mangfold av tiltak.

I artikkelen vil vi løfte frem utfordringer knyttet til *organiseringen og brukerorienteringen* innen hverdagsrehabilitering. Videre vil vi kort klargjøre hva et etisk dilemma



Kjersti Helene Haarr er ergoterapeut og høgskolelektor ved Diakonhjemmet Høgskole Rogaland. Hun er medlem av Ergoterapeutenes yrkesetiske utvalg, som skal være en pådriver for høy yrkesetisk bevissthet hos ergoterapeuter.

Det er ingen uenigheter om rettighetene til manuskriptet.

er, trekke frem noen typiske problemstillinger, samt prøve å belyse konkrete dilemmaer på ulike nivåer. Disse innspillene og mulige modeller til refleksjon er ment til videre bruk ved planlegging og samarbeid, og ikke minst i møte med den enkelte bruker.

Hva er etikk, og når står vi overfor et etisk dilemma?

Etikkens kjerne, er i følge Vetlesen (2007) *urettferdighet*, signalisert ved vår trang til å gripe inn når vi opplever noe som «galt»; som at noen krenker noen. I sin alminnelighet kan vi gå ut fra en enighet om at vi oppfatter krenkelse som galt; at ingen har rett til noensinne, med viten og vilje, å krenke (såre) noen (Vetlesen 2007, s. 9, 18).

Et etisk dilemma har vi hvis vi står overfor to eller flere valgmuligheter, der ingen av løsningene er åpenbare – eller også hvis det man kan gjøre blir galt for noen uansett – litt som et valg mellom pest og kolera (Eide og Aadland, 2008). Nordby (2012) derimot hevder at det langt fra er opplagt at valget står mellom to «ønder». Problemet kan være å velge mellom to alternativer som begge er positive. Spørsmålet blir likevel hvilket som er det beste – eller mest hensiktsmessige, alt tatt i betraktning.

Betyr det at alle dilemmaer er etiske? Det er viktig å understreke at ikke alle dilemmaer er etiske. Veien til avklaring og god løsning kan være en annen dersom dilemmaet i hovedsak har et praktisk preg. Et praktisk dilemma eller *uenighet* kan oppstå dersom partene er enige om målsetninger og grunnleggende verdier og begrunnelser for handling, men uenige om hvordan praksis best skal gjennomføres. Hvilke handlingsvalg skal vi ta for å nå det felles målet? Et etisk dilemma derimot har man når ulike verdier/verdisett står på spill, og personen må velge et relevant handlingsalternativ ut fra det som vurderes som rett eller godt i denne aktuelle sammenhengen. To eksempler kan illustrere forskjellen, hvor de faglig ansatte i begge tilfeller kan sies å være enige om at de skal arbeide for å nå brukernes egne mål.

a) Etter hoftebruddet ønsker Klara Skog å kle på seg alle klærne selv; hun klarer det langt på vei, med tiden til hjelp. Sykepleier Kari kjenner Klara Skogs egne målsetninger og er enig i at de er styrende for arbeidet. Kari hjelper likevel stadig litt med påkledningen, fordi hun ikke klarer å se på at fru Skog strever. Dette kan oppleves som en konflikt i teamet, men trenger altså ikke være et etisk dilemma. Partene må da gå gjennom hvordan man faktisk og praktisk skal «gjøre felles sak». Dersom det likevel viser seg at Kari er grunnleggende uenig i målsetninger for teamarbeidet/ hverdagsrehabiliteringen og fru Skogs egne mål, eller uenig i ressursbruk, organisering eller andre forutsetninger og verdier i arbeidet (selvbestemmelse, støtte og veilede m.v.), ser vi konturene av et etisk dilemma.

b) Det andre eksemplet er møtet med Johan Fjell, som er 90 år og bor i egen bolig. Ved ytterligere redusert funksjon og spørsmål om mer hjelp, blir Hr. Fjell vurdert for å delta i hverdagsrehabilitering. I det siste har han opplevd å bli noe mer svimmel. Han forflytter seg selv innendørs og bruker rullator ute. Johan er selv usikker

på om han bør fortsette å gjøre ærend ute alene. En av pleierne som tilbyr tjenester hjemme, spør hvorfor Johan ikke skal fortsette å utføre oppgaver som å handle og hente posten, selv om han er blant de eldste eldre. Hun har erfart at han fremdeles mestrer dette på egenhånd. Innad i pleiegruppa oppstår det imidlertid uenighet, da andre spør: «*Hvorfor skal han ikke få lov til å ha det litt «behagelig» på sine eldre dager – Johan har tjent landet i mange år! Han trenger vår hjelp. Er det ikke vår oppgave å gi han det som etterspørres?*»

Grensene mellom rent praktisk og mer etisk begrunnede konflikter vil være hårfine; bak tilsynelatende overflattisk uenighet kan det avdekkes ulike verdisett hos de faglig ansatte. Fagpersoner vil møte kollegaer, eller også pårørende, som er uenige i de mål og ønsker som er satt opp. For å unngå at de enkelte fagutøverne blir stående som gisler, eller at hele teamet havner i en konfliktsituasjon, vil den tverrfaglige gruppen i eksemplet med Johan Fjell måtte gjøre en jobb for å komme frem til omforente *begrunnelser og holdninger* for felles sak, før eventuelle praktiske forskjeller kan rettes opp. Hensikt og mål må gjentas og reflekteres over i et tett og krevende samarbeid.

Det finnes mye filosofisk tankegods og teorier fra antikken og frem til i dag som kan hjelpe og støtte vår bevissthet om og forståelse for etiske og moralske spørsmål. Fagpersonell kan med fordel jevnlig friske på minnet om hva de ulike teoriene (dydsetikk, pliktetikk, diskursetikk osv.) sier om vanskelige valg. Det vil likevel ikke være mulig å vedta normer og verdier for å møte fordommer på samme måte som medisinske og tekniske prosedyrer. Vi kommer dermed aldri bort fra at det *å få øye på* og klare å identifisere hva som står på spill i en gitt situasjon, bare kan trenes som en annen bevissthetsakt eller ferdighet hos den enkelte (Vetlesen 2007). Sagt med andre ord: som profesjonelle har vi ansvar for å ta til oss kunnskap om gjeldende normer for god etikk. Yrkesetiske retningslinjer, litteratur og annet kan være til hjelp, men det kan likevel aldri settes opp fullstendige etiske regler for hvordan vi skal agere. Handlingsvalg må være personlig begrunnet og finner sted i møter mellom helsepersonell og de menneskene vi stadig omgås – brukere, medarbeidere eller myndigheter (Nordby 2012).

Nivåer og ansvar for utfordringene

Hverdagsrehabilitering foregår i kommunehelsetjenesten, det vil si i førstelinje. Dilemmaene den faglig ansatte møter der, kan gå i mange retninger – både oppover i systemet i forhold til organisasjonen og overordnede, til kollegaer på samme nivå, eller overfor yrkesrollen som sådan, i møte med den enkelte bruker (Nordby 2012). Utfordringer på de ulike nivåene spiller klart inn på hverandre, da dilemmaer på overordnede nivåer har en tendens til å bli presset nedover i systemene. Vike (Vike, Bakken et al. 2002) kaller dette «dilemma på reise»; der frontlinjen/klinikerne blir stående med ansvaret for et tilbud eller en endring de har ønsket annerledes.

Nye offentlige styringssystemer, såkalte markeds- og managementinspirerte idealer (med en fellesbetegnelse

kalt New Public Management – NPM) har gjort seg gjeldende i Norge de to siste tiår både innen helsevesenet og andre offentlige sektorer. Styringssettene kan være ulike, men gjenkjennes i form av forvaltningskontor, bestiller-utfører-modeller, evaluering og dokumentasjon av effekt av offentlige innsatser osv. Beslutninger om dreining i hva som tillegges fokus og verdi kan tas av politikere og administrasjoner, som arbeidstakere i frontlinjen får (juridisk) ansvar for å realisere uten innflytelse over virkemidlene. Klinikerne er de som må presentere og gjennomføre innsparinger, omorganisering og andre endringer (Vike og Haukelien 2007, Nordby 2012). Resultatet kan videre oppleves som at brukeren får dårligere tilbud eller tjenester. God kommunikasjon og plassering av ansvar mellom ledelse og medarbeidere kan forebygge at det oppstår konflikt i slike situasjoner.

Den profesjonelle i møte med brukeren

I rehabiliteringsvirksomhet er det mindre vanlig å arbeide med akutte og livstruende problemstillinger, slik at situasjoner med de vanskeligste valgene, om livreddende behandling, sjelden inntreffer. Det er likevel i de mange møtene, i relasjoner med brukere og deres nærpå personer over tid, at tvil og valgsituasjoner oppleves mest krevende.

Hverdagsrehabilitering er nå satt i system og skal prøves ut i mange kommuner. Ved spørsmål til profesjonene i fellet får vi presentert et klassisk dilemma formulert som «*hva om brukeren ikke vil bli bedre?*» Fortsatt følger vi Johan Fjell som er 90 år og bor i egen bolig. De siste årene har han fått hjelp til dusjing. Johan har vedtak på dette tiltaket, og ser ingen grunn til å endre på at hjemmesykepleien skal hjelpe med dusjing.

Ved gjennomgang av et dilemma kan det være god hjelp å gå systematisk til verks. I heftet *Etikkhåndboka* av Eide og Aadland (2008) finner vi en refleksjonsmodell som er tverrfaglig og kjent av mange i kommunene. Refleksjonene kan gjøres mer eller mindre omfattende. Her benytter vi en kortversjon med følgende punkter:

- 1) Presiser dilemmaet etter formelen: «Skal jeg velge A eller B?»
 - 2) Hvem er involvert?
 - 3) Hva er de viktigste åpne verdiene, hensynene og argumentene for henholdsvis A og B?
 - 4) Hva er «sidehensyn» og tilsynelatende «usaklige» argumenter?
 - 5) Ranger de tre viktigste verdiene/hensynene etter hva de betyr for deg.
 - 6) Finnes det flere handlingsalternativer?
 - 7) Velg ett av alternativene, og gjennomfør det.
- (Eide og Aadland 2008, s. 37).

Dilemmaet må presiseres i forhold til om det er dusjing Johan ikke vil bli bedre i, eller om personalet opplever at han «ikke vil bli bedre» i sin alminnelighet – hva er det Johan motsetter seg? Siden Johan «eier» problemet/dilemmaet, må han selv være involvert i argumentasjonen. Den profesjonelle er ansvarlig for å ha et repertoar av tilnæringer for å involvere brukeren i sin egen prosess.

De viktigste åpne verdier og prinsipper som skal avgjø-

res, er knyttet til rehabiliteringens grunnleggende ideologi. Et av prinsippene for rehabilitering handler om å rette seg mot brukerens *egne* mål. Spørsmålet kan da bli: «er dusjing en vesentlig ting for Johan å bli bedre i - er det hans eget mål?» Eller vil det være grunnlag for å gjennomgå livssituasjonen på nytt og spørre: «hva ønsker Johan å oppnå i livet sitt nå?» Ved hjelp av de redskapene vi har for brukerstyring, blant annet intervju og observasjon, kan vi sammen kanskje komme frem til andre vesentlige livsforhold eller -områder han gjerne vil engasjere seg i, og bidra til forbedring. Det kan handle om hvilken som helst arena: arbeid (eller arbeidslignende oppgaver), fritid eller hjemme, og målet kan inkludere samhandling med andre personer. Hvis svaret er ja, er det grunnlag for å gå videre med (hverdags-)rehabilitering. Hvis man ikke finner noen slike vesentlige områder han selv tenker er en målsetning, må andre tiltak vurderes (hjelp i hjemmet, tilpasninger av omgivelsene, personstøtte utenfor hjemmet m.v.).

Skjulte verdier sier det seg selv at er vanskeligere å få øye på. De kan ligge hos brukeren, i form av at han er redd for å miste den sosiale kontakten som følger med hjelp i hjemmet. Brukeren kan ha redsel for å være alene ved dusjing og ikke bli oppdaget hvis det skulle skje et uhell. Kanskje kan han tenke det er best ikke å gi fra seg et gode han har fått, tross alt – det vil være omstendelig å få nytt vedtak hvis det skulle trenge snart igjen, osv. Skjulte verdier kan like så vel ligge hos personalet, ved tanker som: «hvis Johan var min far, ville jeg aldri la ham dusje alene!» Eller også: «han er gammel og har vært en hardt arbeidende mann, og bør få noe tilbake for sin innsats for landet gjennom et langt liv.»

Skjulte verdier implisitt i kulturen er en utfordring å få øye på for å avdekke dilemmaer. Forforståelser og fordommer ligger dypt forankret i samfunnet, i bedriften og hos hver især. I vårt rettighetsbaserte samfunn holdes blant annet individets uavhengighet og autonomi svært høyt, både filosofisk og politisk (Vetlesen 2007). I vår dagligtale kan det lett ta form av at «alle» ønsker å være selvstendige – i betydningen å *gjøre selv*, fysisk og praktisk, uten at vi har undersøkt nærmere hvordan det forholder seg for den enkelte. Ved å ta dette ståstedet for gitt, kan den profesjonelle stå i fare for å formidle at det å trenge bistand, hjelp og støtte er en mindreverdige posisjon å ha. Det å motta omsorg blir da forstått som en tilstand eller situasjon som den enkelte bør (sette mye inn på å) overvinne (Vetlesen 2007, s. 112). Vetlesen peker på erkjennelsen av menneskers *sårbarhet og avhengighet av hverandre* i positiv moralsk betydning, som også berører rehabilitering i høyeste grad. Og selvbestemmelse kan klart utøves både sittende og liggende, for å si det enkelt.

I selve spørsmålet «*hva om brukeren ikke vil bli bedre?*» kan det opplagt ligge skjulte normer om forventet forbedring. I mange sammenhenger oppleves den uuttalte, forventede forbedringen å handle først og fremst om (kropp-)funksjon. Teorier og modeller ergoterapeuter arbeider etter, og de seneste årenes utvikling av Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF)(2006) viser imidlertid med tydelighet at tiltak og forbedringer ikke bare bør tenkes inn på kroppsnivå,

men både i og med selve aktiviteten og i omgivelsene. Vi minner om at det i omgivelsene også, ifølge ICF, ligger sosiale fenomener som holdninger (hos andre). Med andre ord: også innenfor hverdagsrehabilitering må det holdes høyt at løsningen kan bli god, og målet kan nås, gjennom tilnærminger på ulike nivåer.

Profesjonssjåvinisme kan i tillegg være en skjult verdi, uttrykt ved at prioriteringer og valg skjer ut fra en yrkesgruppes ønsker om å definere seg selv som overlegen eller uunnværlig, for å skaffe egen profesjon rom og ros, uten særlig hensyn til hva som tjener tjenestemottakeren best (Lingås 2005, s. 92). Likeens kan lønnsomhet, som nevnt i starten, være en skjult verdi. Selv om vi i et rikt land gjerne ikke vil være bekjent av et slikt argument, inngår ofte kostnad-nytte-kalkuleringer som del av prioriteringene og nye styringsprinsipper (Lingås 2005).

Hva kan så være sidehensyn eller usaklige argumenter i sammenheng med Johan Fjells rehabilitering? Mange ganger kan vi høre uttalelser som «han er ikke motivert». Teorier om hvordan vi kan muliggjøre meningsfull aktivitet bygger på forståelsen at det åndelige, som igjen kan sies å være den indre driv eller gnist, utgjør menneskets indre kjerne (Townsend og Polatajko 2007). For å følge denne tankegangen og gå åpent ut, blir spørsmålet da ikke om Johan er motivert, men heller *hva* han er motivert for? (Bredland, Linge, Vik 2011). Bruk av «motiverende/-inviterende intervju» for å sjekke om personen «er motivert» og eventuelt har «rehabiliteringspotensial», kan forsvares etisk kun dersom intervjuet ikke utgjør et «utilbørlig press» eller krenker personens integritet på noen måte. Å søke det offentlige om bistand oppleves av mange som uverdigg og vanskelig (Thommesen 2010). Situasjonen Johan er i, kan gjøre at han takker ja til hverdagsrehabilitering hvis dette virker overbevisende eller overtalende nok. Et logisk resonnement fra brukerens side kan være: «dersom jeg ikke tar imot dette tilbudet, vil alternativet være dårligere, eller ikke noe tilbud i det hele tatt».

Denne sistnevnte problemstillingen vil berøre strukturelle utfordringer som helt klart har en etisk valør. Som en følge av svaret på om Johan «egner seg» for hverdagsrehabilitering eller ikke, vil det være en politisk forpliktelse å ha et like godt og egnet tilbud uansett hva han velger. Liknende bekymringer har allerede meldt seg rundt bruk av ny teknologi: vil personen få tilfredsstillende oppfølging dersom han eller hun velger vekk den avanserte teknologien? (Grut og Hem 2012). I forhold til hverdagsrehabilitering vil spørsmålet være: hvis Johan takker nei, vil det da være andre kvalitativt like gode tilbud parat? Eller vil ressursene på tradisjonelle og mer langvarige rehabiliteringsløp, eller også hjelp og omsorg i hjemmet blir nedprioritert?

Gjennom å drøfte punktene 1 - 4 i refleksjonsmodellen (Eide og Aadland 2008), har vi nå prøvd å vise noen argumenter og hva en slik refleksjon kan handle om. Det gjenstår å rangere de viktigste verdiene, finne handlingsalternativer, velge og gjennomføre – valg som er nært knyttet til hva en kommer frem til på de foregående punktene. Flere av de samme argumentene og verdikonfliktene kan være tilbakevendende, og trenger da ikke å gjennomgås

hver gang. Blir man dreven, kan man også gå over på det Eide og Aadland (2008, s. 38) kaller en «minimumversjon», som består av kun tre punkter:

1. Hva er det jeg må velge mellom – hva er dilemmaet?
2. Hva taler for å gjøre det ene eller det andre? Hva ville den kloke ha gjort?
3. Velg den handlingen som ettertanken peker ut som den beste!

Avslutning og oppsummering

Rapporter på hverdagsrehabilitering gjør det lett å få øye på de positive sidene; noen av de eldste eldre overrasker med historier hvor de forteller om store forbedringer: de klarer mer selv, kommer seg ut på egenhånd, lever et liv som likner på det de hadde før den aktuelle forverringen og er strålende fornøyde! Resultatene tilsier at vi må holde fast ved at noe ved arbeidsformen er riktig og bra (Rambøll 2012).

Sett i et mer overordnet og langsiktig perspektiv, bør vi likevel stille oss kritiske til om det nå også er mer allmenne prinsipper angående menneskesyn vi må ta stilling til på nytt. Kan det tenkes at de demografiske forholdene med flere eldre og yngre som trenger bistand fra det offentlige, samt mangel på arbeidskraft og offentlige ressurser, igjen gjør at funksjonsforbedring får stort fokus? Kan forbedret kroppsfunksjon være den egentlige (skjulte) agenda, for at personer skal trenge mindre bistand, og det offentlige spare penger? Den enkelte fagperson og politikers bevissthet og dømmekraft skal være med på å avgjøre hvilke kulturelle føringer som får forrang: en holdning der vi er villige til akseptere annerledeshet, og dermed ulikhet i funksjonsevne, eller et syn der vi vil strebe etter å perfektionere (og ensrette) mennesket (Lingås 2005)?

Yrkesetisk utvalg ser nødvendigheten av refleksjon rundt hverdagsrehabilitering både med hensyn til organisering og i møte med den enkelte bruker. Utvalget oppfordrer ledelse, team og andre fagfellesskap i kommunene til å være systematiske og bruke god tid på å utvikle felles verdigrunnlag før oppstart av hverdagsrehabilitering. Underveis bør en stoppe opp og reflektere over hva disse valgene betyr i praksis (Månsson 2007). Gjelder dilemmaene mer overordnede og strukturelle forhold, anbefales at ledelse og politikere deltar i diskusjonen.

Selv om hverdagsrehabilitering nå har vist frem gode eksempler og kan gi rehabilitering en ny giv i kommunene, har organiseringen ingen innebygd norm for praksis, vil ikke være et selvsagt gode i alle sammenhenger, og gjør ikke automatisk valgsituasjonene enklere. Hverdagsrehabilitering krever, som all helse- og sosialfaglig praksis, mye av både faglighet og medmenneskelighet! □

Forfatteren takker for nyttige diskusjoner og viktige innspill fra Yrkesetisk utvalg; Inger Birgitte Dæhli, Annette Eidesen, Kirsti N Hellesøy, Anne Lund, Nils Erik Ness og Elisabeth Strand.

Kilder

Bredland, E. L., O. A. Linge, Vik, K. (2011). *Det handler om verdighet og deltakelse: verdigrunnlag og praksis i rehabilite-*

faglig

ringsarbeid. Oslo, Gyldendal akademisk.

Eide, T. og E. Aadland (2008). *Etikkhåndboka: for kommunenes helse- og omsorgstjenester*. Oslo, Kommuneforl.

Grut, L. og K.-G. Hem (2012). Velferdsteknologi i pleie- og omsorgstjenestene. *SINTEF rapport*. SINTEF. Oslo, SINTEF. A23142.

Gustafsson, U., B. Gunnarsson, et al. (2010). Hemrehabilitering för äldre i olika store kommuner - opplevd kvalitet, funksjonsförändring, organisationsforutsetninger, resursforbrukning och statliga stimulandmedels betydelse för utvecklingen. *FoU-rapport*. Sosialstyrelsen, Landstinget Kronoborg. 2011:11.

Helse og omsorgsdepartementet (2012). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., Norsk Lovdata.

KITH (2006). *ICF, Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse*. [Oslo], Sosial- og helsedirektoratet.

Kjellberg, P. K., R. Ibsen, Kjellberg, J. (2011). Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Viden og anbefalinger. *DSI report*. D. Sundhedsinstitut. København, Dansk Sundhedsinstitut. rapport 3333.

Lingås, L. G. (2005). *Ansvar for likeverd. Etikk i tverrfaglig arbeid med habilitering og rehabilitering*. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Månsson, M. (2007). *Hemrehabilitering: vad, hur och för vem?*, Fortbildningen AB/Tidningenes Åldreomsorg.

Ness, N. E., T. Laberg, et al. (2012). Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering. N. F. Norsk Ergoterapeutforbund, Norsk Sykepleierforbund. Oslo, Norsk Ergoterapeutforbund,

Norsk Fysioterapeutforbund, Norsk Sykepleierforbund.

Nordby, H. (2012). *Etiske dilemmaer i helse- og omsorgsarbeid*. Oslo, Gyldendal akademisk.

NoU 11 (2011). Innovasjon i omsorg. Helse- og omsorgsdepartementet. H.-o. omsorgsdepartementet. Oslo, Departementets Servicesenter.

Rambøll (2012). Undersøkelse om rehabilitering i kommunene - erfaringer med tilbud gitt i pasientens hjem/vante miljø. Rambøll. Oslo, Rambøll. IS-0365.

St. meld. nr 47 (2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo, Akademika AS.

Thommesen, H. (2010). Rehabilitering som politikk, virksomhet og studiefelt - en introduksjon. *Rehabilitering som politikk, virksomhet og studiefelt*. Oslo, Gyldedal Akademisk.

Townsend, E. A. og H. J. Polatajko (2007). *Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation*. Ottawa, Canadian Association of Occupational Therapists.

Vetlesen, A. J. (2007). *Hva er etikk?* Oslo, Universitetsforlaget.

Vike, H., R. Bakken, et al. (2002). *Maktens samvittighet: om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Vike, H. og H. Haukelien (2007). Velferdspolitikken ved reiseslutt. Norsk Sykepleierforbund.