

Ergoterapeutenes kjernekompetanse er en ressurs i kommunenes implementering av eldrereformen Leve hele livet

Av Trude Anita Hartviksen & Marianne Eliassen



Trude Anita Hartviksen er ergoterapeut og ph.d.-kandidat ved Nord universitet, Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Leknes.

E-post: Trude.a.hartviksen@nord.no.



Marianne Eliassen er fysioterapeut med ph.d. i helsevitenskap. Hun er universitetslektor ved Universitetet i Tromsø, Institutt for helse og omsorgsfag og forsker ved Senter for omsorgsforskning Nord.

Sammendrag

Eldrereformen Leve hele livet startet 1. januar 2019 og innebærer at kommunene fram til 2023 skal gjennom systematiske forbedringsprosesser på ulike innsatsområder rettet mot den eldre befolkningen. Målet er at alle eldre skal få bedre hjelp og støtte til å mestre livet. Leve hele livet har fem spesifikke satsningsområder: et aldersvennlig samfunn, mat og måltider, aktivitet og fellesskap, helsehjelp og sammenheng i tjenestene.

Vi ser at disse satsningsområdene, og særlig aktivitet og fellesskap, vil ha nytte av at ergoterapeutenes kjernekompetanse løftes fram og tas i bruk i kommunene på en hensiktsmessig måte. Vi vil gjennom en praktisk tilnærming i denne fagartikkelen løfte fram hvilke muligheter reformen gir i denne sammenheng.

Nøkkelord: eldrereform, leve hele livet, kommunehelsetjenesten, kvalitetsforbedring, aktivitet, ergoterapi

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen

Introduksjon

Leve hele livet, kvalitetsreformen for eldres helsetjenester, startet i januar 2019 og skal gjennom ulike faser i et femårsperspektiv planlegges, gjennomføres og evalueres i alle norske kommuner. Hensikten er økt deltakelse og mestring for eldre, at pårørende skal kunne bidra uten å slite seg ut, og at ansatte skal få bruke kompetansen sin på en hensiktsmessig måte. Reformen løfter fram en rekke eksempler på gode løsninger for hvordan kommunene kan sørge for et mer aldersvennlig samfunn med god mat og gode måltider, aktivitet og fellesskap, helsehjelp og sammenheng i tjenestene. Eksemplene løftes fram på bakgrunn av et ønske om at kommunene skal inspirere og lære av hverandre (1).

Det er etablert et nasjonalt støtteapparat som ressurs for kommunene i implementeringen av reformen. Støtteapparatet er organisert som et samarbeid mellom Helsedirektoratet, KS og landets fem sentre for omsorgsforskning (2). Det er også etablert regionale støtteapparat i samarbeid med Fylkesmannen, KS regionalt og Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester (3). Støtteapparatene skal veilede og bistå kommunene med å planlegge, utforme og gjennomføre reformen lokalt. Kommunene har ansvaret for reformen gjennom forbedringsprosesser der en initierer, kartlegger og tar i bruk egen kompetanse. Implementeringen startes ved at kommunestyrene behandler og vedtar hvordan reformens løsninger kan gjennomføres lokalt (1).

Som en del av det nasjonale støtteapparatet har Senter for omsorgsforskning Nord et spesielt ansvar for satsnings-

området aktivitet og fellesskap. Artikkelforfatterne, ergoterapeut og ph.d.-kandidat Trude Anita Hartviksen og fysioterapeut og universitetslektor Marianne Eliassen, er begge ansatt ved omsorgsforskning Nord for å ivareta denne oppgaven. I tillegg har ergoterapeut og universitetslektor Marte Ørud Lindstad ved NTNU Gjøvik bistått i arbeidsprosessen. I arbeidet med å samle kunnskap og erfaringer på området ser vi at forståelsen av begrepene aktivitet og fellesskap varierer og ofte begrenses til fysisk aktivitet. Begrepsforståelsen speiler ikke den individuelle og kulturelle betydningen av aktivitet og fellesskap som mangefasettert og sammensatt av ulike dimensjoner, individuelt og kontekstuell.

For å lykkes med implementeringen av reformen Leve hele livet mener vi at det står sentralt å ta utgangspunkt i en felles begrepsforståelse. Vi mener at ergoterapeutenes kjernekompetanse bør løftes fram som en ressurs i kommunene for dette arbeidet, basert på profesjonens sterke og tydelige grunnkompetanse på aktivitet. Med utgangspunkt i problemstillingen «*Hvordan kan ergoterapeuter med sin aktivitetskompetanse bidra til å styrke kommunenes forbedring av området aktivitet og fellesskap gjennom Leve hele livet-reformen?*» ønsker vi i denne fagartikkelen å diskutere de ulike dimensjonene av aktivitet og fellesskap, og hvordan ergoterapeutkompetansen i kommunene kan være en ressurs i forbedringsarbeid.

Metode

Senter for omsorgsforskning Nord har fått i oppdrag av Helsedirektoratet å etablere et felles kunnskaps- og erfaringsgrunnlag med

spesielt fokus på satsningsområdet aktivitet og fellesskap. I dette arbeidet er det gjennomført søk etter kunnskap og erfaringer basert på utvalgte søkeord knyttet til temaet. Basert på funnene ble aktivitet og fellesskapsbegrepene kategorisert i seks kategorier:

- fysisk aktivitet og trening
- sosial aktivitet
- intellektuell aktivitet
- kulturell og eksistensiell aktivitet
- produktiv aktivitet og
- digital aktivitet

Videre gjennomførte vi deduktive søk for å bygge opp det teoretiske perspektivet som knytter de ulike aspektene av aktivitet og fellesskap til helse i den eldre delen av befolkningen. Funnene tydeliggjorde at tiltak rettet mot aktivitet for den eldre befolkningen ofte bygger på en noe begrensende fortolkning av begrepet aktivitet: fysisk aktivitet.

Et sentralt element i Leve hele livet-reformen er at implementeringen tar utgangspunkt i en prosessbasert «bottom-up»-tilnærming for å sikre lokal forankring og involvering. Det ble derfor også søkt kunnskap om implementeringsstrategier og forbedringsprosesser som kunne være hensiktsmessig i implementeringen av aktivitet og fellesskap i kommunenes helse- og omsorgstjenester. Tabell 1 på neste side viser en oversikt over nettstedet og søkeord som var utgangspunkt for søkene.

For å øke sannsynligheten for relevante funn gikk vi systematisk gjennom nettstedenes innholdsfortegnelse. Vi brukte overskrifter, abstrakt/ingresser og innholdsfortegnelser i funnene for å vurdere aktualitet for videre lesning. Søkene ble dokumentert i en matrise med oversikt over

antall treff, innholdets relevans, lenker til relevant innhold og en kort oppsummerende tekst om innholdets tematikk. I reformen er det foreslått fem løsningsforslag for å redusere inaktivitet og isolasjon blant eldre: gode øyeblikk, tro og liv, generasjonsmøter, samfunnskontakt og sambruk og samlokalisering (1). Funnene ble kategorisert opp mot disse.

Oversiktsmatrisen vil inngå i et oppsummerende kunnskaps- og erfaringsdokument på området aktivitet og fellesskap som del av et felles grunnlagsdokument for satsningsområdene til bruk i videre arbeid som nasjonalt støtteapparat for reformen Leve hele livet. Ved å kople teori om aktivitet og deltakelse og systematisk forbedringsarbeid ønsker vi i denne artikkelen å konkretisere hvordan ergoterapeuters kunnskap og kompetanse kan og bør bidra inn kommunenes arbeid med implementeringen av reformen Leve hele livet, særlig knyttet til satsningsområdet aktivitet og fellesskap.

METODEKRITIKK

Å gjennomføre systematiserte søk på kunnskap og erfaringer er mer utfordrende enn å gjøre vitenskapelige litteratursøk. Nettsidene vi søkte i, var ikke søkemotorer og ga ikke mulighet for kombinerte søk. Løsningen ble å starte med utvalgte enkeltstående søkeord i søkefelt, for mer usystematisk å følge relevante tråder, lenker og referanser ved hjelp av den såkalte «snowballing»-metoden.

Systematisering av innholdets mangfoldighet ga opphav til utfordringer. Funnene varierte fra politiske føringer, juridiske reguleringer, faglige anbefalinger, vitenskapelig arbeid og praktiske erfaringer til utviklingsprosjekter.

Nettsteder	Søkeord
Helsedirektoratet Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester KS Pasientsikkerhetskampanjen Ressursportalen Senter for omsorgsforskning Regjeringen Norsk helsenett Folkehelseinstituttet Fylkesmannen Fysioterapeuten Ergoterapeuten Sykepleien	Deltakelse Aktivitet Fellesskap Tilhørighet Mestring Eldre Meningsfull aktivitet Aktivisering

Tabell 1: Oversikt over nettsteder og søkeord.

Sammenstilling/kategorisering ble derfor utfordrende, og vi kan ikke utelukke muligheten for at relevante dokumenter ikke er registrert. Systematiske, vitenskapelige søk i databaser ble ikke gjennomført, siden hensikten ikke var en vitenskapelig kunnskapsoppsummering. Relevant forskning ble likevel inkludert der informasjonen som fremkom ble ansett som betydningsfull for det samlede resultatet.

Resultat og diskusjon

Aktiv alderdom har vært lansert som satsningsområde nasjonalt som globalt (1, 4). Regjeringen har fremhevet en strategi i eldrepolitikken som vektlegger yrkesdeltakelse, aktivitet, helse, trygghet og solidaritet mellom generasjonene. Aktivitet og livskvalitet blant eldre fremheves som en verdi i seg selv, samtidig som det også har en samfunnsøkonomisk gevinst. Politikken gjenspeiler hvordan mange eldre både har ressurser og helse til å delta i arbeidsliv og samfunnsliv (1). WHO definerer aktiv aldring som en prosess som skaper og opprettholder funksjonalitet og som muliggjør livskvalitet blant eldre. Prosessen gjør det mulig for den enkelte person å ivareta egne behov, lære, utvikle seg og

ta avgjørelser, være mobil, skape og opprettholde relasjoner og å delta aktivt i samfunnet (4).

AKTIVITET OG FELLESSKAP

Som nasjonalt støtteapparat tar vi utgangspunkt i et bredt aktivitetsbegrep som understøtter aktivitetsforståelsen som ligger til grunn for ergoterapeutenes kjernekompetanse. Mennesket forstås som naturlig aktivt. Slik får vi utfolde våre ressurser, og slik viser vi hverandre hvem vi er. Aktivitet er en sentral del av å være menneske, og inaktivitet ligger til grunn for en rekke helsemessige belastninger og sykdom. Hva som er meningsfull aktivitet, er forskjellig for oss alle, selv om vi ser at noen aktiviteter også er med på å vise status og betydning i samfunnet. Det er forskjell på å få tilbud om deltakelse i arrangerte gruppeaktiviteter og å få tilbud om individuelt tilrettelagt deltakelse i en aktivitet som er meningsfull for den enkelte. Reformen Leve hele livet foreslår at eldre skal få tilbud om én time daglig aktivitet med bakgrunn i egne ressurser, ønsker og behov. Hensikten er at aktiviteten skal gi gode opplevelser og øyeblikk i hverdagen, samt stimulere sanser og minner, bevegelse og deltakelse i sosiale fellesskap (1). Aktivitet

har mange dimensjoner og kan eksempelvis være fysisk, sosial, intellektuell, kulturell, eksistensiell, produktiv eller digital.

FYSISK AKTIVITET OG TRENING

Fysisk aktivitet blant eldre har fått stadig økende fokus, og vi opplever en allmenn overbevisning for helseeffekten aktivitet har gjennom livsløpet. En kunnskapsoppsummering gjennomført av Bauman m.fl. (5) beskriver fysisk aktivitet som den viktigste faktoren for både fysisk, psykisk og sosial helse blant eldre. Forskningen viser at man gjennom fysisk aktivitet kan redusere forekomsten av ulike sykdommer, som eksempelvis hjerte-karsykdommer og diabetes type 2 (5, 6), forekomsten av fallulykker blant eldre (7-9) og redusere kognitiv funksjonstap (10).

Fysisk aktivitet har vist seg å påvirke den psykiske helsen ved å minske angst, depresjon og stress, samt å øke sosial aktivitet (5). Helsemyndighetene har utarbeidet nasjonale faglige råd for fysisk aktivitet for eldre som tilsvarer rådene for den øvrige voksne befolkningen: 150 minutter aktivitet i uken med moderat intensitet eller 75 minutter aktivitet med høy intensitet. Det presiseres også at eldre med nedsatt mobilitet og balanseutfordringer bør prioritere balanse og styrketrening tre ganger i uken (11).

SOSIAL AKTIVITET

Sosiale relasjoner er viktig for helsen (12, 13). Personer som opplever ensomhet, har økt risiko for å utvikle helseproblemer (14, 15). Langvarig ensomhet er forbundet med svekket funksjonsnivå, både fysisk og mentalt, noe som også påvirker livskvaliteten totalt sett. Begrepet sosial isolasjon er ikke

enkelt å definere. Man kan betrakte fenomenet både objektivt, som eksempelvis å bo alene, og subjektivt i form av den enkeltes opplevelse av relasjonell nærhet. Opplevelsen av relasjonell nærhet kan variere, basert på den enkeltes tidligere relasjonelle erfaringer. Studier har vist at det å bo alene ikke nødvendigvis sammenfaller med egendefinert opplevelse av ensomhet. Likevel beskytter det å bo sammen med noen mot ensomhet (16). Selv om sosial isolasjon ikke er mer utbredt hos eldre enn hos yngre, vil sosial isolasjon blant eldre potensielt kunne gi større konsekvenser for den eldres aktivitet og deltakelsesnivå. Dette fordi en da ofte mangler andre rammevilkår i dagliglivet som tilrettelegger for aktivitet og deltakelse.

INTELLEKTUELL AKTIVITET

Intellektuell aktivitet omfatter en rekke ulike aktiviteter som stimulerer til mental aktivitet, som sjakk, lesing, skriving, diskusjonsgrupper, museumsbesøk, kryssord eller håndarbeid. Forskning har vist at intellektuell aktivitet kan redusere kognitiv funksjonsfall (17-19). Enkeltstående forskning antyder også at kognitiv terapi kan ha en viss effekt på eldre pasienter med kognitiv svikt og demens (20), men her er forskningen sprikende (21-23).

For mange eldre har intellektuell aktivitet vært en sentral del av meningskaping og identitetskaping gjennom hele livsløpet; gjennom skolegang, arbeidsliv og i ulike sosiale relasjoner. Å få opprettholde en intellektuell aktivitet kan derfor være av stor betydning for livskvalitet. Forskning viser at under rette forutsetninger har eldre ikke nødvendigvis vanskeligere for å lære enn yngre, i motset-

ning til hva som tidligere har vært antatt (24). Myter om at eldre har nedsatt læringskapasitet, kan bidra til å hindre eldre i å utfordre kognitiv kapasitet. Det bør derfor arbeides aktivt for å underkjenne slike myter og fordommer ved å tilby aktiviteter som stimulerer til økt intellektuell aktivitet blant eldre som har interesse for det.

KULTURELL OG EKSISTENSIELL AKTIVITET

Kultur har stor betydning for personlig og sosial identitet. Forskning viser at det er en sammenheng mellom kulturelle opplevelser og helse (25, 26), opplevd livskvalitet og verdighet (27). Særlig kulturelle aktiviteter som inngår i sosiale sammenhenger, oppleves som meningsfulle. Kulturell aktivitet har etter hvert fått en vesentlig prioritet i offentlige dokumenter for eldrepolitikken (28). I Leve hele livet-reformen (1) fremheves kultur både som mål og middel for å kunne skape gode, meningsfulle øyeblikk. For å kunne tilrettelegge for økt kulturell aktivitet blant eldre er det hensiktsmessig med økt samarbeid på tvers av sektorer og generasjoner, samt involvering av frivillige.

Med spirituell aktivitet menes aktiviteter som bidrar til større meningskaping enn aktiviteten i seg selv, som religion og trosretninger. Åndelige og religiøse aktiviteter kan gi opphav til mening og trygghet (29). Selv eldre som ikke har levd et utpreget religiøst voksenliv, kan finne tilbake til sin barnetro senere i livet. Religion og eksistensielle perspektiver gir meningsforklaring til forhold som livet, døden, kjærligheten og andre spirituelle og emosjonelle fenomener. I vårt flerkulturelle samfunn er det viktig å ta høy-

de for det kulturelle og religiøse mangfoldet vi er, og som også de eldre er en del av, for å kunne legge til rette for individuelt tilpassede tiltak.

PRODUKTIV AKTIVITET

I Folkehelsemeldingen fra 2015 (30) vektlegges Eldres deltakelse i yrkeslivet. Her frontes positive effekter både for det enkelte individ og den samfunnsøkonomiske effekten av en lengre yrkesdeltakelse. Regjeringen har fremmet en politikk som skal mobilisere arbeidslivet til et mer inkluderende og tilpasset yrkesmarked som stimulerer til lenger deltakelse for den eldre delen av yrkesaktive. I 2015 vedtok Stortinget en heving av øvre aldersgrense for yrkesdeltakelse fra 70 år til 72 år, og en nedre grense for bedriftsinterne aldersgrenser på 70 år. Deltakelse i arbeidslivet kan være av stor betydning for mange, og tilrettelegging i arbeidslivet for dem som ønsker det, bør fortsatt være en prioritet.

Yrkesdeltakelse er mest relevant for den yngste delen av den eldre befolkningen. Produktiv aktivitet omfatter imidlertid mer enn bare lønnsinnbringende aktivitet. Frivillighet er eksempelvis en arena for eldre å være aktive på, samtidig som aktiviteten er til nytte for andre og samfunnet (1). Å gjøre nytte for andre mennesker kan ha stor verdi for den enkeltes opplevelse av mestring og mening og dermed påvirke livskvalitet i positiv forstand (31).

Produktiv aktivitet kan også tolkes som aktiviteter i den enkeltes liv som det vil være nødvendig å ha bistand til dersom man ikke kan gjennomføre det selv. Dette kan eksempelvis dreie seg om hus- og hagestell, matlaging, hygiene og andre ADL-aktiviteter.

Hobbyer og andre fritidssysler anses også som produktiv aktivitet og kan ha stor betydning for den enkeltes opplevelse av mestring og mening i hverdagen (32).

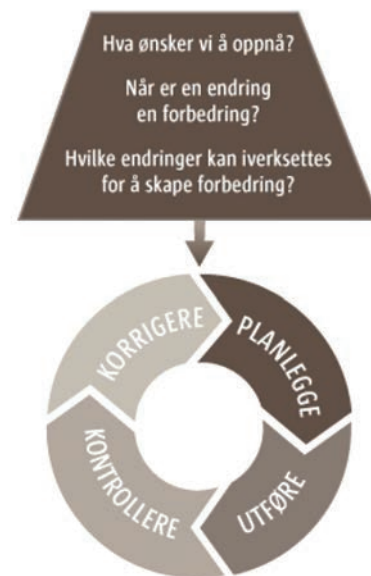
DIGITAL AKTIVITET

Dagens samfunnstjenester blir mer og mer digitalisert. Dette gjelder eksempelvis banktjenester, offentlige dokumenter og søknadsskjemaer og billettsystemer for offentlig transport. Denne utviklingen krever digital innsikt, kunnskap og dømmekraft (33-34). Å være digitalt kompetent betyr mer enn bare å ha tilgang til IKT-verktøy. Det innebærer også å kunne anvende digitale løsninger på en kritisk og trygg måte. Mange eldre har verken tilgang til IKT-løsninger eller kompetanse til å anvende det, selv om tall fra SSB viser at andelen eldre med tilgang til nettløsninger er økende. Gjennom Nasjonalt program for digital deltakelse vektlegges eldre over 65 år som en sårbar gruppe som skal prioriteres for å legge til rette for økt digital deltakelse (35).

Gjennom økt digital deltakelse kan eldre få lettere tilgang til samfunnstjenester som setter en i stand til å mestre og administrere eget liv (34). I tillegg vil økt digitalisering blant eldre kunne bidra til økt aktivitet innenfor eksempelvis sosiale fellesskap ved å kompensere for fysisk avstand eller mobilitetsbegrensninger.

KVALITETSFORBEDRING

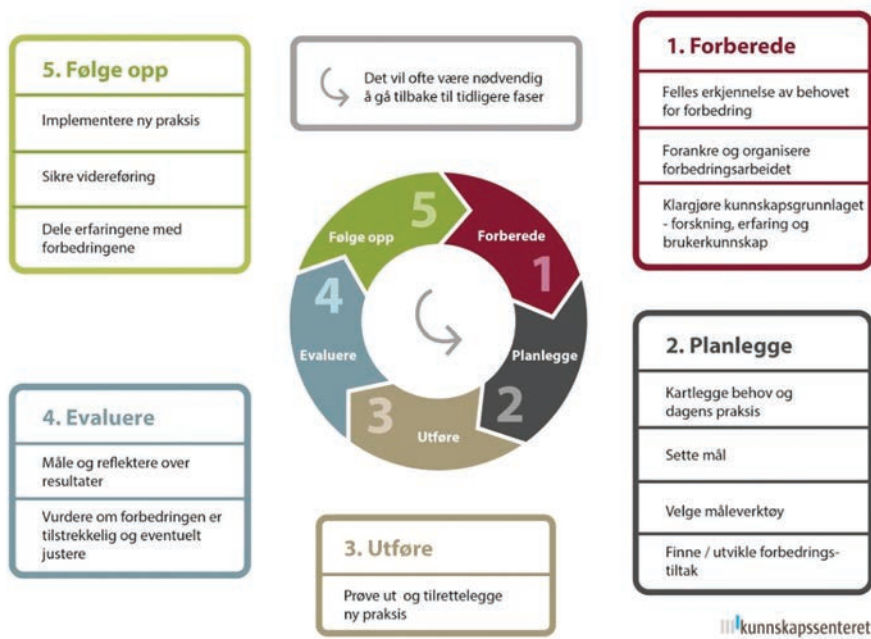
Forståelsen av aktivitet og fellesskap som vi har skissert ovenfor, er et grunnleggende perspektiv innen ergoterapi. Utfordringen ved implementering av Leve hele livet-reformen vil derfor dreie seg om hvordan denne type kunnskap kan integreres i tjenestene. Vår



Figur 1: Demings sirkel.

oppsummering av kunnskap og erfaringer på satsningsområdet aktivitet og fellesskap viser at kommunene har mange forbedringsmuligheter, og da særlig sett i forhold til individuelt tilpasset aktivitet. Implementeringen av reformen Leve hele livet skal gjennomføres prosessbasert gjennom prinsippene til systematisk kvalitetsarbeid, som er en lovfestet del av den ordinære virksomheten i helse- og omsorgstjenesten (36). Kunnskapsgrunnlaget dette bygger på ble i hovedsak sammenfattet av Deming (37). Det er utviklet en metode for kvalitetsforbedring som ofte er brukt i helsetjenestene som vist i figur 1. Denne kalles ofte Demings sirkel, eller PDSA-sirkelen.

I norske helsetjenester ble forbedringskunnskapen først tatt i bruk ved nasjonale strategier for kvalitetsutvikling fra 1995 (38). Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (39) ble etablert i 2004 for å styrke kunnskapsgrunnlaget for faglige beslutninger i helsetjenesten og forvaltningen. Her ble et omfattende kunnskapsmaterieell utviklet og



Figur 2: Modell for kvalitetsforbedring.

tilgjengeliggjort for norske helse-tjenester, blant annet modell for kvalitetsforbedring som bygger på og viderefører Demings sirkel som vist i figur 2.

Pasientsikkerhetskampanjen har fremmet kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i Norge siden 2011 og igangsatt konkrete forbedringstiltak på utvalgte innsatsområder (40). Både kunnskapssenteret og pasientsikkerhetskampanjen er nå innlemmet i avdeling for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i Folkehelseinstituttet (39). De nasjonale strategiene for kvalitetsutvikling er forankret gjennom Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten med veileder (36). Reformen Leve hele livet (1) bygger på disse prinsippene og forutsetter at kommunenes implementering tar utgangspunkt i en prosessbasert «bottom-up»-tilnærming som skal sikre lokal forankring og involvering.

FORBEDRINGSPROSESSEN

Kvalitetsforbedring er en pro-

essorientert arbeidsmetode med utgangspunkt i pasienten, pasientsikkerhet og samspillet mellom deltakerne i prosessene. Prosessen starter ved at behovet for forbedring erkjennes, og det gjennomføres en systematisk kartlegging av tjenesten som legger grunnlaget for videre arbeid (41). Denne prosessuelle systematiske tilnærmingen bryter med tradisjonen vi har innen helse-tjenestene med å velge enkle og raske løsninger når problemer oppstår (42). Dette gir muligheter for å ta i bruk eksempelvis ergoterapikompetansen helt fra starten av arbeidet. Gjennom å involvere ergoterapeuter i kartleggingsarbeidet styrkes muligheten for at en felles begrepsforståelse for aktivitet og fellesskap legges til grunn for videre planlegging.

I mange kommuner ser vi at ergoterapeutenes aktivitetskompetanse ikke er godt nok kjent i organisasjonen. Det vil derfor være vesentlig at den enkelte ergoterapeut gjennom sin leder fremmer denne kompetansen inn til de prosessansvarlige for Leve

hele livet-reformen, som også sørger for at ergoterapeuter er representert i aktuelle arbeidsgrupper på området. Systematisk kvalitetsforbedring krever en ledelsesform som fremmer åpen dialog, utvikling, refleksjon og læring og en organisatorisk fleksibilitet med rom for at ny kunnskap implementeres i klinisk virksomhet. En sentral forutsetning for forbedringsarbeid er forankring i ledelsen og involvering av alle sentrale samarbeidspartnere (41). Deltakelse og involvering i endringsprosesser må ivaretas kontinuerlig. Å være med i prosessen sikrer læring underveis og gir motivasjon (42).

PLANLEGGE

Første trinn i forbedringsprosessen til Leve hele livet er å forberede kommunen på arbeidet som kommer. I reformen er det signalisert at denne delen av forbedringsprosessen skal være fokus i 2019 (1). I denne fasen vil det være behov for å reflektere over kvaliteten på tjenestene i egen kommune. Refleksjon handler om å ta et skritt tilbake og se på praksisen utenfra. Hvordan fungerer disse satsningsområdene i vår kommune? Er tjenestene trygge og sikre, virkningsfulle, utnytter vi ressursene godt nok? Er tjenestene tilgjengelige og rettfærdig fordelt, samordnet og preget av kontinuitet? Involverer vi brukerne? Her vil kommunenes ergoterapeuter kunne bidra med helt spesifikk tilbakemelding basert på kompetanse og oversikt over aktivitetsområdet. Refleksjon over forbedringspotensialet innebærer også å vurdere om tjenestene utføres i tråd med ny og oppdatert kunnskap.

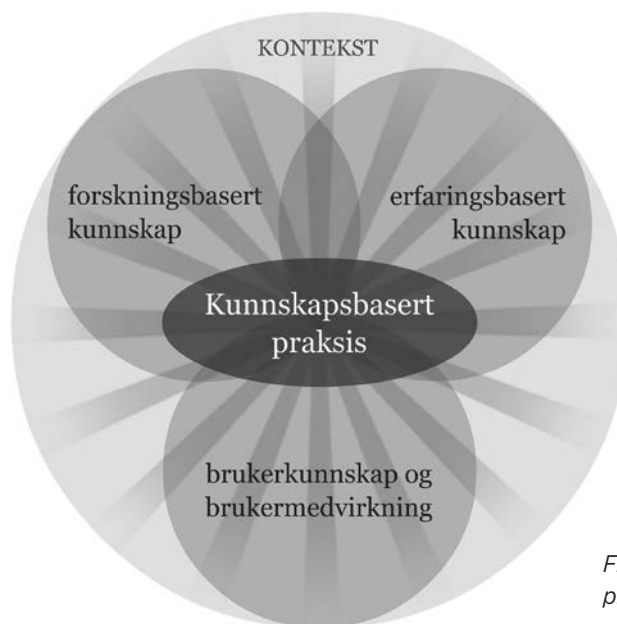
Norske helse-tjenester skal være kunnskapsbaserte (43).

Forskning viser at forbedringsprosessen forenkles når endringer er kunnskapsbaserte og veldokumenterte (44). Kunnskapsbasert praksis innebærer at man ser forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap som en helhet, tilpasset den aktuelle konteksten, som vist i figur 3 (45).

Å reflektere over om man jobber kunnskapsbasert, kan erfaringsmessig utbli i daglig praksis. Det vil eksempelvis være nødvendig å undersøke hvorvidt de gode eksemplene som refereres til i tråd med reformen er kunnskapsbaserte, og om de er anvendelige i den enkelte kommunes særskilte kontekst, før man tar stilling til om egen kommune skal prøve dem ut.

Etter å ha klargjort kunnskapsgrunnlaget vil man tydeligere se hva som bør forbedres, og ha et grunnlag for å prioritere forbedringsområder som gir synlige resultater og som oppleves som konkrete og matnyttige av de involverte. Forankring i ledelsen sikrer at det prioriteres tid og ressurser til forbedringsprosessen, og at arbeidet er i tråd med organisasjonens visjon og virksomhetsplan (41). Ildsjeler, som eksempelvis en enslig ergoterapeut, kan ikke gjennomføre Leve hele livet-reformen i en kommune alene.

Etter at et satsningsområde er valgt ut for forbedringsarbeid, følger en systematisk kartlegging. Kartleggingen bør starte med de eldre innbyggerne i kommunen. Hvordan oppleves innsatsområdet aktivitet og fellesskap for dem det gjelder? Også her vil ergoterapeutene ha en spesifikk kompetanse og nettverk som vil være hensiktsmessig å bistå med i prosessen. Ved å bruke verktøy



Figur 3: Kunnskapsbasert praksis (45).

som idédugnad og flytskjema vil man kunne tydeliggjøre aktiviteter og skriftlige rutiner, men også variasjoner og uklarheter. Om mulig vil det være hensiktsmessig på dette tidspunktet å gjennomføre forhåndsmålinger eller «baseline-målinger». Det vil også være nyttig å innhente kvalitative data om tjenestene, for eksempel gjennom intervjuer, fokusgrupper, fortalte historier eller videofilming. Kartlegging i forkant av forbedringsprosesser letter arbeidet med senere å vurdere om tiltakene en har gjort har påvirket tjenestekvaliteten (41).

Resultatet av kartleggingen analyseres ved hjelp av åpne spørsmål som hva, hvilken, hvordan og hvorfor. I analysefasen må det vurderes i hvilken grad dagens praksis er i tråd med anbefalingene til reformen Leve hele livet, med forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap. Det prioriterte forbedringsområdet bør beskrives av en god problemformulering som viser forskjellen mellom nåværende og ønsket situasjon, er faktabasert og språklig klar. På

bakgrunn av problemformuleringen lages ett eller flere tydelige mål om hva som skal oppnås. Målene bør være såkalt SMARTE (Spesifikk, Målbar, Ansporende, Realistisk, Tidsbestemt og Enighet). Etter at målene er satt, velges måleverktøy tilpasset målene. Deretter planlegges forbedringstiltak som fører i retning av målet. Arbeidet organiseres med leder, møteplan, møteinnkallinger, referater og måleansvarlig. Det kan også være behov for en veileder, eksempelvis fra det regionale støtteapparatet (41).

GJENNOMFØRE

Gjennomføringsfasen handler om å gjennomføre de planlagte tiltakene gjennom en deltakende utvikling basert på et positivt menneskesyn der man tenker at alle mennesker ønsker samarbeid til felles beste. De fleste mennesker ønsker å utvikle seg og lære. I utføringsfasen arbeider man prosessrelatert med hovedprinsippene involvering, deltakelse, personlig utvikling og samarbeid (41). At ledere trekker fram sin støtte til forbedringsarbeidet i



Kartleggingen bør starte med de eldre innbyggerne i kommunen. Hvordan oppleves innsatsområdet aktivitet og fellesskap for dem det gjelder? Foto: Mostphotos

dialoger med ansatte, vil være sentralt. Ergoterapeuter som er involverte i forbedringsarbeidet bør være tilgjengelige og proaktive med dialog og støtte. Språket holdes positivt og motiverende. Særlig prioriteres innsats mot dem som har stor innflytelse på kulturen på det aktuelle arbeidsstedet. Disse personene fungerer ofte som rollemodeller (44).

EVALUERE

Gjennomføringsprosessen forutsetter at man har satt en dato for når resultatene skal evalueres. Noen ganger vil man oppdage at endringsarbeidet bør avbrytes, for eksempel hvis det viser seg at endringen ikke er en forbedring, eller forbedringsarbeidet har utilsiktede effekter på andre enheter i organisasjonen. Det kan ha skjedd en ny utvikling eller omorganisering som gjør at premissene er endret. Situasjoner eller endringer man ikke hadde oversikt over ved oppstart, kan ha kommet til. En må derfor hele tiden kontrollere forbedringsprosessen. Har endringen ført

til forbedring? Er forbedringen tilstrekkelig? Er målene nådd? Her anbefales det å gjenta målingene som ble gjort i planleggingsfasen, slik at en kan sammenligne (42) og på denne måten finne ut om man har oppnådd en forbedring for Eldres aktivitet og fellesskap i kommunen.

KORRIGERE

Dersom forbedringen sett i forhold til aktivitet og fellesskap ikke er tilfredsstillende, kan det være lurt å gå tilbake i prosessen og revurdere eksempelvis forankring eller organisering (41). Dersom de iverksatte tiltakene fungerer tilfredsstillende, er det viktig å sikre at forbedringene opprettholdes over tid. Forbedringene bygges inn i organisasjonens systemer og infrastruktur. Det anbefales å opprette eller oppdatere prosedyrer, opplæringsprogrammer og funksjonsbeskrivelser, omfordele ressurser og sikre rutiner for god kommunikasjon. Det må etableres et system for å kontinuerlig overvåke at ny praksis fortsetter å fungere best mulig. Dette kan gjøres

ved å fortsette med målinger så ofte som nødvendig, synliggjøre og drøfte resultatene med ledere, brukere og medarbeidere. Man må stille spørsmålet: Hva må til for at denne praksisen fortsetter i organisasjonen hver gang, og av alle som utfører oppgaven. Det er et lederansvar å sørge for at dette gjøres, samt sørge for at gode resultater overføres til andre forbedringsarbeid (42).

Konklusjon og implikasjoner for praksis

Eldrereformen Leve hele livet skal gjennomføres som en systematisk kvalitetsforbedringsprosess i norske kommuner. For å støtte kommunene i dette arbeidet er det etablert nasjonale og regionale støtteapparat. Senter for omsorgsforskning Nord har i dette arbeidet fått et spesielt ansvar for satsningsområdet aktivitet og fellesskap. For at kommunene skal ha mulighet til å lykkes med arbeidet på dette satsningsområdet, ser vi ergoterapeutenes aktivitetskompetanse som sentral. Det er viktig at denne kompetansen blir synliggjort gjennom lederlinjen inn til de som er ansvarlige i kommunene for gjennomføringen av Leve hele livet, slik at vi sikrer involvering av ergoterapeuter fra og med forbedrings- og planleggingsfasen av kvalitetsforbedringsprosessene. Disse prosessene vil gjennomføres syklisk med utgangspunkt i kvalitetsforbedringsmetodikk, som en bottom-up-prosess gjennom fasene planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende.

Referanser

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Leve hele livet – En kvalitetsreform

- for eldre, Meld. St. 15 2017-2018.
2. Senter for omsorgsforskning. [Available from: <https://omsorgsforskning.no/>]. Hentet: 28.09.19.
 3. Utviklingssenter for hjemmetjenester. [Available from: <https://www.utviklingssenter.no/>]. Hentet: 28.09.19.
 4. World Health Organization. Ageing and health [Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/en/2015>]. Hentet 28.09.19.
 5. Bauman A, Merom D, Bull FC, Buchner DM, Fiatarone Singh MA. Updating the evidence for physical activity: summative reviews of the epidemiological evidence, prevalence, and interventions to promote “active aging”. *The Gerontologist*. 2016;56(Suppl_2):S268-S80.
 6. Dohrn M, Kwak L, Oja P, Sjöström M, Hagströmer M. Replacing sedentary time with physical activity: a 15-year follow-up of mortality in a national cohort. *Clinical epidemiology*. 2018;10:179.
 7. Hamilton MT, Hamilton DG, Zderic TW. The Necessity of Active Muscle Metabolism for Healthy Aging: Muscular Activity Throughout the Entire Day. *Progress in molecular biology and translational science*. 155: Elsevier; 2018. p. 53-68.
 8. Kyrдалen IL, Moen K, Røysland AS, Helbostad JL. The Otago exercise program performed as group training versus home training in fall-prone older people: a randomized controlled trial. *Physiotherapy Research International*. 2014;19(2):108-16.
 9. Robertson MC, Campbell AJ, Gardner MM, Devlin N. Preventing injuries in older people by preventing falls: A meta-analysis of individual-level data. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2002;50(5):905-11.
 10. Brown BM, Peiffer J, Sohrabi HR, Mondal A, Gupta VB, Rainey-Smith SR, et al. Intense physical activity is associated with cognitive performance in the elderly. *Translational psychiatry*. 2012;2(11):e191.
 11. HelseDirektoratet. Aktivitetshåndboken 2009 [Available from: <https://helseDirektoratet.no/retningslinjer/aktivitetshandboken-fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling>]. Hentet: 28.09.19
 12. Maas J, Van Dillen SM, Verheij RA, Groenewegen PP. Social contacts as a possible mechanism behind the relation between green space and health. *Health & place*. 2009;15(2):586-95.
 13. Maas J, Verheij RA, Spreeuwenberg P, Groenewegen PP. Physical activity as a possible mechanism behind the relationship between green space and health: a multilevel analysis. *BMC public health*. 2008;8(1):206.
 14. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS medicine*. 2010;7(7):e1000316.
 15. Ong AD, Uchino BN, Wethington E. Loneliness and health in older adults: A mini-review and synthesis. *Gerontology*. 2016;62(4):443-9.
 16. Nicolaisen M, Thorsen K. What are friends for? Friendships and loneliness over the lifespan—From 18 to 79 years. *The International Journal of Aging and Human Development*. 2017;84(2):126-58.
 17. Belleville S. Cognitive training for persons with mild cognitive impairment. *International psychogeriatrics*. 2008;20(1):57-66.
 18. Najjar J, Östling S, Gudmundsson P, Sundh V, Johansson L, Kern S, et al. Cognitive and physical activity and dementia: A 44-year longitudinal population study of women. *Neurology*. 2019;92(12):e1322-e30.
 19. Rebok GW, Ball K, Guey LT, Jones RN, Kim HY, King JW, et al. Ten-year effects of the advanced cognitive training for independent and vital elderly cognitive training trial on cognition and everyday functioning in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2014;62(1):16-24.
 20. Staubo H, Misvær N, Tonga JB, Kvigne K, Ulstein I. People with dementia may benefit from adapted cognitive behavioural therapy. *Norwegian Journal of Clinical Nursing/Sykepleien Forskning*. 2017.
 21. Bahar-Fuchs A, Clare L, Woods B. Cognitive training and cognitive rehabilitation for persons with mild to moderate dementia of the Alzheimer’s or vascular type: a review. *Alzheimer’s research & therapy*. 2013;5(4):35.
 22. Bahar-Fuchs A, Clare L, Woods B. Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer’s disease and vascular dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013(6).
 23. Singh MAF, Gates N, Saigal N, Wilson GC, Meiklejohn J, Brodaty H, et al. The Study of Mental and Resistance Training (SMART) study—resistance training and/or cognitive training in mild cognitive impairment: a randomized, double-blind, double-sham controlled trial. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2014;15(12):873-80.
 24. Chang, L. H, Shibata, K, Andersen, G J, Sasaki, Y, & Watanabe, T. Age-related declines of stability in visual perceptual learning. *Current Biology*. 2014; 24(24):2926-2929.
 25. Knudtsen M, Holmen J, Håpnes O. Cultural approaches to treatment and public health work. *Tidsskrift for den Norske lægeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny række*. 2005;125(24):3434-6.
 26. Knudtsen M, Holmen J, Håpnes O. What do we know about participation in cultural activities and health? *Tidsskrift for den Norske lægeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny række*. 2005;125(24):3418-20.
 27. Fossøy AB, Grov EK, Sandvoll AM. Magiske augneblikk; erfaringar med kulturprosjekt for eldre. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 2018;4(02):132-42.
 28. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 26 Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet. 2015. [<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>] Hentet: 28.09.19.
 29. Emmons R. Striving for the sacred: Personal goals, life meaning, and religion. *Journal of Social Issues*. 2005; 61(4):731-745.
 30. Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter. 2015. [<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>]. Hentet: 28.09.19.
 31. Musick MA, Herzog AR, House JS. Volunteering and mortality among older adults: Findings from a national sample. *The Journals of*

- Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences. 1999; 54(3):173-S180.
32. Brajša-Žganec, A, Merkaš, M, Šverko, I. Quality of life and leisure activities: How do leisure activities contribute to subjective well-being?. Social Indicators Research. 2011;102(1):81-91.
33. Hill R, Betts LR, Gardner SE. Older adults' experiences and perceptions of digital technology:(Dis) empowerment, wellbeing, and inclusion. Computers in Human Behavior. 2015;48:415-423.
34. Gjevjon ER, Øderud T, Wensaas GH, Moen A. Toward a typology of technology users: how older people experience technology's potential for active aging. In Saranto K, Weaver CA, Chang P. Nursing Informatics. IOS Press 2014;25-31.
35. Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Nasjonalt program for digital deltakelse. 2015. [https://www.regjeringen.no/contentassets/fd8b274a915c46f2a631cfe03d513f72/programbeskrivelse_digital_deltakelse_2015-2017.pdf]. Hentet: 28.09.19.
36. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. 2016. [https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250]. Hentet: 28.09.19.
37. Langley G, Nolan K, Nolan T, Norman C, Provost L. The improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance. 1996. Danvers, MA: Jossey-Bass IncGoogle Scholar.
38. Helsedirektoratet. ...and it's going to get better!, National Strategy for Quality Improvement in Health and Social Services (2005-2015), IS-1162 2006.
39. Folkehelseinstituttet. Forbedringsarbeid i helsetjenesten. 2019. [Available from: https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/]. Hentet: 28.09.19.
40. Folkehelseinstituttet. Quality Improvement and Patient Safety 2019 [Available from: https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/forside]. Hentet: 28.09.19.
41. Konsmo T, de Vibe M, Bakke T, Udness E, Eggesvik S, Nordheim G, et al. Modell for kvalitetsforbedring: utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid. 2015. [Available from : https://www.fhi.no/publ/2015/modell-for-kvalitetsforbedring--utvikling-og-bruk-av-modellen-i-praktisk-fo/]. Hentet: 28.09.19.
42. Hartviksen TA, Sjølie BM. Hverdagsrehabilitering: kvalitetsforbedring i norske kommuner: Cappelen Damm Akademisk; 2017.
43. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. 2011. [Available from : https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30]. Hentet: 28.09.19.
44. DiCenso A, Guyatt G, Ciliska D. Evidence-Based Nursing-E-Book: A Guide to Clinical Practice: Elsevier Health Sciences; 2014.
45. Nortvedt MW, Jamtvedt G, Nordheim LV, Reinart LM, Graverholt B. Jobb kunnskapsbasert!: en arbeidsbok: Akribes; 2012.



minitech
VARMEHJELPEMIDLER

Birgit Skarstein bruker varmhjelpemidler fra Minitch AS.

- » Produsert i henhold til **direktivet for medisinsk utstyr**.
- » Kan **tilpasses** etter brukerens behov.
- » Har innsydd varmetråd som gir **jevn varmfordeling**.

www.minitech.no | +47 625 77 800 | mail@minitech.no



Bamse Produkter AS
Du har kunnskapen, vi har produktene.

- Barn og voksne
- Posisjonering
- Trening
- Behandling

For mer informasjon se:
www.bamseprodukter.no
www.hjelpemiddeldatabasen.no
Varekataloger og brosjyrer.