

Maria Rusås Helling og Synnøve Askeland

## "Leve hele livet" - ei gåvepakke for ergoterapeutar?

Ergoterapeutar si rolle i implementering av Stortingsmelding 15 (2017-2018)

Bacheloroppgåve i Ergoterapi

Veileder: Linda Stigen

Mai 2019



## Samandrag

Det er både eit nasjonalt og internasjonalt helsepolitisk mål å fremme aktivitet og deltaking for eldre. Hensikta er å legge til rette både for at den enkelte eldre skal få eit godt og meiningsfullt liv, og for å møte eldrebølga på ein måte som skapar mindre behov for offentlege tenester. Den nyaste reforma til regjeringa omhandlar nettopp dette.

Stortingsmelding 15 *Leve hele livet* er ei kvalitetsreform for eldre. Reforma oppfordrar blant anna til at eldre skal ta i bruk eigne ressursar for å dekke behova sine i ulike fasar av alderdommen. Kommunane skal tilrettelegge for at helsetenester i større grad skal ytast i heimen med utgangspunkt i den enkelte sine behov. Ei slik omstrukturering i helse- og omsorgstenestene krev riktig kompetanse på riktig stad.

Denne oppgåva vil ta for seg kva rolle ergoterapeutar er tiltenkt i dette omstruktureringsarbeidet, og kva rolle dei potensielt kan ha. Det er gjort ei dokumentanalyse av stortingsmeldinga som ligg til grunne for resultata. Hensikten med oppgåva er å synleggjere kva ergoterapi kan brukast til i implementeringa av reforma. På den måten kan kommunane lettare inkludere ergoterapeutar i planlegging- og innføringsarbeidet.

Resultata viser at stortingsmeldinga i liten grad trekker fram ergoterapeutar sin kompetanse. Ut frå dokumentanalysen kjem det likevel fram at ergoterapeutar sit inne med relevant kompetanse som kan bidra til gode og effektive tenester for dei eldre.

**Nøkkelord:** Stortingsmelding 15, eldre, ergoterapi

## Abstract

It is both a national and international goal in the healthpolicy to promote activity and participation for the elderly. The intentions are to make the elderly more independent, to facilitate for a good and meaningful life, and to create a healthpolicy that makes the elderly less in need for public services. The newest reform from the government is precisely about this. White paper 15 *Live the whole life* is a qualityreform for elderly people. The reform encourages the elderly to use their own resources to cover their needs in different phases of old age. The municipalities must facilitate the healthservices to provide a greater part of the service at home, based on the individual's needs. Such a restructuring in the health- and careservices requires the right expertise at the right place.

This assignment will address the role of occupational therapists in this restructuringwork, and the role they potentially can have. It is made a documentanalysis of the white paper 15 which is the basis for the results. The purpose of this assignment is to visualize what occupational therapy can be used for in the implementation of the reform. In this way, municipalities can more easily include occupational therapists in the planning and introductionwork.

The result in the assignment shows that the white paper 15 *Live the whole life* draws little attention to occupational therapists' expertise. However, this documentanalysis emerges that occupational therapists have relevant expertise that can contribute good and effective services for the elderly.

**Keywords:** White paper 15, elderly, occupational therapy

## Forord

Denne oppgåva er den avsluttande delen av ein bachelorgrad i ergoterapi ved NTNU Gjøvik. Oppgåva er skriva i perioden mars til starten av mai 2019.

Oppgåva omhandlar Stortingsmelding 15 Leve hele livet- *ei kvalitetsreform for eldre* (2017-2018) og ergoterapeutar si yrkesrolle. Som nyutdanna ergoterapeutar har det vore spennande og interessant å lære meir om eigen profesjon i eit samfunnspolitisk perspektiv. Det blir retta ein spesiell takk til fyrsteamanuensis Linda Stigen ved NTNU Gjøvik. Takk for hjelp til utforming av oppgåva, godt samarbeid og god rettleiing gjennom heile semesteret.

Ei stor takk går også til familie, vener og kjærastar som har stilt opp med motiverande ord og støtte. Avslutningsvis blir det gitt kvarandre ein god klapp på skuldra for eit givande samarbeid.

God lesing!

Maria Rusås Helling

Synnøve Askeland

## Innholdsliste

<b>Kapittel 1 – Introduksjon</b> .....	<b>6</b>
<b>1.1 Bakgrunn for val av tema</b> .....	<b>6</b>
1.1.1 Ergoterapi og aktivitetsperspektiv .....	7
<b>1.2 Forskingsspørsmål og problemstilling</b> .....	<b>8</b>
<b>1.3 Avgrensingar</b> .....	<b>8</b>
<b>1.4 Føremål</b> .....	<b>8</b>
<b>1.5 Omgrepssavklaring</b> .....	<b>9</b>
<b>1.6 Forforståing</b> .....	<b>9</b>
<b>1.7 Disposisjon</b> .....	<b>10</b>
<b>Kapittel 2 – Teori</b> .....	<b>11</b>
<b>2.1 Lovverk</b> .....	<b>11</b>
<b>2.2 Aktivitetsvitenskap og meningsfulle aktivitetar</b> .....	<b>12</b>
<b>2.3 Occupational justice</b> .....	<b>12</b>
<b>Kapittel 3 – Metode</b> .....	<b>13</b>
<b>3.1 Tilnærming - kvalitativ metode</b> .....	<b>13</b>
<b>3.2 Dokument og dokumentanalyse</b> .....	<b>13</b>
<b>3.3 Etske refleksjonar</b> .....	<b>15</b>
<b>3.4 Tidsplan</b> .....	<b>15</b>
<b>Kapittel 4 – Resultat</b> .....	<b>16</b>
<b>4.1 Bakgrunn og føremål</b> .....	<b>16</b>
<b>4.2 Innhald og gjennomføring</b> .....	<b>17</b>
<b>4.3 Dei fem innsatsområda</b> .....	<b>18</b>
4.3.1 Eit aldersvennleg Noreg .....	18
4.3.2 Aktivitet og fellesskap .....	19
4.3.3 Mat og måltid .....	19
4.3.4 Helsehjelp .....	20
4.3.5 Samanheng i tenestene .....	22
<b>Kapittel 5 – Diskusjon</b> .....	<b>23</b>
<b>5.1 Resultatdiskusjon</b> .....	<b>23</b>
<b>5.2 Forskingsspørsmål: “Leve hele livet- ei gåvepakke for ergoterapeutar?”</b> .....	<b>23</b>
<b>5.3 Underproblemstilling 1: Korleis trekkjer Stortingsmelding 15 fram ergoterapeutar sin kompetanse?</b> .....	<b>24</b>
5.3.1 Direkte i tekst .....	24
<b>5.4 Underproblemstilling 2: Korleis kan ergoterapeutar bidra med sin kompetanse i implementeringa av <i>Leve hele livet?</i></b> .....	<b>25</b>
5.4.1 Eit aldersvennleg Noreg .....	25
5.4.2 Aktivitet og fellesskap .....	27
5.4.3 Mat og måltid .....	28
5.4.4 Helsehjelp .....	29
5.4.5 Samanheng i tenestene .....	30
<b>5.1 Metodediskusjon</b> .....	<b>31</b>
<b>5.2 Styrkar og svakheiter ved forskingsstrategien</b> .....	<b>31</b>
5.2.1 Kvalitativ metode .....	31
5.2.2 Dokument og dokumentanalyse .....	32

5.3 Etske refleksjonar .....	33
<b>Kapittel 6 – Konklusjon.....</b>	<b>34</b>
<b>Referanseliste .....</b>	<b>35</b>
<b>Vedlegg .....</b>	<b>39</b>
<b>Vedlegg 1 – Inklusjon og eksklusjon .....</b>	<b>39</b>
<b>Vedlegg 2 – Søkordstabell.....</b>	<b>39</b>
<b>Vedlegg 3 – Tidsplan (Gantt skjema) .....</b>	<b>40</b>

## Kapittel 1 – Introduksjon

### 1.1 Bakgrunn for val av tema

Noreg står midt i ei omfattande demografisk omvelting (Meld.st.15 (2017-2018)). Dersom befolkningsutviklinga held fram som i dag, vil talet på personar over 67 år vere dobla frå år 2000 til 2050 (Statistisk sentralbyrå, 2018). No er det fyrst og fremst aldersgruppa 67-80 år som er i vekst. Det vil gje utslag med ei sterk auke i personar over 80 år innan eit tiår. I daglegtalet vert denne utviklinga omtalt som *eldrebølgja* (Vik, 2015).

Det er omstridt kor vidt fleire leveår medfører betre helse. Det som ikkje er omstridt er at auka levealder medfører eit større sannsyn for aldersrelaterte sjukdommar som treng oppfølging. I Stortingsmelding 15 (2017-2018) er det dokumentert at mottakarar av kommunale helsetenester stadig aukar. I tillegg til den økonomiske belastninga det medfører, er det ei særleg utfordring for kapasiteten i heimetenester og lettare kommunale helse- og omsorgstilbod (St.Meld.15(2017-2018)). Statestatikken viser at mangelen på kompetent helsepersonell og frivillige omsorgsyttarar aldri har vore større enno no. Behovet er stadig aukande (Statistisk sentralbyrå, 2018).

For å komme desse utfordringane i møte, blei kvalitetsreforma for eldre “Leve hele livet” sett i verk 1. januar 2019. Reforma oppfordrar eldre til å ta i bruk egne ressursar for å dekkje behova sine i ulike fasar av alderdommen i størst mogleg grad. Eldre blir oppfordra til å planlegge eigen alderdommen, blant anna ved å tilrettelegge bustaden sin (St.Meld.15(2017-2018)). Kommunane skal i større grad tilrettelegge for at helsehjelp kan ytast i heimen, med utgangspunkt i brukaren sine ynskjer og behov. Dei skal også gi auka fokus på tilgjengelegheita i offentlege arena og tenester, slik at eldre skal kunne delta aktivt i samfunnet til tross for sjukdom eller funksjonstap. Bruk av universell utforming i bygg, transport og kulturarena skal bli løfta fram. Målet er å bidra til fleire gode leveår med god helse for dei eldre, mindre belastning for dei pårørande, og auka kompetanse for dei tilsette (St. Meld. 15 (2017-2018)).

Reforma har også som mål å inspirere til nye arbeidsordningar og nye arbeidsmetodar for å auke kontinuitet i tenestetilbodet. Det krev omstrukturering frå slik tilboda er i dag. Det trengs også meir kunnskap om bruk av velferdsteknologi og andre alternative verkemiddel for å effektiviserer tilboda (St. Meld. 15 (2017-2018)). Det er ei reform med fokus på aktivitet og fellesskap, og korleis ein kan tilpasse tenestene for å auke sjølvstendigheit hos den enkelte.



Kvardagsmestring er eit nøkkelord. Det krev kompetanse om tilrettelegging, aktivitet og deltaking. Reforma legg vekt på brukarmedverknad og stor valfriheit hos tenestemottakaren. Spørsmålet “kva er viktig for deg?” skal liggje til grunn. Det krev at helsepersonell har kompetanse om korleis ein skal inkludere brukaren i viktige avgjersler (St. Meld. 15 (2017-2018)).

### **1.1.1 Ergoterapi og aktivitetsperspektiv**

Ergoterapi er eit fag som byggjer på aktivitetsvitskap. Aktivitetsvitskapen er dedikert for å forstå menneskeleg aktivitet, samt å kunne bidra til utvikling i ergoterapi. På grunn av mennesket og aktivitet sin kompleksitet nyttar den element frå fleire ulike vitskapar. På bakgrunn av sin pragmatiske tilnærming blir den rekna som tverrvitskapeleg (Pierce, 2014). Ergoterapi handlar om å sjå samspelet mellom personen, aktiviteten og omgivnadane (Schell, Gillen og Scaffa, 2014). Personen kan omhandle både sjølv aktivitetsutføringa og forutsetninga for aktivitetsutføringa (Ergoterapeuten, 2017). Forutsetningane kan innebere alt frå sensoriske-, fysiologiske- og kognitive ferdigheiter. Aktiviteten kan ha ulike former og variantar ut frå kulturen ein høyrer til i. I tillegg kan det vere heilt individuelt korleis ein vel å utøve ein aktivitet basert på vanar. Omgivnadane er samanhengen der ein aktivitet finn stad. Dei er både offentlege og private, og inkluderer reiskap, gjenstandar eller hjelpemiddel som er knytt til aktiviteten (Ergoterapeuten, 2017). Ein kjernekompetanse i ergoterapi er å sjå det dynamiske forholdet mellom desse faktorane, og vurdere korleis det påverkar aktivitetsutføringa, helsa og kvardagen til den enkelte. Betydinga av meningsfulle aktivitetar og verdien av å oppleve meistring står sentralt (Hasselkus, 2002). I det kliniske arbeidet blir det brukt ei personsentrert tilnærming for å myndiggjere brukaren ein jobbar med. Utgangspunktet er personen sine ynskjer for aktivitet og deltaking. Studiar på dette viser at riktig bruk av personsentrert praksis krev kompetanse om kommunikasjon, kartlegging og målsettingsarbeid (Moe, Ingstad og Brataas, 2017). Med dette som utgangspunkt kan ergoterapeutar jobbe både helsefremjande, førebyggjande eller rehabiliterande avhengig av brukaren sin situasjon (Ergoterapeuten, 2017). Det er gjort fleire studiar på bruk av ergoterapi i kommunehelsetenesta. Studiane viser at implementering av ergoterapi både kan skape meir effektive tenester, og vere kostnadssparande (Littlechild, Bowl og Matka, 2010).

## 1.2 Forskingsspørsmål og problemstilling

På bakgrunn av ergoterapi sitt aktivitetsperspektiv, og dei tiltenkte løysingane i reforma, har følgande forskningsspørsmål blitt utarbeida:

“Leve hele livet”- ei gåvepakke for ergoterapeutar?

For å kunne svare på forskningsspørsmålet har det blitt utforma nokre underproblemstillingar:

1. Korleis trekkjer Stortingsmelding 15 (2017-2018) fram ergoterapeutar sin kompetanse?
2. Korleis kan ergoterapeutar bidra med sin kompetanse i implementeringa av Stortingsmelding 15 *Leve hele livet*?

Forbundsleiar i Norsk Ergoterapeut, Nils Erik Ness har hevda at *Leve hele livet* er ei reform som ropar etter ergoterapikompetanse (Ness, 2018). Interessen for å kunne bekrefte eller avkrefte dette har vore bakgrunnen for formuleringa av forskningsspørsmålet. Sidan reforma nyleg er sett i verk, er det gjort lite forskning på dette området. Resultata kan derfor ikkje samanliknast med andre funn som er gjort i liknande undersøkingar.

## 1.3 Avgrensingar

Med utgangspunkt i underproblemstillingane er det gjort ei naturleg avgrensing på dei mest relevante arbeidsområda for ergoterapeutar. Det selektive utvalet er gjort med grunnlag i teori og forskning på ergoterapi. Fleire av dei ekskluderte løysingane kan også ha behov for å bli sett i lys av eit ergoterapeutisk perspektiv, men på grunn av tidsavgrensingar har det ikkje latt seg gjere å gå nærare inn på alle desse områda.

## 1.4 Føremål

*Leve hele livet* er ei reform som forutset at dei norske kommunane tek stilling til forslaga reforma legg fram. Dei må gjennom politiske vedtak avgjere korleis dei vil utforme og gjennomføre løysingane lokalt (St. Meld. 15 (2017-2018)). Det er med andre ord opp til kvar enkelt kommune korleis dei vel å prioritere dette i sin handlings- og økonomiplan. Reforma inviterer kommunane til å tenke breiare i sitt rekrutterings- og opplæringsarbeid med særleg vekt på faggrupper som kan styrke kompetansen på dei prioriterte satsingsområda. Denne oppgåva sitt føremål er å belyse ergoterapeutar sin kompetanse, og kva innsatsområde den er

relevant for. Ved å belyse dette kan kommunane få betre innsikt i ergoterapeutar sin kompetanse og korleis den kan bidra til å innfri reforma sine forventingar. Eit anna føremål med oppgåva er å bevisstgjere ergoterapeutar på betydninga av kunnskapen dei sit inne med.

### 1.5 Omgrepsavklaring

**Aldring:** prosessar som påverkar enkeltindivid både biologisk, psykologisk, sosialt og kulturelt (Vik, 2015).

**Kvardagsmestring:** eit førebyggjande og rehabiliterande tankesett som vektlegg den enkelte sin meistring av kvardagen uansett funksjonsnivå. Brukarsentrert tilnærming står sentralt (Tuntland & Ness, 2016).

**Universell utforming:** handlar om utforming av produkt, omgivadar, program og tenester på ein slik måte at dei kan brukast av alle menneske, i så stor grad som mogleg, utan behov for tilpassing og ei spesiell utforming (Lid, 2013).

**Aktivitet:** skapar meining og struktur i kvardagen. Det kan påverke helse og livskvaliteten (Vik, 2015). Det inkluderer både trening og meningsfulle gjeremål ein engasjerer seg i (Ergoterapeutene, 2017).

**Deltaking:** handlar om å moglegheita til å delta og engasjere seg i aktivitetar (Vik, 2015).

**Velferdsteknologi:** er teknologisk assistanse som bidrar til auke tryggleik, sikkerheit, sosial deltaking, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet. Den skal også styrke den enkelte si evne til å klare seg sjølv i kvardagen til tross for sjukdom eller nedsett sosial, psykisk eller fysisk funksjon (Nakrem og Sigurjónsson, 2017).

### 1.6 Forforståing

Forforståinga viser til det faktum at alle som tek til med ei undersøking sit på ei eller anna form for kunnskap i forkant (Henricson, 2014). Det omfattar både eit vitskapleg utgangspunkt som ein har tileigna seg gjennom studiar, og uakademiske erfaringar frå livet (Henricson, 2014). Dette vert trekt inn for å belyse bevisstgjerings kring innverknaden forforståinga kan ha for oppgåva. Forforståinga har prega val av tema, val av teori, korleis teorien har blitt tolka, og korleis resultatata er lagt fram. Oppfatninga av samfunnet har også hatt ein innverknad på oppgåva. Det er ein klar førestilling om at helse- og omsorgstenesta i Noreg treng omstrukturering og nye arbeidsformer for å møte den store demografiske utviklinga i

befolkninga. Det er også ei førestilling om at Stortingsmelding 15 er eit viktig steg på vegen for å få til dette. I tillegg er det ein klar tanke om at ergoterapi er eit viktig tiltak for å få forslaga ut i praksis.

### **1.7 Disposisjon**

I kapittel 1 blir oppgåva innleia med bakgrunn for val av tema, forskingsspørsmål og problemstilling, avgrensingar og føremål. Det er også trekt inn omgrepsavklaring og forforståing av forskingsområde. I kapittel 2 blir delar av det teoretiske grunnlaget som blir nytta i oppgåva presentert. Kapittel 3 omhandlar val- og bruk av metode. Sjølve resultatet er presentert i kapittel 4. I kapittel 5 blir dei viktigaste data som er kome fram i resultatdelen drøfta opp mot problemstillingane. Avslutningsvis kjem det i kapittel 6 ein konklusjon og samanfatning på grunnlag av resultata.

## Kapittel 2 – Teori

I denne delen av oppgåva blir det presentert relevant lovverk og teori.

### 2.1 Lovverk

Påfølgande lovverk har blitt nytta under førebuing og bearbeiding av oppgåva sitt material.

#### 1. Lov om kommunal helse- og omsorgsteneste m.m.

##### § 1-1. Føremål

Forskrifta sitt føremål er å førebyggje, behandle og tilrettelegge for meistring av sjukdom, liding, skade og nedsett funksjonsevne. I tillegg skal den sikre at alle får moglegheit til å leve og bu sjølvstendig og ha eit aktivt og meiningsfullt liv i fellesskap med andre. Forskrifta skal også bidra til å sikre at tenestetilbodet skal vere tilpassa den enkelte sitt behov (Kommunal helse- og omsorgstenestelova, 2012).

##### § 3-1. Kommunen sitt overordna ansvar for helse- og omsorgstenester

Kommunen skal sørgje for at alle personar som oppheld seg i kommunen får tilbod om naudsynte helse- og omsorgstenester. Det omfattar alle pasient- og brukargrupper, inkludert personar med somatisk eller psykisk sjukdom, sosiale problem eller nedsett funksjonsevne (Kommunal helse- og omsorgstenestelova, 2012).

##### § 3-2. Kommunen sitt ansvar for helse- og omsorgstenester

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1. har kommunen ansvaret for å tilby helseføbyggjande og helsefremjande tenester innanfor skule, tenester i heimen, personleg assistanse (herunder praktisk bistand) og plass på institusjon (herunder sjukeheim) m.m.

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1. skal kommunen ha knytt seg til lege, sjukepleiar, fysioterapeut, jordmor og helsesjukepleiar (Kommunal helse- og omsorgstenestelova, 2012).

Supplement: frå 2020 vil det også vere lovpålagt at kommunane skal ha ergoterapeut, psykolog og tannlege (Regjeringen, 2018).

#### 2. Pasient og brukarrettigheitslova

##### § 3-1. Pasienten og brukaren sin rett til medverknad

Pasient og brukar har rett til å medverke ved gjennomføring av helse- og omsorgstenester. Pasient og brukar har blant anna rett til å medverke ved val mellom tilgjengelege og forsvarlege tenesteformer, samt undersøkings- og behandlingsmetodar (Pasient og brukarrettigheitslova, 1999).

### **3. Lov om likestilling og forbod mot diskriminering**

#### **§ 17. Universell utforming**

Offentlege og private verksemdar retta mot allmennheita har plikt til universell utforming av verksemda sine allmennelege funksjonar (Likestillings- og diskrimineringslova, 2017).

#### **2.2 Aktivitetsvitskap og meningsfulle aktivitetar**

Aktivitetsvitskap er overordna sett eit tverrvitskapeleg forskingsfelt som belyser menneskeleg aktivitet sin form, betydning og funksjon. Intensjonen med aktivitetsvitskap er å innhente forskingsbasert kunnskap om aktivitet (Pierce, 2014). Betydninga av meningsfull aktivitet i kvardagen blir sett på som ein sentral del av livet. Det er individuelt kva ein person opplev som meningsfullt og det er påverka av sosiale haldningar, tankar og verdiar (Hasselkus, 2002). I ergoterapi blir aktivitetsomgrepet fyrst og fremst brukt for å beskrive ein generell idé om korleis eit menneske føretek noko innanfor gitt kultur (Schell, Gillen og Scaffa, 2014). I tillegg blir det lagt vekt på den enkelte si personlege utføring basert på til dømes vanar. Det vert omtalt som occupations. Omgrepet occupation blir brukt om måten den enkelte faktisk opplev aktiviteten på, og korleis den vert tillagt verdi (Schell, Gillen og Scaffa, 2014). I aktivitetsanalyse nyttar ein ergoterapeut kunnskap om begge desse perspektiva for å sjå brukaren på ein heilheitleg måte.

#### **2.3 Occupational justice**

Aktivitetsmessig rettferdigheit (occupational justice) er basert på ein aktivitetsvitskapeleg fortolking av menneskerettigheitane (Kristensen, Schou og Mærsk, 2017). Occupational justice er basert på tanken om at kvart enkelt menneske har individuell kapasitet, behov og rutinar knytt til aktivitet. I eit samfunnsperspektiv har kvar og ein rett til å bruke sin kapasitet til det fulle, og på den måten oppretthalde sin livskvalitet (Kristensen, Schou og Mærsk, 2017). Det ergoterapeutiske bidraget til occupational justice er basert på tre samanhengande kunnskapsområde: aktivitet (occupation), mogleggjering (enabling) og rettferdigheit (justice) (Wilcock og Townsend, 2006). Ein del av ergoterapeutane sine yrkesetiske retningslinjer handlar om å ta eit samfunnsansvar basert på nettopp menneske sin rett og moglegheit til aktivite og deltaking i kvardagslivet (Ergoterapeutene, 2017).

## Kapittel 3 – Metode

Ein vitenskapleg metode er ein spesifikk måte å stille spørsmål og samle informasjon på (Dalland, 2007). Det er viktig å reflektere kring val av metode fordi den har høg relevans for problemstillinga. I dette kapitlet ver den metodiske framgangsmåten som er relevant for denne samanhengen presentert. Problemstillinga i denne oppgåva har gjort det hensiktsmessig å nytte seg av kvalitativ metode. Ved å nytte seg av kvalitativ tilnærming vil ein i større grad kunne fange opp meiningar og opplevingar som ikkje let seg talfeste eller måle (Dalland, 2007).

### 3.1 Tilnærming - kvalitativ metode

Ved val av kvalitativ tilnærming syner ein eit ynskje om å få fram korleis menneske tolkar og forstår ein gitt situasjon. Metoden blir ofte nytta for å få fram data som er beskrivande. Målet er å skape samanheng og heilheit (Dalland, 2007). I denne oppgåva har den kvalitative tilnærminga vore ein tidkrevande prosess som har medført at kun delar av Stortingsmeldinga har blitt presentert i resultatdelen. Det er med å svekke resultatet sin overføringsverdi og evne til å bli generalisert (Dalland, 2007). Med generalisering meinast å trekke slutningar som gjeld for fleire enn dei som er med i undersøkinga.

### 3.2 Dokument og dokumentanalyse

For å best mogleg kunne svare på problemstillinga, var det hensiktsmessig å nytte ein metode som gav rom for tolking og diskusjon av dokument. Med dokument meinast det meste av empirisk materiale som stortingsmeldingar, journalar og avisartiklar (Järvinen & Mik-Meyer, 2005). På bakgrunn av dette er det derfor gjennomført ei dokumentanalyse. Dokumentanalyse er eit forsøk på å tolke og framstille delar av verkelegheita basert på eit gitt tekstmateriale (Järvinen & Mik-Meyer, 2005). Kor vidt desse delane er sannheit eller ikkje blir ikkje diskutert. Det som er vesentleg er å bli bevisst på at intervjuobjektet, forfattaren og lesaren si forforståing påverkar både tekstinnhaldet og måten det blir tolka på. Teorien til Järvinen og Mik-Meyer (2005) beskriv i liten grad sjølv framgangsmåten i ei dokumentanalyse. Framgangsmåten som er nytta i denne oppgåva er derfor basert på ein tanke om kva som var mest hensiktsmessig å ta omsyn til for å svare på problemstillingane.

Stortingsmelding 15 er eit omfattande dokument som rommar 183 sider. For å få eit vidt inntrykk av innhaldet blei den fyrst og fremst lest i grove trekk. Fokuset blei sentrert rundt dei

innsatsområda Regjeringa har lagt fram, og korleis ergoterapi konkret blei nemnt i teksten. For å forstå hensikta med reforma blei det også relevant å få eit grundig innblikk i bakgrunnen for den. Reforma bygger på tidlegare politiske vedtak og reformer som det har vore viktig å kjenne til. Etter å ha studert reforma i grove trekk blei fokuset retta over mot innsatsområda. Den nye kunnskapen frå reforma blei fletta saman med forforståing og forkunnskap for tema for å gi innhaldet meir meining. Det blir rekna for å vere sjølv fortolkingsprosessen (Järvinen og Mik-Meyer, 2005). Prosessen gjekk ut på å vurdere kva løysingar og innsatsområde som potensielt burde innehalde ergoterapi.

Järvinen og Mik-Meyer (2005) tek grundigare for seg korleis fortolkingsprosessen går føre seg. Den framhevar at lesaren sine haldningar, verdiar, kunnskap og erfaringar har ei betyding for korleis ein tolkar (Järvinen og Mik-Meyer, 2005). Teorien lenar seg mot det konstruktivistiske perspektivet som hevdar at alle desse faktorane er med å påverke lesaren si oppfatning av tekstinnhaldet. Oppfatninga og tolkinga påverkar vidare korleis dokumentet blir brukt og framstilt. På bakgrunn av det blir innhaldet i dokumentet tillagt ulike betydingar ut frå kven som les og i kva samanheng. I denne oppgåva er det stor openheit og bevisstheit kring denne tankegangen. Det blir tydeleggjort i kva samanheng dokumentanalysen blir brukt, kva som er hensikta med den, og at forforståinga for tema også har påverka val av tema. For å komprimere omfanget av oppgåva blei det gjort eit selektivt utval av løysingar som skulle trekkjast fram og leggest vekt på. Utvalet er basert på tolkingar om kvar ergoterapikompetansen er mest relevant.

Resultatet av heile denne prosessen blei ei dokumentanalyse. Teorien som er trekt inn i resultatkapittelet er mest av alt ressurslitteratur i ergoterapi. Teorien er brukt for å underbygge påstandane som blir lagt fram undervegs (Henricson, 2014). Det har også blitt vurdert kor vidt vitenskaplege artiklar burde vere ein del av teorigrunnlaget. På grunn av reforma sitt omfang ville det vore svært tid- og ressurskrevjande å finne nyare forskning for å supplere og underbygge all teorien som alt var lagt fram. Det er gjort forsøk på å styrke oppgåva sin truverdigheit og overføringsverdi ved å fokusere på aktivitetsvitskap, og anna grunnleggande kunnskap som ergoterapifaget bygger på.

Dei tre vitenskaplege artiklane som er trekt inn i oppgåva tek for seg fordelar ved bruk av ergoterapikompetanse i kommunehelsetenesta, og betydninga av brukarmedverknad i kvardagsrehabilitering. Litteratursøka til artiklane blei utført etter førehandsbestemte inklusjons- og eksklusjonskriterier sett opp i eit skjema (sjå vedlegg 1). Eksempel på kriteria er målgruppe over 65 år, samt avgrensingar til nordisk og engelsk språk (Helsebiblioteket,



2014). Søkeorda og søkeresultata er systematisk framstilt i ein søketabell (sjå vedlegg 2). Dei utvalde artiklane er avgrensa til kvalitative studiar da dette var mest nærliggande med tanke på problemstillinga. Artiklane har også blitt kritisk vurdert ut frå ei sjekklister innhenta frå Helsebiblioteket.no. Eit avgjerande moment vart også at artiklane var fagfellevurdert.

### 3.3 Etiske refleksjonar

I forbindelse med ei bacheloroppgåve går forskningsetikk i stor grad ut på å verne om alle dei berørte menneska sin likeverd, integritet og sjølvbestemming (Henricson, 2014). Det ligg mange etiske prinsipp til grunn for vitenskapleg arbeid som igjen skal vere vegleiande for handling (Henricson, 2014). I denne oppgåva er det teke for gitt at Regjeringa har følgd desse prinsippa i arbeidet mot og under Stortingsmelding 15. På bakgrunn av dette er dei største etiske refleksjonane knytt til oppgåva alt tatt stilling til. Andre mindre etiske refleksjonar som er gjort er knytt til val av tema, formulering av problemstilling, og innhaldet i resultatet. I forhold til tema har det blitt drøfta kor vidt det er etisk riktig å ta utgangspunkt i ei reform med så avgrensa målgruppe. Moglegvis kunne det vore meir samfunnsnyttig å ta utgangspunkt i ei reform der fleire menneske sine behov var inkludert. Det fører naturleg over på den neste refleksjonen som omhandlar kven oppgåva eigentleg skal ha verdi for, og kva resultata skal brukast til (Henricson, 2014). Sjølv om oppgåva framhevar at føremålet er retta mot kommunane og brukarane, kan det framstå som at eigenprofilering og sjølvvinning er den eigentlege agendaen. I tillegg er det diskutert kor vidt det er riktig å vere selektiv når det kjem til dokumentanalysen sine avgrensingar. Det er omstridt i kor stor grad eitt innsatsområde bør bli meir vektlagt enn eit anna.

### 3.4 Tidsplan

For å planlegge og strukturere arbeidsperioden mot innlevering av bacheloroppgåva er det nytta eit Gantt-diagram. Diagrammet er ei grafisk framstilling av alle dei tiltenkte arbeidsoppgåvene, milepælane og tidsbruken i perioden (sjå vedlegg 3). Den har vert til hjelp for å skape oversikt og forutsigbarheit i skriveprosessen (Helsebiblioteket.no, 2010).

## Kapittel 4 – Resultat

I dette kapitlet vert datamaterialet frå stortingsmeldinga presentert og beskrive på ein forenkla måte for å skape ei oversikt over den innhenta informasjonen. Innhaldet er systematisert i kronologisk rekkefølge basert på det opprinnelige dokumentet. På bakgrunn av dokumentanalysen er datamaterialet som er mest relevant for problemstillinga vektlagt (Järvinen og Mik-Meyer, 2005). Innanfor dei aktuelle innsatsområda er det trekt inn aktuell teori og forskning frå ergoterapifaget. Hensikta med det er å skape eit grunnlag for å føreta samanlikningar og tolkingar vidare i oppgåva. I stortingsmeldinga vert ordet “ergoterapi” nemnd fire gonger, medan “ergoterapeut” vert nemnd femten gonger. I diskusjonskapitlet vert det drøfta kvar orda vert nemnt, og i kva samanheng.

### 4.1 Bakgrunn og føremål

Stortingsmelding 15 *Leve hele livet* er ein av mange reformer regjeringa har lagt fram med mål om å oppnå eit meir aldersvennleg samfunn. Både *Folkehelsemeldinga* (2014-2015), *Framtidas primærhelsetjeneste* (2014-2015), Strategi for eit aldersvennleg Noreg: *fleire år-fleire* muligheter, *Demensplan 2020* og *Omsorg 2020*, har eldre over 65 år som ei sentral målgruppe. Innhaldet i dokumenta er retta mot både heimebuande og dei som bur på institusjon. Felles for alle dokumenta er visjonen om å møte den demografiske utviklinga landet står ovanfor på best mogleg vis. Omstrukturering og nye arbeidsformer blir trekt fram (St.Meld. 15 (2017-2018)).

Strategien knytt til eit aldersvennleg Noreg er retta mot at eldre skal få større bistand til å meistre kvardagens utfordringa med eigne ressursar. *Leve hele livet* løftar fram at det å meistre kvardagen mest mogleg sjølvstendig gjennom alle livets fasar vil medføre betre livskvalitet, og ein trygg aktiv alderdom (Regjeringen, 2018). På den måten blir også pårørande mindre utslitne, og kan bidra med jamn innsats. Målet for helsepersonell er at dei opplev eit godt fagleg arbeidsmiljø, og får brukt kompetansen sin riktig.

Både utfordringane og løysingane som vert lagt fram i *Leve hele livet* har politikarane innhenta i direkte kontakt med kommunane. Det er gjennomført dialogmøter der eldre sjølv, pårørande, tilsette og forskarar har hatt moglegheit for å uttale seg. Resultata viste at det fantes mange felles utfordringar rundt i landet, men også mange gode løysingar. Målet med reforma er å samle utfordringane og løysingane i eitt dokument, slik at gode løysingar kan bli spreidd og implementert fleire stadar i landet (St.Meld.15 (2017-2018)).

Reforma inneber derfor ikkje eit krav til kommunane med nye oppgåver. Tvert i mot er det ei oppfordring til å endre praksis, og på den måten bidra til omstilling og kvalitetsutvikling i ordinær teneste (Regjeringa, 2018). Regjeringa hevdar at implementering av løysingane vil bidra til betre og meir effektive tenester, og gjere tenestebehovet for dei eldre mindre omfattande. Det vil vere kostnadssparande, i tillegg til at kommunane blir lønna i form av eksisterande og nye øyremerka ordningar (Regjeringa, 2018).

## 4.2 Innhald og gjennomføring

I reforma er det fem innsatsområde. For kvart område er det lagt fram fem utfordringar og fem løysingar. Løysingane er forslag til endringar som kommunane kan tilpasse til lokale forhold og behov i samarbeid med andre tenesteområde, den frivillige sektoren og andre aktørar i lokalsamfunnet. I samband med planlegging- og omstillingsarbeid i kommunane blir det oppretta eit regionalt støtteapparat mellom blant anna fylkeskommunane og KS som skal bistå med råd og vegleing (St. Meld. 15 (2017-2018)). Dei fem innsatsområda i reforma er følgande:

1. Eit aldersvennleg Noreg
2. Aktivitet og fellesskap
3. Mat og måltid
4. Helsehjelp
5. Samanheng i tenestene

Det er ein tett samanheng mellom dei ulike områda der det overordna målet er eit aldersvennleg Noreg. Reforma tredde i kraft 1.januar 2019 og vil vare i fem år, med ulike fasar for planlegging, gjennomføring og evaluering. Dei fire planlagde fasane er følgande:

Fase 1: Førebuing og oppstart (2019)

Fase 2: Kartlegging og planlegging (2019-2020)

Fase 3: Implementering og gjennomføring (2021-2023)

Fase 4: Evaluering og forbetring (2023)

### 4.3 Dei fem innsatsområda

Vidare i kapittelet er dei fem innsatsområda i stortingsreforma presentert og sett i lys av ergoterapiteori.

#### 4.3.1 Eit aldersvennleg Noreg

Fleire framskrivingar i Stortingsmelding 15 viser at helse- og omsorgssektoren vil stå ovanfor betydelege kapasitetsmessige utfordringar i tiåra framover. I ein rapport frå Statistisk Sentralbyrå er det antydning at sysselsettingsbehovet i helse- og omsorgssektoren må auke med nærare 75 % fram mot 2035 (2016) sett i lys av den demografiske utviklinga. Det å bygge ut tenestetilbodet i takt med befolkningsveksten blir dermed sett på som urealistisk og lite hensiktsmessig. På bakgrunn av dette er sektoren avhengig av å utvide fagkompetansen for å ta i bruk nye metodar, velferdsteknologi og nye buformer med mål om å redusere tenestetilbodet til den enkelte (St. Meld. 15 (2017-2018)).

Heimen blir rekna for å vere ein arena for sosialt samvær, ei kjelde til identitet og ei ramme for mange viktige behov (St. Meld. 15 (2017-2018)). Undersøkingar viser at dei fleste eldre ynskjer å bu heime så lenge som mogeleg til tross for sjukdom og funksjonstap. Det er også sett på som ein betydeleg samfunnsøkonomisk gevinst at eldre blir buande heime og får den omsorga dei treng der, mot å flytte på institusjon. Utfordringa med dette er at mange eldre bur i store gamle hus som gjennomgåande er dårleg tilpassa menneske med nedsett funksjonsevne (St. Meld. 15 (2017-2018)). Eit av dei konkrete forslaga for å møte desse utfordringane er at eldre må planlegge eigen alderdom. Det inneber blant anna å tilrettelegge bustaden for alle livets fasar. Det å få sett i verk slike tiltak krev kunnskap og vurderingar om kva som er hensiktsmessig ut frå den enkelte sine behov. Ergoterapeutar har ein grunnleggande kompetanse om universell utforming og å sette seg inn i forhold som påverkar menneske sine individuelle forutsetningar (Lid, 2013). I tillegg blir også viktigheita av eit universelt utforma samfunn løfta fram. Ved at offentlege arena er tilrettelagt for alle, kan ein medverke til deltaking i samfunnet gjennom heile livet (St. Meld. 15 (2017-2018)). For å få til eit slikt samfunn kan også ergoterapeutar sin om inkludering og tilrettelegging nyttast.

Strategien om eit aldersvennleg Noreg understrekar at eit aldersvennleg samfunn blir skapt ved å sette brukarperspektivet fyrst. Det å mobilisere eldre i arbeids- og næringsliv, kommunar og interesseorganisasjonar kan skape engasjement, og styrke eldre sin moglegheit til å påverke slutningar som har konsekvensar for eigen helse (Mæland, 2010). For å optimalisere forholda for brukarmedverknad krev det fagleg kompetanse om kva det faktisk inneber, og kva arbeidsmetodar ein kan nytte for å fremme brukarperspektivet mest mogleg.

Ergoterapi er ein fagleg yrkesretning som i stor grad baserer seg på brukarmedverknad og personsentrert praksis (Mæland, 2010). I den samanheng tar intervensjonen og måla utgangspunkt i brukaren sitt syn på situasjonen, og let det vere styrande for utforminga. Det er sentralt både for sjølvbiletet og meistringsevna til den enkelte (Mæland, 2010).

### 4.3.2 Aktivitet og fellesskap

*Leve hele livet* er ei reform med fokus på aktivitet, deltaking og sosialt fellesskap. Eit overordna mål er at fysiske, sosiale og kulturelle aktivitetar skal vere tilpassa den enkelte sine ynskjer og behov. På den måten kan dei ta vare på forholdet til familie og venner, og skape gode generasjonsmøter i samfunnet (St. Meld. 15 (2017-2018)). Resultata frå dialogmøta tyder på at dette er ei utfordring, og at dagens eldregenerasjon i for liten grad får tilbod om varierte og tilpassa aktivitetar. Regjeringa legg fram at eit forslag om at alle eldre bør få tilbod om minst éin time aktivitet dagleg med bakgrunn av sine eigne interesser og behov.

For at kommunane skal kunne komme desse forslaga i møte, krevst det kunnskap om positive helsemessige og sosiale effektar av aktivitet (St. Meld. 15 (2017-2018)). I tillegg trengs det kunnskap om korleis ein kan skaffe seg informasjon om den enkelte sin bakgrunn og interesser (Tuntland og Ness, 2016). Tilrettelegging for meningsfulle aktivitetar er ein kjernekompetanse i ergoterapi (Ergoterapeutene, 2017). Deltaking i aktivitet som ein sjølv opplev som meningsfull kan påverke både helse, trivsel, organisering av tida i kvardagen, og opplevinga av mening i livet (Tuntland og Ness, 2016). For ergoterapeutar innfattar aktivitetsbegrepet meir enn berre fysisk trening og mosjon. Det handlar også om dagleglivets aktivitetar, som er alt menneske fordriv i kvardagen. Det gjeld alt frå matlaging, handling, personleg stell, vanleg arbeid eller fritidsaktivitetar (Tuntland, 2015). Meistring av aktivitet førekjem når den enkelte har forutsetningar for å møte dei krava den stiller. Ergoterapeutar har fagleg kjennskap til kva forhold som påverkar aktivitetsutføring. Til dømes kan den enkelte sine vanar og vilje, fysisk og kognitiv kapasitet, samt fremmande eller hemmande forhold i omgivnadane påverke sjølv aktivitetsutføringa (Tuntland, 2015).

### 4.3.3 Mat og måltid

God mat vert rekna for å vere grunnleggande for god helse og livskvalitet gjennom heile livet. På bakgrunn av det, har mat og måltid blant eldre blitt sett på dagsorden i Noreg dei seinare åra. Eit overordna mål er å skape gode måltidsopplevingar og redusere underernæring (St. Meld. 15 (2017-2018)). Regjeringa har derfor anbefalt at dei eldre skal få god næringsrik mat,

tilpassa sine egne behov, servert i hyggelege omgivningar som motiverer til å ete. Resultat frå dialogmøta viser likevel at det enno er eit stort gap mellom anbefalt praksis og utøva praksis i tenestene.

I *Leve hele livet* blir dårleg matlyst lagt fram som den grunnleggande årsaka til at mange eldre er underernært. Konkrete tiltak for å gjere noko med det er satsing på næringsrik mat som både ser, luktar og smakar godt. For å vurdere kva andre faktorar som kan medføre at dei eldre mistar matlysta, krev det kunnskap om systematisk oppfølging og kartlegging av den enkelte sine behov og forutsetningar (Vik, 2015). Til dømes kan matrutinane vere ute av balanse på grunn av sjukdom, nedsett funksjonsevne eller motivasjon. For mange eldre er matlaging og samhald under måltid ein viktig og sentral del av kvardagen. Uansett om ein bur heime eller på institusjon er deltaking i meningsfulle aktivitetar både naudsynt og viktig. Etter å ha flytta på institusjon vert dette ofte gløymt. Menneske som har budd heime heile sitt liv og gjort alle kvardagsaktivitetane sjølv, får no det meste gjort for seg. På grunn av dette mister bebuarane moglegheita til å engasjere seg i meningsfulle aktivitetar. Det kan påverke den enkelte sin motivasjon og matlyst (Vik, 2015). Ved auka deltaking i aktivitet kan det verke positivt inn på fleire områder som til dømes matlyst. Ergoterapeutar har kompetanse om betydinga av meningsfulle aktivitetar, og korleis dette kan verke inn på den enkelte.

Ein ergoterapeut har også grunnleggande kompetanse i å kartlegge menneske i kvardagssituasjonar ved hjelp av aktivitetsanalyse. Det å vere i stand til å analysere til dømes ein måltidssituasjon er viktig for å identifisere korleis dei ulike trinna i måltidet vert utført, kva som er utfordrande og kva som fungerer (Tuntland, 2015). I kombinasjon med den enkelte sine ynskjer og behov, kan man ved hjelp av denne kartlegginga tilpasse måltidet til den enkelte og igjen gi tilbake matlysta.

#### **4.3.4 Helsehjelp**

I prosessen mot eit aldersvennleg samfunn er det fokus på at dei eldre skal kunne bidra til å skape sin eigen helse- og omsorgsteneste ved hjelp av brukarmedverknad. Dei eldre skal føle seg sett og høyrte ved at det blir teke utgangspunkt i spørsmålet: “Kva er viktig for deg?”. Målet med å tilpasse tenestene til den enkelte er å gi moglegheit for å leve heime så lenge som mogleg, og få støtte til å meistre kvardagen der. Det til tross for sjukdom eller funksjonssvikt (St. Meld. 15 (2017-2018)).

Tilbakemeldingar frå dialogmøta tyder på at mange eldre ikkje får ivareteke sine grunnleggande behov for helsehjelp i form av bistand til å førebygge sjukdom og funksjonssvikt. Dei ynskjer at tenestetilbodet i større grad tek utgangspunkt i personlege behov, og let dei eldre vere sjef i eige liv lengst mogleg (St. Meld. 15 (2017-2018)). For å kunne møte dei eldre sine ynskjer treng dei tilsette i kommunehelsetenesta grunnleggande ferdigheitar og kompetanse om meistringsstrategiar og førebyggjande helsearbeid.

Kvardagsmeistring er ein sentral visjon og tankegang i ergoterapiprofesjonen (Tuntland og Ness, 2016). Meistring av dagleglivets aktivitetar er ein viktig føresetnad for å kunne bli gamal i eigen heim. Det er fyrst når denne meistringsevna blir dårlegare at individet tapar sjølvstendigheit og hjelpebehovet oppstår (St.Meld.15(2017-2018)). For å implementere tankegangen må det skje ei haldningsendring i helsetenesta frå å spørje: “Kva treng du hjelp til?” til “Kva aktivitetar er det viktig for deg å få til sjølv?” (Tuntland og Ness, 2016). Med det som utgangspunkt kan det setjast i verk tiltak og intervensjonar som er tilpassa den enkelte.

Alderdom medfører ein del naturlege endringar for kroppen som det er vanskeleg å gjere noko med. I helsefremmande arbeid er det derimot teke utgangspunkt i faktorar ein faktisk kan gjere noko med, og som kan styrke ressursane mot sjukdom og risikofaktorar (Mæland, 2010). Ergoterapi er eit fag som fremmar helse gjennom aktivitet og fokus på kvardagsmeistring. Det er ei grunnleggande tanke om at helse vert skapt og utvikla i kvardagslivet. Systematisk bruk av kartlegging og oppfølging kan bidra til at den enkelte blir i stand til å identifisere og verkeleggjere sine eigne mål. Det er ein føresetnad å kjenne til eigne mål for å tilfredsstille behova sine, og kunne tilpasse miljøet (Mæland, 2010). I stortingsmeldinga vert også kvardagsrehabilitering trekt fram i samband med kvardagsmeistring. I motsetning til helsefremmande arbeid som fokuserer på tiltak før skade eller sjukdom oppstår, er kvardagsrehabilitering eit tiltak i etterkant (Tuntland, 2015). Det er tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel for at ein brukar skal få tilbake nedsett funksjons- og meistringsevne. Ergoterapeuten kan vere ein sentral del av eit tverrfagleg team som samarbeider for det.

I forbindelse med kvardagsmeistring blir velferdsteknologiske løysingar trekt fram som eit sentralt verkemiddel for å oppretthalde livskvalitet og sjølvstendigheit (St.Meld.15(2017-2018)). Velferdsteknologi er ei fellesnemning for tekniske installasjonar og løysingar som kan betre den enkelte si evne til å klare seg sjølv i eigen bustad (Nakrem og Sigurjónsson, 2017). Eksempel kan vere lokaliseringsteknologi, tryggleiksalarm, komfyrvakt, og elektronisk

dørlås. Nasjonalt Velferdsteknologiprogram har lagt fram eit mål om at slik teknologi skal vere ein integrert del av helse- og omsorgstenesta innan 2020 (St. Meld. 15 (2017-2018)). I denne samanhengen har kommunane blant anna ansvar for sjølve tilbode om tenestene, utredning av totalsituasjonen til brukaren, bistå brukar til å søke om hjelpemidla frå NAV, samt opplæring og oppfølging (Aldring og helse, 2017). Kommunen er såleis pålagt å ha kompetent fagpersonell som kan gjennomføre desse oppgåvene. På bakgrunn av at velferdsteknologi er rekna for å vere eit viktig helsefremmande hjelpemiddel har ergoterapeutar grundig kjennskap om dette gjennom sin praksis.

#### 4.3.5 Samanheng i tenestene

*Leve hele livet* er ei reform med fokus på auka tryggleik og forutsigbarheit i pasientforløpet til dei eldre og deira pårørande. Tilbakemeldingar frå dialogmøta hevdar at mange eldre og pårørande opplev at tenestene er oppstykkja og manglar heilheit (St. Meld. 15 (2017-2018)). Utfordringa med det blir hovudsakleg retta mot for lite personsentrert tilnærming, for lite avlastning og støtte til dei pårørande, samt dårleg kontinuitet og tryggleik i tenestene. For å møte desse utfordringane krev det meir kunnskap om den enkelte brukar sine preferansar. Det krev også at brukaren sine ressursar, behov og ynskjer er tilstrekkeleg kartlagt.

For at brukarane skal føle seg meir ivaretekne er det viktig at helsepersonell nyttar seg av ein brukarsentrert tilnærming. I tillegg bør helsepersonell ha ferdigheiter til å nytte standardiserte og grundige kartleggingsverktøy- og metodar for å identifisere både personens ressursar og begrensingar. I overgangen mellom sjukehus og heim er det avgjerande at dette er kartlagt for at den enkelte skal få den oppfølginga den treng (St. Meld. 15 (2017-2018)). Begrensingane kan innebere aktivitetsbegrensingar på grunn av skade eller sjukdom, hemmande miljøfaktorar eller uheldige personlege forhold (Tuntland, 2007). Medan dei positive aspekta kan vere å vurdere kva kroppsfunksjonar som fungerer godt, meistring av aktivitet, deltaking i aktivitet og fremmande miljøfaktorar. Kartlegginga gjeld både for kognitive og fysiske ferdigheitar. Ergoterapeutar støttar seg til eit omfattande holistisk perspektiv i kartleggingsprosessen, der heile mennesket blir sett i fokus (Tuntland, 2015). Ved å nytte seg av samtale, spørreskjema, aktivitetsanalyse, og standardiserte kartleggingsverktøy innhentar dei grundig informasjon om personen. Det kan vere ein viktig del av grunnlaget for å vurdere oppfølgingsbehovet til den enkelte etter utskrivning av sjukehus (Tuntland og Ness).



## Kapittel 5 – Diskusjon

Diskusjonskapittelet har som føremål å knytte heile oppgåva saman ved å sette resultata opp mot relevant bakgrunnsinformasjon og eigne refleksjonar (Henricson, 2014). Den er delt inn i to delar, der den eine delen tek for seg resultatet og den andre tek for seg metoden.

### 5.1 Resultatdiskusjon

I dette kapittelet vil blant anna resultata i Stortingsmelding 15 bli diskutert.

I fyrste del vil forskingsspørsmålet bli drøfta, deretter følgjer ein systematisk gjennomgang av underproblemstillingane underbygd med teori. Vidare blir det drøftar rundt forskingsdesign, samt styrkar og svakheiter ved bruk av dokumentanalyse som metode.

### 5.2 Forskingsspørsmål: “Leve hele livet- ei gåvepakke for ergoterapeutar?”

Forskingsspørsmålet er inspirert av eit blogginnlegg skrive 24. Mai 2018 av forbundsleiar i Ergoterapeutane, Nils Erik Ness. Blogginnlegget blei skreve i etterkant av helsekonferansen 2018, der statsminister Erna Solberg presenterte aldersreforma *Leve hele livet*. I blogginnlegget hevdar han at *Leve hele livet* er ei reform som ropar etter ergoterapeutar. Med det som bakteppe formulerte me forskingsspørsmålet, “Leve hele livet- ei gåvepakke for ergoterapeutar?”. Føremålet med sjølve oppgåve har vore å finne svar på i kva samanheng ergoterapi og ergoterapeutar vert trekt inn i reforma. Utover det er det gjort ei tolking på kvar det potensielt burde vore trekt inn basert på forforståing av tema og bakgrunnsteori.

8.juni 2017 blei det gjort lovendingar i helse- og omsorgstenestelova (Regjeringen, 2018). Lova gjekk frå å vere profesjonsnøytral til å definere eit sett med yrkesgrupper kommunane blir pålagt å ha i sine helse- og omsorgstenester. Dette blei gjort for å sikre at riktig kompetanse blir gitt på riktig plass og for å auke kvaliteten i tenestene. Det skal sørge for at innbyggjarane skal få gode og forsvarlege tenester (Regjeringen, 2018). I den samanhengen blir kommunane lovpålagt å ha eigen ergoterapeut frå 1.Januar 2020. På bakgrunn av dette og innføringa av kvalitetsreforma for dei eldre blei det hensiktsmessig å synleggjere ergoterapeutars kompetanse. Samtidig er det også viktig at ergoterapeutar er bevist på eigen rolle og korleis kompetanse kan blir brukt.

I denne oppgåva blir yrkesprofesjonen ergoterapi presentert som ei mogleg løysing for å møte den demografiske utfordringa Noreg står ovanfor. Forskingsspørsmålet er ledande mot nettopp dette. Slik situasjonen er i dag, er ikkje ergoterapi ein innarbeida integrert del av

helsetilbodet i alle kommunar. Det kan skyldast mange årsaker som til dømes mangel på kunnskap om profesjonen. Sjølv om denne oppgåva vil få fram viktigheita av ergoterapi, er det ikkje dermed sagt at det er den einaste løysinga på problemet. Det er behov for samarbeid med andre yrkesgrupper for å kunne gi eit forsvarleg og godt nok tilbod. I tillegg er det behov for meir synleggjering av andre yrkesgrupper sin kompetanse i møte med dei demografiske utfordringane.

### **5.3 Underproblemstilling 1: Korleis trekkjer Stortingsmelding 15 fram ergoterapeutar sin kompetanse?**

I denne oppgåva er det gjennomført ei dokumentanalyse. I analysen er det fyrst og fremst teke stilling til kva som faktisk står skrive i teksten. Det er nytta eit ordsøkingsprogram i Word for å få ei oversikt over kvar, og i kva samanheng, ordet “ergoterapi” og “ergoterapeut” vert trekt fram. Resultatet blir presentert vidare i oppgåva. Fleire av dei føreslåtte løysingane i reforma inneheld mykje ergoterapifagleg kjernekompetanse, utan at ergoterapi eller ergoterapeutar i seg sjølv vert trekt fram. Ergoterapi vert ikkje framheva som ein sjølvstendig profesjon, men blir som regel trekt fram i samanheng med andre yrkesgrupper. Det kan vere fleire årsaker til dette. Ergoterapi er ein relativt ukjent profesjon i kommunehelsetenesta, samanlikna med til dømes legar og sjukepleiarar. Før 2020 har det heller ikkje vore ein lovpålagt del av primærhelsetenesta. Mangel på innsikt om kompetansen og kva arbeidsområde den kan nyttast innanfor, er ein mogleg forklaring. Det kan også skyldast at dei som har skrive reforma har fremma ergoterapi for lite i forhold til det som er sagt i dialogmøta rundt i landet. På den måten vert det framstilt som ein mindre viktig profesjon enn det det er i praksis.

#### **5.3.1 Direkte i tekst**

Ordet “ergoterapi” blir nemnd kunn fire gonger i stortingsmeldinga basert på ordsøkingsfunksjonen i Word. Det blir fyrst og fremst nemnd i forbindelse med statestikk. Statestikken viser at det har vore ein betydelege auke i talet på mottakarar av ergoterapi sidan 2009. Utover dette blir det ikkje skrive noko meir årsaka. Dei tre andre gongene er ordet nemnd i bi-setningar ved eksempel på tilbod nokre kommunar yter. Det gjeld for det meste tidleg innsats og kvardagsrehabilitering der ergoterapi er ein del av eit større tverrfagleg team.

Ordet “ergoterapeut” er trekt inn 15 gongar i dokumentet basert på søkeord i teksten. Eit vesentleg moment med det er at 7 av 15 gongar vert ordet nemnd som ein del av eit sitat frå

Norsk Ergoterapeut Forbund og bladet Ergoterapeuten. Sitata blir ofte brukt som supplement i eksempel frå kommunane. Sett i forhold til dei konkrete løysingane som blir føreslått i reforma, blir ergoterapeut nemnd 8 gonger. Det vert trekt inn i samanheng med kartlegging, kvardagsrehabilitering og tverrfagleg vurdering.

#### **5.4 Underproblemstilling 2: Korleis kan ergoterapeutar bidra med sin kompetanse i implementeringa av *Leve hele livet*?**

I denne delen tek oppgåva for seg tolking og oppfatning av korleis ergoterapeutar sin kompetanse kan bidra i implementeringa av *Leve hele livet*. Tolkinga byggjer på forforståinga av tema, det teoretiske grunnlaget i ergoterapifaget, og innhaldet i dei ulike innsatsområda. Underkapitla er delt inn etter innsatsområde for å gjere det mest mogleg oversiktleg.

##### **5.4.1 Eit aldersvennleg Noreg**

På bakgrunn av datamaterialet som er lagt fram i Stortingsmelding 15, er det lett å påstå at samfunnet treng omstilling for å kunne møte den demografiske utfordringane landet står ovanfor. Til tross for at eldrebølga ikkje er eit ukjent fenomen, er ikkje Noreg godt nok førebudd på dei raske endringane i alderssamansetninga (St. Meld. 15 (2017-2018)). Med strukturen som er i helse- og omsorgstenestene i dag har problema allereie vist seg for fullt. Det er stor mangel på profesjonelt helsepersonell og frivillige omsorgsytarar. Ikkje minst er det mangel på institusjonsplassar for dei som treng det (St. Meld. 15 (2017-2018)).

For å møte denne utfordringa trengs det ein stor omstrukturering i måten helse- og omsorgstenester blir utført. Forslaget om å tilby tilpassa helsetenester i heimen ut frå den enkelte sine preferansar og behov er eit viktig steg for å kunne oppnå meir effektive og kostnadssparande løysingar. Problemet med forslaget er at det i liten grad konkretiserer korleis desse tilboda skal bli gitt i praksis. Reforma trekker fram behovet for kompetent helsepersonell som kan sette eldre i stand til å klare seg sjølv i større grad. Det vert ikkje forklart kva yrkesgruppe dette skal vere, eller konkret korleis dei skal gå fram. I denne samanhengen blir bruk av ergoterapi sett på som hensiktsmessig. Eit av måla med ergoterapi er nettopp at menneske skal få leve gode sjølvstendige liv der dei er (Ergoterapeutene, 2017).

Eit av dei mest konkrete forslaga for å møte dei demografiske utfordringane er at eldre må planlegge eigen alderdom. Det inneber blant anna å tilrettelegge eigen bustad for alle livets

fasar. For å gi folk informasjon og vegleiing om dette, har regjeringa laga ein kampanje om korleis dei skal gå fram (St. Meld. 15 (2017-2018)). Sjølv om det er eit riktig steg, er det mange utfordringar knytt til dette som ikkje kjem fram i reforma. Fyrst og fremst tek ikkje kampanjen omsyn til den enkelte sin ynsker og preferansar. Tilrettelegging av hus føl ikkje ein bestemt mal, men må tilpassast kvar enkelt person og bustad for å vere hensiktsmessig (Lid, 2013). Dei fleste husa folk skal bli gamle i er bygd for lenge sidan, og har ofte gamle planløyseringar (St. Meld. 15 (2017-2018)). Det er ikkje ein sjølvfølge at dei passar i høve til kva som er anbefalt i kampanjen. For at forslaget frå regjeringa skal fungere i praksis treng kommunane meir kompetanse om korleis tilpasse bustadar ut frå individuelle behov. I denne samanhengen kan ergoterapeutar bistå med grunnleggande kompetanse om universell utforming og betydninga av tilrettelagte omgivadar. I tillegg har dei grundig kjennskap til bruk av kartleggingsmetodar- og verktøy som kan få fram den enkelte sine ressursar og behov (Ergoterapeutene, 2017).

Ergoterapeutar jobbar ikkje kunn på individnivå, men også på samfunnsnivå. Det å nytte den same kjernekompetansen til å planlegge eit universelt utforma samfunn kan vere sentralt. Slik situasjonen er i dag blir mange menneske fråtekne moglegheita til å delta aktivt i samfunnet, fordi mange samfunnsarena ikkje er tilrettelagt. Kommunen er lovpålagt å tilrettelegge alle arena som er retta mot allmennheita. Dette jamfør lov om likestilling og forbod mot diskriminering §17. Alt frå symjehallar, kultursalar, og parkar til offentlege bygningar skal vere universelt utforma i følgje lova (Ergoterapeutene, 2017). Innafor ergoterapifaget blir denne rettigheita praksier som occupational justice. Det å jobbe for occupational justice er ein fundamental visjon i faget. Det handlar om å nytte klientsentrert praksis og å fremme den enkelte sin rett til aktivitet og deltaking. Det er ein føresetnad at politikarane som lagar rammene for helsetilbodet i ein kommune, forstår viktigheita av dette (Townsend og Wilcock, 2004). Ved å inkludere ergoterapeutar i plan- og bygningsarbeid kan kommunane styrke sin kompetanse om kva som skal til for eit inkluderande samfunn.

For å skape eit inkluderande samfunn er det ikkje nok å nytte fagleg kompetanse. Det er brukarane sjølv som sitt med den verkelege kunnskapen og erfaringa. Det å inkludere brukarar i avgjersle som kan ha konsekvensar for dei sjølv er også eit mål i reforma (St. Meld. 15 (2017-2018)). Brukarmedverknad er med på å skape engasjement, og kan gje positive ringverknadar fleire stadar i samfunnet (Mæland, 2010). For å optimalisere forholda for brukarmedverknad krev det fagleg kompetanse om kva brukarmedverknad faktisk inneber. I tillegg må ein ha kunnskap om arbeidsmetodar for å fremme brukarperspektivet best mogleg.

Ergoterapeutar lærer denne tilnærminga som ein del av grunnopplæringa, og brukar det i all praksis (Tuntland og Ness, 2016). Studiar viser at riktig bruk av brukarmedverknad er avgjerande for at helsetilbodet som blir gitt skal ha ein effekt. Det handlar om meir enn å berre gje brukaren riktig informasjon. Personsentrert tilnærming, aktiv lytting og gode samtaler er fullt så viktig i prosessen. Brukaren skal også få innsikt i kva kartlegginga blir brukt til og skal stå i sentrum for måla som blir satt (Moe, Ingstad, Brataas, 2017).

#### 5.4.2 Aktivitet og fellesskap

I reforma kjem det tydeleg fram at tilbod om variert og tilpassa aktivitet er ein utfordring blant dagens eldregenerasjon. Stortingsmelding 15 er ei reform med stort fokus på aktivitet, deltaking og sosialt fellesskap. Det er viktig at eldre får drive med aktivitetar dei sjølv ynskjer og opplev som meningsfulle, og at dei er tilpassa kvar enkelt sitt behov. På den måten kan dei ta vare på forholdet til familie og venner og skape gode generasjonsmøter i samfunnet (St.Meld.15(2017-2018)). Det er viktig at reforma trekker fram betydninga av aktivitet og deltaking. For eldre er dette særleg viktig for å ivareta sosiale behov, førebygge einsemd, holde seg i form og førebygge sjukdom. Eit av dei konkrete forslaga regjeringa legg fram er at alle eldre skal få tilbod om minst ein time aktivitet dagleg. Tilbodet skal ha bakgrunn i egne interesser og behov. Reforma er heller ikkje her spesifikk nok på korleis dette skal gå til.

Dette krev kompetanse om brukarsentrert tilnærming og å sette brukaren sine interesser og ynskjer fyrst. I reforma blir det ikkje trekt fram kven som skal ha dette ansvaret. I denne samanhengen kan ergoterapeutar nytte sin kompetanse om kartlegging av meningsfulle aktivitetar (Vik, 2015). Dei nyttar blant anna eit COPM-skjema for å finne ut kva ynskjer og behov brukaren har. COPM står for Canadian Occupational Performance Measure (Vik, 2015). Skjema har som føremål å identifisere aktivitetane som brukaren ser på som viktig. Studia vise at ved å nytte seg av ergoterapi og blant anna COPM som ein del av førebyggande helsearbeid, kan ha stor innflytelse på førebygging av sjukdom eller sjukdomsutvikling (Littlechild, Bowl og Matka, 2010). For å oppnå best mogleg resultat er det ein føresetnad at oppfølginga av brukaren følger det løpet som er tenkt. Det gjeld blant anna at det er satt av nok tid og at ergoterapeuten får byrja med intervensjon når det er vurdert som hensiktsmessig (Littlechild, Bowl og Matka, 2010).

I tillegg trengs det kunnskap om tilrettelegging for meningsfulle aktivitetar. For ergoterapeutar innfattar aktivitetsbegrepet meir enn berre fysisk trening og mosjon. Det

handlar også om dagleglivets aktivitetar, som er alt mennesket fordriv i kvardagen. Det gjeld alt frå matlaging, handling, personleg stell, vanleg arbeid eller fritidsaktivitetar (Tuntland, 2015). Meistring av aktivitet førekjem når den enkelte har forutsetningar for å møte dei krava den stiller. Ergoterapeutar har fagleg kjennskap til kva forhold som påverkar aktivitetsutføring. Dei nyttar kunnskap henta frå aktivitetsvitskap som bygger på eit tverrvitskapleg forskingsfelt som belyser menneskeleg aktivitet sin form, betydning og funksjon (Kristensen, Schou og Mærsk, 2017). I reforma blir ikkje betydninga av daglegdagse aktivitetar vektlagt.

Stortingsmeldinga seier også lite om kva tilpassing av aktiviteten inneber. Ergoterapeutar har kunnskap om at tilrettelegging ikkje er eit generelt omgrep, men består av fleire nyansar og former. Det kan omhandle tilpassing, gradering, forenkling, justering eller å dele opp aktiviteten (Ergoterapeuten, 2017). Ergoterapeutar utfører aktivitetsanalyse for å kartlegge ein aktivitet sine trinn, grad av vanske og den enkelte si utføring for å gjere riktige tiltak basert på den enkelte sine forutsetningar (Vik, 2015). Ergoterapeutar kan også ha ein viktig rolle med å identifisere og formidle moglegheit om aktivitetstilbod i nærmiljøet.

### 5.4.3 Mat og måltid

Innanfor innsatsområdet mat og måltid vert det lagt stor vekt på at mange eldre er underernært og manglar matlyst. I følge reforma kan det skyldast mangel på riktig mat, som ser god ut og luktar godt (ST. Meld. 15 (2017-2018)). Det er viktig å fokusere på auka kvalitet på maten, da fleire undersøkingar viser at eldre i alt for liten grad får tilbod om variasjon og mangfald i matvegen. Sett i lys av eit ergoterapeutisk perspektiv er det ikkje nødvendigvis smaks- og luktesansen som er årsaka bak underernæring og dårleg matlyst. Utfordringa kan også skyldast psykososiale forhold (Vik, 2015). Det å oppleve meistring gjennom meningsfulle aktivitetar er viktig uansett om ein bur heime eller på institusjon. Etter å ha flytta på institusjon vert dette ofte gløymt. Menneske som har budd heime heile sitt liv og gjort alle kvardagsaktivitetane sjølv, får no det meste gjort for seg. På grunn av dette mister bebuarane moglegheita til å engasjere seg i meningsfulle aktivitetar. Det kan påverke den enkelte sin motivasjon og matlyst (Vik, 2015). Ergoterapeutar har kompetanse om betydninga av meningsfulle aktivitetar, og korleis dette verkar inn på den enkelte.

Ergoterapeutar nyttar kartleggingssamtalar, motiverande intervju, aktivitetsanalyse og andre standardiserte kartleggingsverktøy i slike samanhengar (Vik, 2015). Ved å nytte deira

kompetanse i kombinasjon med for eksempel intervensjon frå ernæringsfysiolog og lege, vil ein kunne få ei grundigare oversikt over den enkelte sin situasjon. I reforma er desse forholda i liten grad trekt fram. Dersom ikkje heile mennesket vert sett i ein slik samanheng, kan det medføre at feil tiltak vert sett i verk (Vik, 2015).

Deltaking i kvardagsaktivitetar kan verke positivt inn på fleire områder, som til dømes mat og måltid. Ved å legge til rette og invitere til auka deltaking i matlaging eller det å gjere klart til eit måltid, kan det bidra til meistring som igjen kan bidra til auka matlyst. Det kan også vere med på å styrke menneske generelt har eit grunnleggande behov for å føle seg til nytte (Vik, 2015).

#### 5.4.4 Helsehjelp

Reforma legg stor vekt på brukarmedverknad, og at dei eldre skal kunne bidra til å skape sin eigen helse- og omsorgsteneste. Ved å ta utgangspunkt i spørsmålet: “Kva er viktig for deg?” skal dei eldre sjølv få avgjere kva tenestetilbodet deira skal bestå av. Denne tankegangen står også sentralt i ergoterapifaget. Det er ein grunnleggande tanke, om at viss brukaren står i sentrum av tenesta den får, vil den få betre tenester på riktig tid.

Målet med å tilpasse tenestene til den enkelte er å gi moglegheit for å leve heime så lenge som mogleg, og få støtte til å meistre kvardagen der. Det til tross for sjukdom eller funksjonssvikt (St. Meld. 15 (2017-2018)). Spørsmålet ein kan stille seg i samband med dette er korleis regjeringa hevdar det skal la seg gjere, utan å gi kommunane omstillingsmidlar. Kapasiteten i helse- og omsorgstenestene er allereie sprengt, og det er dei færreste tilsette som har tid til å setje seg ned med brukarane for å prate om ynskjer og behov. For å iverksette dette tiltaket må kommunane nytte seg av ergoterapeuten som kan jobbe med førebyggjande helsearbeid og mogleggjerande strategiar.

Kvardagsmeistring er ein sentral visjon og tankegang i ergoterapiprofesjonen (Tuntland og Ness, 2016). Tankegangen legg vekt på at meistring av dagleglivets aktivitetar er ein viktig føresetnad for å bli gamal i eigen heim. Det er også ein grunnleggande tanke om at helse vert skapt og utvikla i kvardagslivet. Systematisk bruk av kartlegging og oppfølging i heimen kan bidra til at den enkelte blir i stand til å identifisere og verkeleggjere sine egne mål. Det er ein føresetnad å kjenne til egne mål for å tilfredsstille behova sine, og kunne tilpasse miljøet (Mæland, 2010). Målsettingsarbeid vert i liten grad lagt fram i reforma. Det reforma derimot trekkjer fram er kvardagsrehabilitering. Kvardagsrehabilitering vert sett på som ein

medverkande faktor til kvardagsmeistring. I motsetning til helsefremmande arbeid som fokuserer på tiltak før skade eller sjukdom oppstår, er kvardagsrehabilitering eit tiltak i etterkant (Tuntland, 2015). Det er tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel for at ein brukar skal få tilbake nedsett funksjons- og meistringsevne.

Ergoterapeuten er ein sentral del av eit tverrfagleg team som samarbeider for det. Eit tverrfagleg team i denne samanhengen kan bestå av ergoterapeut, fysioterapeut, sosionom og sjukepleiar (Tuntland og Ness, 2016). I denne samanhengen er alle yrkesgruppene og brukaren sjølv sentrale for å optimalisere rehabiliteringsløpet.

I forbindelse med kvardagsmeistring blir velferdsteknologiske løysingar trekt fram som eit sentralt verkemiddel for å oppretthalde livskvalitet og sjølvstendigheit (St.Meld.15(2017-2018)). Velferdsteknologi er ei fellesnemning for tekniske installasjonar og løysingar som kan betre den enkelte si evne til å klare seg sjølv i eigen bustad (Nakrem og Sigurjónsson, 2017). Nasjonalt Velferdsteknologiprogram har lagt fram eit mål om at slik teknologi skal vere ein integrert del av helse- og omsorgstenesta innan 2020 (St. Meld. 15 (2017-2018)). I denne samanhengen har kommunane blant anna ansvar for sjølve tilbode om tenestene, utredning av totalsituasjonen til brukaren, bistå brukar til å søke om hjelpemidla frå NAV, samt opplæring og oppfølging (Aldring og helse, 2018). Kommunen er såleis pålagt å ha kompetent fagpersonell som kan gjennomføre desse oppgåvene. Ergoterapeuten har god kjennskap til kva hjelpemiddel som finns, korleis dei kan bli brukt og korleis dei kan bli formidla. På den måten kan ergoterapeutar vere ein bidragsytarar til dette. Anna helsepersonell kan også ha kunnskap om desse elementa, men har kanskje ikkje like mykje erfaring frå dette feltet enno. Sjølv om ergoterapeutar ikkje nødvendigvis har så mykje om dette i sin teoretiske utdanning, kjem dei ofte innom dette gjennom praksisperiodar som er ein del av grunnutdanninga.

#### **5.4.5 Samanheng i tenestane**

Tilbakemelding frå dialogmøta viser at mange eldre og deira pårørande opplever helsetenesta som oppstykkka og delt. For at eldre skal oppleve auka tryggleik i pasientforløpet er dei avhengig av forutsigbarheit. Forutsigbarheit blir skapt i møte mellom pasient og helsepersonell ved bruk av personsentrert tilnærming, og ved å skape trygge overgangar mellom sjukehus og heim (Tuntland og Ness, 2016). Sjølv om dette er eit viktig arbeidsområde for ergoterapeutar, vert det i liten grad synleggjort i reforma. Ergoterapeutar kan brukast i pasientforløpet for å kartlegge både personens ressursar og begrensningar. Begrensningane kan oppstå med bakgrunn i tap av funksjon etter sjukdom. Det kan også vere



uheldige personlege forhold i livssituasjonen som påverkar aktivitetssføringa. Stress bekymringar, einsemd og mangel på søvn er alle eksempel på dette (Tuntland, 2015).

Ergoterapeuten sine vurderingar bør samanfattast med andre faglege vurderingar i eit tverrfagleg team slik at pasienten blir grundig nok kartlagt. I reforma vert betydinga av kartlegging i konkrete aktivitetssituasjonar lagt lite vekt på. Det kan medføre at viktige element ved pasienten sin tilstand vert oversett. Fullverdig kartlegging er avgjerande for at pasienten skal få den oppfølginga som trengs når den kjem heim (Tuntland og Ness, 2016).

## **5.1 Metodediskusjon**

Hensikta med metodediskusjonen er å reflektere over val og kvaliteten av metoden som er nytta i oppgåva. I dette kapitlet vert det trekt inn styrkar og svakheiter med metodedesign og dokumentanalyse (Henricson, 2014). Vidare blir etiske overveielsar drøfta.

## **5.2 Styrkar og svakheiter ved forskingsstrategien**

### **5.2.1 Kvalitativ metode**

I denne oppgåva er det nytta eit kvalitativt metodedesign. Fordelen med slike metodar er at det grundig fangar opp data som karakteriserer eit fenomen (Dalland, 2007). Det fangar opp meiningar og opplevingar som ikkje nødvendigvis let seg talfeste. Ei ulempe med å nytte kvalitativ metode kan vere at resultatata i større grad blir prega av forfattaren si forforståing. Kvantitative metodar har som føremål å samle data som kan beskrive eit fenomen ved hjelp av tal. På bakgrunn av problemstillinga og tidsramma har det vore hensiktsmessig å nytte seg av kvalitativt metodedesign (Dalland, 2007). I stortingsmeldinga er det derimot brukt ein kombinasjon av ulike metodar, både kvalitativ og kvantitativ, for å beskrive større delar av tematikken. Dermed er datamaterialet som er nytta i denne oppgåva prega av både intervju, statestikk og forsking (St. Meld. 15 (2017-2018)). Dette har skapt eit stort datamateriale og jobbe ut ifrå som inneheld både meiningar og tal.

For å besvare problemstillinga var det hensiktsmessig å velje ein metode som gav rom for tolking og refleksjon. I utgangspunktet var tanken å gjere ei litteraturstudie. Det blei nytta mykje tid på å vurdere kva fokusområde oppgåva skulle ha. Etterkvart blei det tydeleg at metoden ikkje blei dekkjande nok. Dersom oppgåva skulle ha det føremålet som var tenkt, blei det naudsynt med ein metode med meir opne rammer. På bakgrunn av dette blei det omsider bestemt å nytte dokumentanalyse.

### 5.2.2 Dokument og dokumentanalyse

Det meste av datamaterialet som er nytta i denne oppgåva er innhenta frå eitt dokument: Stortingsmelding 15 (2017-2018). Det å nytte seg av kun èi stortingsmelding som datamateriale kan vere utfordrande. Det medfører at ein må tilnærme seg og analysere stoffet på ein anna måte enn til dømes i eit litteraturstudie. I denne oppgåva er det gjort ei dokumentanalyse. Dokumentanalyse er ein metode som er svært lite brukt innanfor helse- og sosialfaglege utdanningar. Det finns derfor lite samanlikningsgrunnlag for å vurdere kor vidt metoden er nytta riktig. Usikkerheita ved å nytte seg av ein ny metode kan ha verka inn på resultatet (Dalland, 2007). I tillegg til dette finns det lite ressurslitteratur om både dokument og dokumentanalyse. Det har gjort prosessen ekstra krevande. På bakgrunn av ergoterapifaget sitt fokus på forskning og utvikling er det likevel blitt vurdert som ein hensiktsmessig metode å nytte. Metoden kan bidra til å sjå faget i eit nytt perspektiv eller ein anna vinkel, og igjen skape grunnlag for utvikling.

På grunn av usikkerheita knytt til metode og framgangsmåte er det omstridt kor vidt resultatata i ein dokumentanalyse er overførbare eller generaliserbare. Det er ikkje teke eit bestemt standpunkt for det i denne oppgåva. Det som derimot har blitt drøfta er hensikta med ei dokumentanalyse, og om den har blitt oppfylt. Målet med ei dokumentanalyse er å tolke og framstille delar av verkelegheita basert på tekstmaterialet i eit dokument (Järvinen og Mik-Meyer, 2005). Det har ikkje vore eit mål i seg sjølv å skape ny kunnskap, men å knytte allereie eksisterande teori opp mot eit politisk dokument for å sette det i perspektiv. Den eksisterande teorien som er nytta er henta frå ressurslitteratur og forskning i ergoterapi.

Dersom ein tek utgangspunkt i Järvinen og Mik-Meyer sin teori (2005), er det mest vesentlege for ein dokumentanalyse at den som les er klar over sin forforståing for tema, og korleis forforståinga kan påverke lesinga (Järvinen og Mik-Meyer, 2005). Forforståinga som ligg til grunn for denne dokumentanalysa er presisert gjennomgåande i oppgåva. Hensikta med det er å tydeleggjere at det finns mange måtar å tolke på. Bevisstheit og openheit om dette kan vere førebyggjande mot feilaktig bruk av dokument. Med feilaktig bruk meinast at dokument blir framstilt som nøytral fakta, eller at èi tolking av dokumentet blir sett på som den einaste korrekte måten å sjå det på (Järvinen og Mik-Meyer, 2005).

### 5.3 Ethiske refleksjonar

I utgangspunktet er det fleire etiske overveielsar ein bør gjere i forbindelse med ei bacheloroppgåve og anna vitenskapleg arbeid. Det ligg mange etiske prinsipp til grunn som skal vere vegleiar for framgangsmåten (Henricson, 2014). Det er teke utgangspunkt i at regjeringa har følgd desse prinsippa i arbeidet med Stortingsmelding 15. Det gjeld prinsipp knytt til blant anna personvern og integritet for dei involverte menneska. På bakgrunn av dette er dei største etiske refleksjonar knytt til oppgåva alt teke stilling til. Den første mindre etiske refleksjonar er knytt til val av tema og samfunnsnytte. I denne reforma er målgruppa kunn eldre menneske over 65 år. utfordringa med dette er at det er veldig avgrensa målgruppe med tanke på alle dei andre utfordringane som finns i helsetenestane, som også andre målgrupper opplev Dette er i utgangspunktet noko regjeringa burde tatt stilling til i forkant av utarbeidinga av stortingsmeldinga. Tilgjengelegheit, aktivitet og deltaking, og tilpassa helseteneste er tross alt viktig for alle menneske uavhengig av alder. Samfunnsnytta av oppgåva ville trueleg vore større om målgruppa i reforma også var større. Det fører naturleg over på den neste refleksjonen som omhandlar kven oppgåva eigentleg har verdi for og kva resultata skal brukast til. Sjølv om oppgåva framhevar at føremålet er retta mot kommunane og brukarane i kommunen, kan det framstå som at eigenprofilering og sjølvvinning er den eigentlege hensikta. Det at ergoterapeutar blir lovpålagt i alle kommunar innan 2020 kan vere med å styrke denne tanken. Det er sjølv sagt ein vesentleg faktor for val av tema, men ikkje den overordna grunnen. Gjennomgåande i teksten er det lagt vekt på kommunane sitt behov for å kjenne til kompetansen for å kunne implementere løysingane. Vidare blir det diskutert kor vidt det er riktig å vere selektiv når det kjem til avgrensingane i dokumentanalysen. Det er omstridt i kor stor grad eitt innsatsområde bør bli meir vektlagt enn eit anna. På bakgrunn av det avgrensa omfanget og tidsramma for bacheloroppgåva har enkelte avgrensingar likevel blitt sett på som ein absolutt nødvendighet for å komme i mål.

## Kapittel 6 – Konklusjon

I dette kapittelet blir det samanfatta og konkludert om det er ein samanheng mellom teori og funn som er gjort på bakgrunn av forskingsspørsmålet og underproblemstillingane.

**Forskingsspørsmålet i denne oppgåva er:** “Leve hele livet”- ei gåvepakke for ergoterapeutar?

**Underproblemstillingane er:**

1. Korleis trekkjer Stortingsmelding 15 (2017-2018) fram ergoterapeutar sin kompetanse?
2. Korleis kan ergoterapeutar bidra med sin kompetanse i implementeringa av Stortingsmelding 15 *Leve hele livet*?

Ut frå teorien som er nytta i oppgåva har det kome fram at ergoterapeutar har mykje relevant kompetanse som kan brukast ved implementering av Stortingsmelding 15. Det blir konkludert med at kompetansen kan nyttast innanfor samtlege innsatsområder. Vidare viser det seg at reforma i liten grad trekkjer fram ergoterapeutar som yrkesgruppe, og dermed blir ikkje denne kompetansen synleggjort.

Kommunane treng meir innsikt i arbeidsområda til dei ulike kommunale faggruppene for å vite korleis dei kan inkludrast i implementeringsarbeidet av reforma. Resultatet i denne oppgåva kan bidra med å synleggjere ergoterapeutar sitt kunnskapsfelt.

Teorien som er brukt i oppgåva er med å styrke innhaldet sin truverdigheit.

Resultata må bli sett i lys av eit interaksjonistisk konstruktivistisk perspektiv. Det vil sei at det er stor openheit om korleis tolkingsprosessen har gått føre seg, og kva som har påverka den. Vidare kunne det vore interessant om fleire yrkesgrupper i kommunehelsetenesta gjorde ein tilsvarande dokumentanalyse av Stortingsmelding 15, basert på sin eigen profesjon. På den måten ville ein oppnådd breiare forståing for kvarandre sine arbeidsområde, og fått betre utnytta kvarandre sin kunnskap. Det kan leggje grunnlaget for den nye strukturen i kommunal helse- og omsorgsteneste, og igjen skape effektive og lønnsame løysingar som kjem alle til gode.

## Referanseliste

Aldring og helse (2017) *Velferdsteknologi og hjelpemidler til personer med kognitiv svikt og demens*. Tilgjengeleg frå: [https://aldring-og-helse-media.s3.amazonaws.com/documents/NAV\\_presentasjon\\_om\\_Velferdsteknologi\\_v10\\_AVB8\\_sCO.pdf](https://aldring-og-helse-media.s3.amazonaws.com/documents/NAV_presentasjon_om_Velferdsteknologi_v10_AVB8_sCO.pdf) (Henta: 27.04.2019).

Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. Utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ergoterapeutene (2017) *Alle skal kunne delta*. Tilgjengeleg frå: [https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/7-Kommunikasjon%20og%20markedsføring/75-Trykksaker/Kjernekompetanse%202017/Ergoterapeuters\\_kjernekompetanse\\_Web\\_enkeltsider.pdf](https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/7-Kommunikasjon%20og%20markedsføring/75-Trykksaker/Kjernekompetanse%202017/Ergoterapeuters_kjernekompetanse_Web_enkeltsider.pdf) (Henta: 19.02.2019).

Hasselkus, R. B. (2002) *The Meaning of Everyday Occupation*. USA: SLACK Incorporated.

Helsebiblioteket (2016) *Sjekklistor*. Tilgjengeleg frå: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor> (Henta: 28.03.2019).

Helse- og omsorgstenesteloven (2012) *Lov om kommunale helse- og omsorgstenester m.m.* Tilgjengeleg frå: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> (Henta: 07.04.2019)

Henricson, M. (2014) *videnskabelig teori og metode*. København: Munksgaard.

Järvinen, M. og Mik-Meyer, N. (2005) *Kvalitativ metode i et interaktionistisk perspektiv*. 1. utgave. København: Hans Reitzel Forlag.

Kristensen, H. K., Schou, A. S. B. og Mærsk, J. L. (2017) *Nordisk aktivitetsvidenskap*. København: Munksgaard.

Lid, I. M. (2013) *Universell utforming- verdigrunnlag, kunnskap og praksis*. 1. utg. Latvia: Cappelen Damm Akademisk.

Likestilling og diskrimineringsloven (2017) *Lov om likestilling og forbud mot diskriminering*. Tilgjengeleg frå: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-51> (Henta: 10.04.2019).

Littlechild, R., Bowl, R., Matka, E. (2010) *An independence at home service: the potential and the pitfalls for occupational therapy service*. (DOI: 10.4276/030802210X12759925468862) Birmingham: British journal of Occupational Therapy. Tilgjengeleg frå: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.4276/030802210X12759925468862> (Henta: 20.02.2019).

Meld. St. 15 (2017-2018) (2018) *Leve hele livet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartement. Tilgjengeleg frå: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/sec1> (Henta: 04.02.2019).

Moe, A., Ingstad, K., Brataas, V. (2017) *Patient influence in home-based reablement for older persons: qualitative research*. (DOI 10.1186/s12913-017-2715-0) Bodø: BioMed central. Tilgjengeleg frå: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2715-0> (Henta: 02.04.2019).

- Mæland, J. G. (2010) *Forebyggende helsearbeid- folkehelsearbeid i teori og praksis*. 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nakrem S. og Sigurjónsson B. J. (Red.) (2017) *Velferdsteknologi i praksis*. 1. utgave. Latvia: Cappelen damm akademisk.
- Ness, N. E. (2016) Hverdagsmestring. *Ergoterapeuten*. Volum 1. Tilgjengeleg frå URL: <file:///C:/Users/synno/Downloads/Hverdagsmestring.pdf> (Henta: 07.04.2019).
- Ness, N.E. (2018) Leve hele livet- en reform som roper etter flere ergoterapeuter!, *ergoterapeutene*, 24 mai. Tilgjengeleg frå: <https://erganen.wordpress.com/2018/05/24/leve-hele-livet-en-reform-som-roper-etter-flere-ergoterapeuter/> (Henta: 21.03.2019).
- Pasient og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient og brukerrettigheter*. Tilgjengeleg frå: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Henta: 10.04.2019).
- Regjeringen (2018) *Leve hele livet skal gi eldre en trygg og verdig alderdom*. Tilgjengeleg frå ULR: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/leve-hele-livet-skal-gi-eldre-en-trygg-og-aktiv-alderdom/id2600245/> (Henta: 06.04.2019)
- Schell, B.A.B., Gillen, G. og Scaffa, M.E. (2014) *Willard & Spackman's Occupational Therapy*. 12. Utgave. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Townsend, E. & Wilcock, A., E. (2004) *Occupational justice and client-centered practice: A dialogue in progress*. Canada: Canadian journal of Occupational Therapy. Tilgjengeleg frå: <file:///Users/mariarh/Downloads/CJOT2003TownsendwilcockOJDialogueinprogress.pdf> (Henta: 02.04.2019).
- Tuntland, H. (2015) *En innføring i ADL*. 2. utgave. Latvia: Høyskoleforlaget.

Tuntland, H. og Ness, N.E. (2016) *Hverdagsrehabilitering*. 1.utgave. Oslo: Gyldendal akademisk.

Vik, K. (2015) *Mens vi venter på eldrebølgen*. 1.utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.



## Vedlegg

### Vedlegg 1 – Inklusjon og eksklusjon

Inklusjonskriteriar	Eksklusjonskriteriar
Endre menneske (65+)	Medisinske tiltak, symptom og bivirkningar
Heimebuande eller på institusjon	Ernæringstillstand
Begge kjønn	Pårørande
Alle typar kulturell bakgrunn	
Alle diagnosegrupper og funksjonsnedsettelsar	

### Vedlegg 2 – Søkeordstabell

Dato for søk	Søkeord	Database	Antall funn	Innskrenkingar	Kva artikkel som vart nytta
20.02.19	Home health care AND reablement AND occupational therapy	Oria	115	Matrialtypar: artiklar Språk: Engelsk Utgivlesedato: siste 10 år	“An independence at home service: the potential and the pitfalls for occupational therapy services”
02.04.19	Home based AND reablement AND older people	Ovid	3	Matrialtypar: artiklar Språk: Engelsk Utgivlesedato: siste 10 år	“Patient influence in home-based reablement for olderpersons”
02.04.19	Enabling AND professional power AND occupation AND Occupational therapy and rehabilitation	Oria	1070		“Occupational justice and client-centered practice: A dialogue in progress”



