

LEVE HELE LIVET

EN KVALITETSREFORM FOR ELDRE

- oppsummering av kunnskap og forskningsresultater



Spredning og implementering av gode tiltak for eldre

- oppsummering av kunnskap og forskningsresultater



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

LEVE HELE LIVET –

EN KVALITETSREFORM FOR ELDRE

DELPROSJEKT 4

Spredning og implementering av gode tiltak for eldre

- oppsummering av kunnskap og forskningsresultater

Delprosjektleder	Janne Røsvik
Delprosjektgruppe	Janne Røsvik (ph.d), Siren Eriksen (ph.d), Guro Hanevold Bjørkløf (cand.psychol.)
Forfattere	Janne Røsvik og Siren Eriksen

Oppdragsgiver	Helse- og omsorgsdepartementet
Ansvarlig for oppdraget	Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse ved Kari M. Kristiansen har ansvar for delprosjekt 1,3,4,5,6
Prosjektkoordinator	Janne Røsvik
Forskningskoordinator	Torunn Totland
Prosjektgruppe	Kari Midtbø Kristiansen - <i>Daglig leder</i> Guro Hanevold Bjørkløf - <i>Fagsjef, demens</i> Ellen Melbye Langballe - <i>Fagsjef, funksjonshemning, utviklingshemning</i> Maria Lage Barca - <i>Fagsjef, alderspsykiatri (konst.)</i> Øyvind Kirkevold - <i>Assisterende forskningssjef</i> Sverre Bergh - <i>Forsker</i> Anne Marie Mork Rokstad - <i>Postdoktor</i> Torunn Holm Totland - <i>Forskningskoordinator</i> Aud Johannessen - <i>Postdoktor</i> Janne Røsvik - <i>Postdoktor</i> Geir Selbæk - <i>Forskningsjef</i>
Bibliotekarere	Vigdis Knutsen - <i>Hovedbibliotekar</i> Katarina Einarsen Enne - <i>Spesialbibliotekar</i>
Levert	30. september 2017



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

Innhold

BAKGRUNN	3
Mål	4
Problemstillinger	4
METODE	5
Inklusjons- og eksklusjonskriterier	5
Søkestrategi	5
Internasjonale databaser	5
Grå litteratur	6
Inklusjon av studier	6
Internasjonale databaser	6
Grå litteratur	6
Analyse av data	6
RESULTATER	7
Hvilke utfordringer og anbefalinger er beskrevet knyttet implementering og spredning av tiltak?	8
Implementering	8
Forebyggende og helsefremmende tiltak	8
Omsorg og behandling	12
Rehabilitering	16
Tannhelsetjenesten	17
Oppsummering om implementering	18
Spredning	19
Forebygging og helsefremmende tiltak	19
Omsorg og behandling	19
Oppsummering om spredning	20
DISKUSJON	21
OPPSUMMERING OG ANBEFALINGER	23
REFERANSER	24
VEDLEGG	26
Vedlegg 1 Søkeord i Medline for søk i internasjonale baser	26
Vedlegg 2 Kilder for grå litteratur	28
Vedlegg 3 Figur 1 Flytskjema som viser utvalg av studier	29
Vedlegg 4 Resultater	30

BAKGRUNN

Reformen *Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre* har disse målene

- flere gode leveår der den aldrende befolkningen beholder god helse lenger og i større grad mestrer eget liv, samtidig som de har trygghet for riktig hjelp til helse- og sosialbehov til rett tid
- pårørende som ikke sliter seg ut, og som kan ha en mer jevn innsats for sine nærmeste og kan oppleve også denne tiden som verdifull
- reduksjon av unødvendig og uønsket variasjon i kvaliteten i tjenestene
- legge til rette for at de ansatte har et godt arbeidsmiljø der de får brukt sin kompetanse og har muligheter for faglig utvikling

Delprosjekt 4 handler om spredning og implementering av nye, faglig, gode tiltak innen det som er satsingsområder for reformen: mat & måltid, aktivitet & fellesskap, helsehjelp, pasientforløp, støtte til pårørende og kompetanseutvikling & godt arbeidsmiljø.

Begrepet *intervensjon* brukes i forskningslitteraturen. En intervensjon er en metode som spesielt griper inn i effekten av en tilstand eller gjennomføringen av en prosess. Det norske ordet *tiltak* samsvarer stort sett med dette begrepet. Den grå litteraturen refererer ofte til et *prosjekt*. I denne rapporten vil begrepene intervensjon og tiltak bli brukt om hverandre, også når det henvises til det som er blitt gjort i et prosjekt.

Siden Rogers (1) presenterte sin teori om diffusjon av innovasjoner er det kommet et stort antall modeller for implementering som fokuserer på helseorganisasjoner. En av de mest omfattende oversiktsstudiene om faktorer som hemmer og fremmer spredning og implementering av innovasjoner i helsetjenesten, ble gjort av Greenhalgh og kolleger i 2004 (2). En sentral implementeringsmodell som bygget på denne oversiktsstudien ble laget av Damschroder og kolleger i 2009 (3). Denne modellen legger vekt på fem hovedelementer som påvirker implementering og spredning av intervensjoner:

Intervensjonen/tiltaket:

Faktorene som hører til dette elementet handler om hvor kompleks intervensjonen er, i hvilken grad den kan prøves ut og tilpasses lokale forhold samt kostnader knyttet til intervensjonen.

Ytre forhold:

Faktorene som hører til dette elementet handler om intervensjonen møter behovene til pasient/brukergruppen, incentiver fra faglige myndigheter, og hva andre organisasjoner gjør.

Interne forhold:

Faktorene som hører til dette elementet handler om organisasjonen er velfungerende, ledelse, kultur og læringsklima.

Personene som er involvert:

Faktorene som hører til dette elementet handler om prosessen med å implementere tiltaket: Planlegging, prosjektledelse, å engasjere ildsjeler og normsendere.

Implementeringsforskningen viser at en ikke kan si sikkert hvordan faktorer som hemmer og fremmer spredning og implementering skal identifiseres, hvilke som er de viktigste, og hvordan en velger tiltak på basis av viktige faktorer. Kunnskapen som finnes om disse faktorene gir foreløpig ikke klare føringer for konkrete intervensjoner i helse- og omsorgssektoren (4).

Intervensjoner som implementeres og spres i helseorganisasjoner er for det meste komplekse. Denne kompleksiteten har to aspekter: den innebærer at intervensjonen har mange deler som henger sammen, og at systemet der intervensjonen finner sted er kompleks. Å implementere en intervensjon for eksempel i en sykehjemsavdeling, påvirker interaksjoner mellom pasienter, pårørende, pleiere og ledere. Selve intervensjonen krever ofte at de ansatte tilegner seg nye kunnskaper, ferdigheter og kanskje endrer holdninger. Ofte må rutiner endres. Ulike forhold er vevd sammen og utgjør hver sin lokale kontekst for en intervensjon, for eksempel hvilke holdninger og personligheter som preger personalet, hvilken ledelsesfilosofi lederen har, og om organisasjonen er i en ustabil fase med utskiftninger av ansatte. Intervensjonen kan være god, men om implementeringen er dårlig kan en likevel få et dårlig resultat. Dette kan gi intervensjonen et «dårlig rykte» og dermed bremse eller hindre spredningen av intervensjonen til andre organisasjoner.

Mål

Hovedmålet for denne kunnskapsoppsummeringen er å gi oversikt over nyere kunnskap og forskningsresultater om spredning og implementering som kan være relevante for å utvikle forebyggende og helsefremmende tiltak, behandling og rehabilitering i de kommunale helse- og omsorgstjenestene for mennesker over 67 år. Både perspektivet til eldre, pårørende og tjenesteyter vektlegges.

Kunnskapsoppsummeringen skal gi anbefalinger om virkemidler og verktøy for å oppnå en systematisk spredning og implementering av virkningsfulle tiltak som kan møte de identifiserte utfordringene på kommunalt nivå og i samhandling med spesialisthelsetjenesten.

Problemstillinger

Hvilke utfordringer og anbefalinger er beskrevet knyttet til implementering og spredning av intervensjoner knyttet til mat & måltid, aktivitet & fellesskap, helsehjelp, støtte til pårørende, arbeidsmiljø & kompetanse og pasientforløp?

Hvilke anbefalinger kan gis om virkemidler og verktøy for å oppnå en systematisk spredning og implementering av tiltak i forebyggende og helsefremmende tjenester, omsorg og behandling, rehabilitering og tannhelsetjeneste?

METODE

I denne kunnskapsoppsummeringen ble det søkt etter forskningsresultater og kunnskap ved systematiske søk i aktuelle internasjonale forskningsdatabaser, søk i grå litteratur og uformelle forespørsler til aktuelle kontakter og nettverk.

Videre i denne rapporten vil det bli skilt mellom litteratur hentet fra kildene internasjonale forskningsdatabaser og grå litteratur. Internasjonale forskningsdatabaser er PubMed, Medline og Cinahl osv. Grå litteratur viser til publikasjoner som ofte ikke finnes i de internasjonale forskningsdatabasene, for eksempel prosjektrapporter, masteroppgaver eller offentlige dokumenter.

Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriteriene er beskrevet i tabell 1. For å bli inkludert måtte studien eller prosjektet handle om et tiltak rettet mot eldre over 67 år og beskrive erfaringer med implementering og/eller spredning av tiltaket. Studien/rapporten måtte være skrevet på engelsk eller et skandinavisk språk og være utgitt i løpet av de siste fem årene.

Tabell 1: Inklusjonskriterier.

	Inklusjon
Populasjon	Eldre over 67 år
Tidsperiode	2012-2017
Språk	Engelsk og skandinaviske språk
Design	Alle typer intervensjonsstudier, studier eller prosjektrapporter fra grå litteratur
Fokus/resultatmål	Beskriver spredning og/eller implementering av gode tiltak, dvs intervensjoner og prosjekter
Tema	• mat og måltid • aktivitet og fellesskap • pasientforløp • støtte til pårørende • kompetanseutvikling og godt arbeidsmiljø • helsehjelp
Helsetjenestenivå	• kommunehelsetjeneste • overgang til/samarbeid med spesialisthelsetjeneste • rehabilitering • tannhelsetjeneste

Søkestrategi

Internasjonale databaser

Det ble søkt etter kvalitative og kvantitative enkeltstudier og oversiktsartikler i Cochrane Database for Systematic Reviews, Embase, Medline, Cinahl, Ageline, PubMed, SveMed og Norart.

Fordi delprosjekt 4 fokuserte på spredning og implementering av prosjekter knyttet til alle de identifiserte satsingsområdene i *Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre*, ble det gjort flere søk. Det ble gjort et overordnet søk etter studier med fokus på spredning og implementering av prosjekter

for populasjonen eldre. I tillegg ble det gjort søk for hvert tema/delprosjekt der søkeordene *diffusion*, *implementation* var lagt til søkestrengen.

Søkeordene brukt i søk Medline var utgangspunkt for finne tilsvarende søketermer i de andre databasene. Søkeordene for Medline for de ulike søkene er oppgitt i vedlegg 1. De samme søkeord for populasjonen eldre ble brukt i søkene til alle delprosjektene utført av Aldring og helse.

Grå litteratur

Søkeord for søk i kilder for grå litteratur var «eldre, prosjekt, implementering, spredning». Kilder for grå litteratur som ble brukt er beskrevet i vedlegg 2.

Søkene i Google og Brage ble utført og dokumentene lastet ned 12.juli 2017. Søkene i de andre kildene ble gjort primo august 2017. De samme inklusjonskriterier som for søkene i de internasjonale databasene ble brukt til å vurdere resultatene fra søk i kilder til grå litteratur. Det ble gjort egne søk i Google med søkeordene oversatt til svensk og dansk.

Inklusjon av studier

Internasjonale databaser

Resultatene (treffene) fra søkene som ble gjort i de ulike databasene ble lastet opp i en EndNote-fil. Et skjema basert på inklusjonskriteriene ble brukt for å vurdere om studiene oppfylte inklusjonskriteriene. Resultatene ble først vurdert på basis av studiens tittel. Studier der tema var helt klart irrelevant ble ekskludert, for eksempel studier der tittelen fortalte at populasjonen ikke var eldre. For studier som virket å være relevante, eller der en var i tvil etter vurdering av tittel, ble sammendrag lest og vurdert. For studier som ikke ble ekskludert, eller der en var i tvil etter vurdering av sammendrag, ble fulltekstartikkel lest og vurdert i henhold til inklusjonskriteriene.

Grå litteratur

I nettsøken i kilder for grå litteratur kommer treffene opp rangert etter antatt relevans ut fra søkeordene. Dokumenter (studier og prosjektrapporter) som virket å være relevante ble lest i fulltekst og vurdert ut fra inklusjonskriteriene. Dokumenter som inneholdt relevant stoff ble lastet ned og lagret. Denne prosedyren ble fulgt til treffene som kom opp i søkene ble ansett som irrelevante.

Analyse av data

Data fra inkluderte studier og prosjektrapporter som ble kartlagt var

- type dokument: forskningsartikkel, rapport mm
- type studie: oversiktsartikkel, enkeltstudie, oppsummering av resultater (grå litteratur)
- metode: kvalitativ, kvantitativ
- populasjon: hjemmeboende, institusjonsboere
- tema/delprosjekt for reformen *Leve hele livet* studien/rapporten var relevant for
- type tiltak: forebyggende og helsefremmende tiltak, omsorg og behandling, rehabilitering, tannhelse
- helsetjenestenivå: kommunehelsetjenestenivå, overgang og samarbeid med spesialisthelsetjenestenivå

- kort beskrivelse av intervensjon/prosjekt/tiltak
- relevante resultatmål
- beskrivelse av spredning og/eller implementering
- beskrivelse av utfordringer ved spredning og/eller implementering,
- anbefalinger

Studiene/rapportene ble kategorisert ut fra helsetjenestenivå og type tiltak (forebyggende og - helsefremmende tiltak, omsorg og behandling, rehabilitering, tannhelse), og hvilket tema/delprosjekt de var relevante for. Under det siste punktet ble konkrete utfordringer og anbefalinger knyttet til implementering og spredning av tiltaket beskrevet. Der det var relevant, ble utfordringer og anbefalinger sammenfattet under disse kategoriene

- resultater knyttet til modeller for spredning og implementering
- resultater knyttet til spredning og implementering på organisasjons-/institusjonsnivå
- resultater knyttet til implementering på individnivå

RESULTATER

Resultatene fra søk i internasjonale forskningsdatabaser og grå litteratur er presentert samlet. Figuren som viser inklusjon av studier er presentert i vedlegg 3. Totalt 28 studier/dokumenter ble inkludert, ni av disse var fra kilder for grå litteratur. Ti studier/dokumenter var norske, 14 var fra Skandinavia, åtte var fra andre land i Vest-Europa. Tjuefire studier/rapporter handlet om implementering, én var knyttet til samhandling med spesialisthelsetjenesten. Fire studier/rapporter omhandlet spredning.

Like mange studier (ni) var knyttet til forebyggende & helsefremmende helsehjelp og omsorg & behandling. Én studie omhandlet rehabilitering, én omhandlet tannhelsetjenesten.

Helsetjenester var det tema som var best dekket, tolv studier/rapporter var i denne kategorien. Seks studier/rapporter handlet om aktivitet & felleskap, sju om arbeidsmiljø & kompetanse. Det var få studier om mat og måltid, støtte til pårørende og pasientforløp.

Tabell 2: Hvor studien/prosjektet ble utført.

Norge	Sverige	Danmark	UK/ Stor- britannia og Nord- Irland	Nederland	USA	Sveits	Canada	Australia	Hong Kong	Thailand
10	3	1	1	6	2	1	1	1	1	1

Tabell 3: Fokus og antall studier/rapporter fra ulike typer helsetjeneste.

Helsetjeneste	
Forebyggende og - helsefremmende	10 implementering 2 spredning
Omsorg og behandling	15 implementering 2 spredning
Rehabilitering	1 implementering 0 spredning
Tannhelsetjeneste	1 implementering 0 spredning
Totalt	26* implementering 4*spredning

Inklusiv studier som omhandler både spredning og implementering

Tabell 4: Resultater fra søk i internasjonale databaser og grå litteratur. Tema og antall studier.

Type tiltak	Delprosjekt						Totalt
	Mat og måltid	Aktivitet og Fellesskap	Helsehjelp	Pårørende	Pasientforløp	Arbeidsmiljø og kompetanse	
Totalt	2	6	12	0	1	7	28

Tabell 5: Antall studier fra internasjonale databaser og dokumenter fra grå litteratur.

Kilder	Antall
Internasjonale databaser	19
Grå litteratur	9
Totalt	28

Hvilke utfordringer og anbefalinger er beskrevet knyttet implementering og spredning av tiltak?

Utfordringene og anbefalingene presentert under er kategorisert ut fra type tiltak og hvilke delprosjekttema de er relatert til. For mer utfyllende beskrivelse av tiltaket og hvordan det ble implementert, se vedlegg 4.

Implementering

Tilstrekkelige økonomiske og personellmessige rammer er en forutsetning som nevnes i de fleste studier og rapporter. Nedenfor er de spesifikke utfordringene og anbefalingene for de ulike intervensjonene presentert.

Forebyggende og helsefremmende tiltak

Helsehjelp

Fallforebygging for hjemmeboende

To studier tok for seg fallforebygging, begge med fokus på hjemmeboende: én fra UK og én fra Australia. Det var ekstra utfordringer på organisasjonsnivå for programmet som samarbeidet med frivillige, dette samarbeidet tok mye tid (5). Selve rekrutteringen av pasienter var tidkrevende, og det var vanskelig å finne treningsrom å være i og å transportere utstyret.

På individnivå var det en utfordring å finne riktig nivå på øvelsene for den enkelte pasient. De eldre, familiene og helsearbeiderne hadde ulike oppfatningene av risiko for fall hos den eldre personen, noe som skapte spenninger knyttet til maktbalanse, ekspertise og uavhengighet i forholdet mellom disse. Hvis de eldre trodde de hadde lite kontroll over hva som skjedde med dem, kunne de se lite hensikt i å engasjere seg i forebyggende tiltak (6). Faktorene som hadde betydning for implementeringen var komplekse. Ingen enkel faktor kunne pekes ut som hovedfaktor.

Det var en fordel å ha ansatte som var kjent med denne typen program fra tidligere. Det kortet ned tiden med opplæring av de ansatte og en kom forttere i gang med programmet. Ansatte som hadde et nettverk med relevante samarbeidspartnere i systemet var en fordel når det gjaldt rekruttering av frivillige. Det var viktig å rådføre seg med de eldre for å finne ut hvilke endringer de var motivert for å gjøre for å redusere sin egen fallrisiko. De eldre må være aktive deltakere, ikke passive mottakere (5, 6).

Mat og måltid

Prosjekt om mat, ernæring og måltid for eldre i særskilt boende i svensk kommune

Utfordringer knyttet til implementering i denne svenske rapporten var å motivere både ledere og personale til å tenke nytt.

Anbefalinger var å kartlegge matinntak som rutine. Personalet og de ansatte på kjøkkenet bør dra på studiebesøk hos hverandre for å få større forståelse for virksomheten og hvordan de kan samarbeide. Kost og ernæring bør være tema i arbeidsgrupper, og diskuteres med de eldre og med pårørende (7).

Aktivitet og felleskap

Treningsprogram for hjemmeboende

Utfordringene på organisasjonsnivå i denne amerikanske studien handlet om å få tak i instruktører som var godt nok kvalifisert og som kunne lage gode treningsprogram, og å finne egnet lokale ledig på tidspunkt som passet for de eldre.

Anbefalinger var å få tak i ansatte og instruktører som forstår og kan støtte programmet. En må vurdere hvor klar organisasjonen er for å gjennomføre programmet, og om målene for programmet stemmer overens med behovene hos organisasjonen og deltakerne. En må tilpasse programmet til forholdene der det er mulig (8).

Program for klubber for eldre hjemmeboende

På organisasjonsnivå var utfordringene i denne thailandske studien mangel på nødvendige kunnskap og ferdigheter til å implementere programmet både hos frivillige og ansatte.

De som planlegger og de som evaluerer trenger å forstå forskjellen i perspektivene til de ulike partene. Det er viktig å vurdere behov fra perspektivet til de eldre. En må vurdere motivasjon, kapasitet og krav, både hos de som implementerer og hos mottakerne (9).

Eldrevennlige byer

Utfordringer i denne studien fra Canada var å gå fram på riktig måte, å unngå en ovenfra og ned-tilnærming der tjenesteleverandører bestemmer hva som er behovene og hvordan en skal respondere på disse.

Det var viktig å koordinere innsatsen og fremme samarbeidspartnerskap mellom interessentene. Initiativene bør føre til en transformasjon av den tradisjonelle ovenfra-ned tilnærmingen og fremme en nedenfra og opp-tilnærming gjennom et samarbeidspartnerskap. Utover å kommunisere med befolkningen, er det av største betydning å ha en enkel modell som det er konsensus om blant interessentene (10).

Engasjere pensjonister i å styrke egen helse og livsglede gjennom livskafeer

Den største utfordringen var rekruttering av frivillige ledere.

Anbefalinger beskrevet i denne norske rapporten var å samarbeide om å engasjere pensjonister ved å presentere tiltaket som et svar på de behovene målgruppen har, og deretter gi nødvendig oppfølging og støtte ved å etablere nettverk og fora for de frivillige lederne. Arbeidet i kommunene må ha støtte hos ledere, ansatte, politikere og frivillige organisasjoner. Kommunene må sørge for praktisk tilrettelegging og rekruttering av frivillige ledere og deltakere i samarbeid med frivillig sektor (11).

Gode hverdager for alle: Å etablere sosiale nettverk og deltakelse i frivillig arbeid.

Utfordringen var å få nok frivillige og å rekruttere frivillige kontinuerlig.

Denne norske rapporten anbefalte å opprette en frivillig- og kulturkoordinator i pleie- og omsorgssektor, spesielt rettet mot hjemmetjenesten. Det bør være opplæringstilbud for å bli besøksvenn og aktivitetsvenn. Det bør arbeides kontinuerlig med å øke kompetansen slik at kultur blir en del av miljøbehandlingen (12).

Arbeidsmiljø og kompetanse

Opplæring for hjemmetjenesten om brannsikkerhet for hjemmeboende

De store utfordringene var knyttet til økonomi, tid og forankring i ledelsen. I tillegg skapte turnover, sykefravær og mangel på skriftlig norskkunnskap en utfordring for opplæringen av ansatte.

Dette var en norsk rapport som anbefalte å samle aktørene fra helse, kommunens ledelse og brannvesen, og utarbeide en skriftlig avtale om samarbeid for å gjennomføre opplæringen. Eldrerådet, lokale pensjonistforeninger og brannsjefen bør være støttespillere (13).

Opplæring for å forebygge funksjonssvikt blant hjemmeboende, skrapelig eldre

Utfordringen på organisasjonsnivå var mangel på ansatte med kompetanse, erfaring og kapasitet.

Noen deler av intervensjonen var tidkrevende og vanskelig å bruke. På individnivå var utfordringen for mye informasjon på en gang i opplæringen for de ansatte, og at deltakelsen var for tidkrevende for de svakeste pasientene.

Anbefalinger i denne studien fra Nederland var på organisasjonsnivå og handlet om å gi mer veiledning og muligheter til å utveksle erfaringer med andre helsepersonell, samt å digitalisere skjemaer for å unngå dobbelt registrering og for å lette utveksling av data med andre fagdisipliner. På individnivå var anbefalingen å ta på alvor at eldre ofte sliter med tap, noe som kan føre til frustrasjon, mangel på motivasjon og forsømmelse av råd angående omsorg generelt (14).

Oppsummering – forebyggende og helsefremmende tiltak

Det var ti studier og rapporter knyttet til forebyggende og helsefremmende tiltak. Det ble fokusert på å kommunisere med de eldre om deres behov og få fram deres perspektiv på endringer og tiltak. For å få til et godt samarbeid med frivillige var det viktig at de frivillige fikk opplæring og oppfølging.

Når det gjaldt arbeidsmiljø og kompetanse var det viktig med metoder i opplæring som var praksisnære.

Intervensjoner bør ha forankring av ledelsen i kommunen, støtte hos ledere, ansatte, politikere og frivillige organisasjoner.

Tabell 6: Inkluderte studier og rapporter om forebyggende og helsefremmende tiltak.

Forfatter, årstall, land	Intervensjon, Populasjon	Metode	Anbefalinger
Forebyggende og helsefremmende tiltak			
Helsehjelp			
Child et al., 2012 UK (6)	Implementering av fallforebyggingsprogrammer for hjemmeboende	Systematisk litteraturgjennomgang, kvalitative studier	Ha en holistisk og personsentrert praksis der de eldre er aktive deltakere, ikke passive mottakere. Viktig å rådføre seg med de eldre for å finne ut hvilke endringer de er motivert for å gjøre for å redusere sin egen fallrisiko.
Day et al., 2016 Australia (5)	Implementering av fallforebyggingsprogrammer for hjemmeboende	Enkeltstudie Kvalitativ	For rekruttering av deltakere og eksternt samarbeid var det en fordel å ha ansatte som hadde kontakt med relevante samarbeidspartnere i systemet.
Mat og måltid			
Leksand kommun., 2012 Sverige (7)	Styrke ernæringen for eldre i særskilt boende	Prosjekt-rapport	Bruke en kombinasjon av forelesninger og gruppearbeid i opplæringen. Gjensidig studiebesøk innen de ulike områdene i kommunen som jobber med mat til eldre. Stimulere til mer mat-prat på et faglig nivå.
Aktivitet og fellesskap			
Buranakong-katree et.al., 2012 Thailand (9)	Program for klubber for eldre	Enkeltstudie Kvalitativ	De som planlegger og de som evaluerer trenger å forstå forskjellen i perspektivene til de ulike partene. Det er viktig å vurdere behov fra perspektivet til de eldre selv. En må vurdere motivasjon, kapasitet og krav både hos de som implementerer og hos mottakerne for at implementeringen skal bli vellykket
Garon et al., 2014 Canada (10)	Designet eldrevennlige byer	Enkeltstudie Kvalitativ	Koordinere innsatsen og fremme samarbeidspartnerskap og en nedenfra og opp- tilnærming der en kommunisere med befolkningen. Det er viktig å ha en enkel modell som det er konsensus om blant interessentene.
Petrescu-Prahova et al. 2016, USA (8)	Treningsprogram for hjemmeboende	Enkeltstudie Kvalitativ	Få tak i ansatte og instruktører som forstår og kan støtte programmet. Vurdere hvor klar organisasjonen er for å gjennomføre programmet, og om målene for programmet stemmer overens med behovene hos organisasjonen og deltakerne. Tilpasse programmet til forholdene der det er mulig
Konsmo et al., 2015 Norge (11)	Livskafeer for hjemmeboende	Opp-summering Kvalitativ og kvantitativ	Arbeidet må ha forankring av ledelsen i kommunen, støtte hos ledere, ansatte, politikere og frivillige organisasjoner. Kommunene må sørge for praktisk tilrettelegging og rekruttering av sirkelledere og deltakere i samarbeid med frivillig sektor. Samarbeide om å engasjere pensjonistene ved å presentere prosjektet som et svar på de behovene målgruppen har, og deretter gi nødvendig oppfølging og støtte ved å etablere nettverk og fora for sirkelledere.
Helse-direktoratet, 2016, Norge (12)	Etablere sosiale nettverk og deltakelse i frivillig arbeid	Prosjektrapport	Sørge for at flere kan gå sammen til opplæring i å være besøksvenn og aktivitetsvenn. Ha faste møtepunkt mellom frivillig sektor og offentlig sektor. Starte opplæring og kursing av kulturverter på alle institusjoner. Ansette en kultur/frivilligkoordinator for å koordinere kulturtilbudet til hjemmeboende eldre. Tydelig og konkret tilrettelegging og organisering før og under arrangement. Kultur og miljøperspektivfokus må være selvsagt for å se helheten og legge til rette best mulig for brukeren.
Arbeidsmiljø og kompetanse			
Metzelthin et al., 2013 Nederland (14)	Oppæring for å forebygge funksjonssvikt blant hjemmeboende, skrøpelig eldre	Enkeltstudie Kvalitativ og kvantitativ	Profesjonell kompetanse hos praktiserende sykepleier, empatisk evne og gode organisasjons- og kommunikasjonsferdigheter hos sykepleierne i prosjektet var viktig for god implementering. Veiledning og muligheter til å utveksle erfaringer med andre helsepersonell. Digitalisere skjemaer for å unngå dobbelt registrering og for å lette utveksling av data med andre fagdisipliner. Ta på alvor at eldre ofte sliter med tap, noe som kan føre til frustrasjon, mangel på motivasjon og forsømmelse av råd angående omsorg generelt.
Norsk Brannbefals Landsforbund 2012 Norge (13)	Opplæring for hjemmetjenesten om brannsikkerhet for eldre hjemmeboende.	Prosjektrapport	Samle aktørene fra helse, kommunens ledelse og brannvesen og utarbeide en skriftlig avtale. Eldrerådet, lokale pensjonistforeninger og brannsjefen bør være en støttespiller. En kan kartlegge tilstanden og fremme sak for kommuneledelsen/politisk ledelse om et tiltak som en kan dokumentere er lønnsomt for samfunn, kommune og viktig for trygghetsfølelsen for de eldre.

Omsorg og behandling

Helsehjelp

Implementering av miljøbehandling i demensomsorgen i sykehjem

Ifølge denne nederlandske oversiktsartikkelen var de største utfordringer knyttet til anvendelse av kunnskap. Opplæring førte ofte, men ikke alltid, til signifikant økning i kunnskap om en intervensjon, men i liten grad til endring i holdninger og ferdigheter. Kunnskapen var i liten grad beholdt etter seks måneder.

Anbefalinger var å gi helsearbeiderne oppfølging, veiledning i praksis og samtaler for å oppsummere hva som var lært. En prosjektleder eller en engasjert uformell leder kunne brukes til dette. Å lage planer som forklarte hvordan intervensjonen kunne tilpasses hver enkelt pasient kunne stimulere til bruk av intervensjonen (15).

Implementering av beboerorientert omsorg i sykehjem

Utfordringer var distraherende faktorer som høyt sykefravær, økt arbeidspress og utskifting av avdelingssykepleiere, introduksjon av andre prosjekter underveis i implementeringsprosessen, problemer med veilederen, at det ikke ble gitt opplæring i praksis, og at de ansatte ikke var involvert i beslutninger som gjaldt implementeringen.

Anbefalingene var å sette av nok tidsmessige, økonomiske og personellmessige ressurser til prosjektet og gi stabil veiledning i praksis. Avdelingsledelsen burde få spesiell opplæring om intervensjonen (16).

Opplæring og samhandling i faste møter mellom fastleger og hjemmetjenesten for kvalitetssikring av oppfølging av helsetilstand og legemiddelbehandling hos multisyke eldre

Utfordringer fra dette norske prosjektet var at planlegging, gjennomføring og dokumentasjon av møtene opplevdes tidkrevende i oppstarten.

Anbefalinger var å danne en ressursgruppe fra hver avdeling som møtte prosjektledelsen hver måned, og ha obligatorisk kurs i geriatrisk vurderingskompetanse som repeteres med jevne mellomrom samt månedlig temaundervisning (17).

Pilotprosjekt om interkommunalt samarbeid om digital natt- tilsyn

Det var utfordringer på teknisk-administrativt nivå i dette svenske prosjektet. De var knyttet til at brukerstøtten ikke var ferdigstilt eller tilpasset kommunen og at løsningen ikke var kompatibel med allerede eksisterende systemer. Brukermanualene var ikke tilpasset brukerne. På organisatorisk nivå var utfordringene å nå ut med opplæring til deltidsansatte og nattevakter.

Anbefalingene var å opprette «superbrukere» som kunne bistå i opplæringen av de ansatte og motivere nattevaktene (18).

Implementering av velferdsteknologi for hjemmeboende eldre og deres pårørende

I denne nederlandske studien var det utfordringer på administrativt nivå med mangel på kompatibilitet mellom systemer fra ulike leverandører. Det var lite forskning omkring kostnader og resultater av bruk som kunne støtte implementeringen. På organisatorisk nivå var det en utfordring at det var mange ulike parter involvert i implementeringen, og at det var lite empirisk forskning som kunne gi innsikt i disse ulike perspektivene.

Anbefalingene gikk på å arbeide med produkter og forskning som støtter utbredelse i stor skala. Organisasjonen må få på plass en policy for bruk av tekniske løsninger og økonomiske ordninger for brukerne som gir riktige insentiver. Det må utvikles hjelp til å finne riktig utstyr til riktig person, vurderingsverktøy og det trengs personell med den rette kompetansen. På individnivå var det anbefalt å hive seg ut i det; både de eldre og helsepersonell må tørre å prøve noe nytt. En må trene målgrupper i hvordan teknologien skal brukes, de eldre bør få opplæring i bruk tidlig (19).

Implementering av velferdsteknologi for hjemmeboende; medisindispenser, trygghetsalarmer med GPS, kolskoffert med avstandsoppfølging

I dette norske prosjektet var det utfordringer knyttet til implementering på brukernivå. Dersom teknologien ikke virket som den skulle, var også effekten motsatt og utstyret skapte mer stress og angst. Brukerens første møte med velferdsteknologien og tjenesten rundt var avgjørende for hvordan de i senere tid oppfatter teknologien.

Anbefalinger var kontinuerlig oppfølging av teknologien, den må også justeres etter hvert som brukernes behov endret seg. Opplæring av brukerne og av hjemmetjenestens personell er kritiske faktorer for å lykkes (20).

Implementering av velferdsteknologi audiovisuelle systemer for direkte kontakt, monitoreringsutstyr og nettbaserte løsninger (kommunikasjonsstøtte) for hjemmeboende eldre og deres pårørende

Utfordringer med implementering i dette norske prosjektet var knyttet til kostnader, opplæring, legesamarbeid, pasientenes forutsetninger, lite brukervennlighet, samt misforhold mellom forventninger hos brukerne og hva teknologien faktisk kunne bidra med. Det var problemer med å koble seg opp til et nettverk og oversende informasjon/målinger. Det var mistillit til teknologien og bekymring for at maskiner skulle erstatte menneskelig omsorg, privatliv, konfidensialitet og sikkerhet. Anbefalinger var å la brukerne få en aktiv rolle slik at de kunne påvirke nytteverdien. Det er viktig å bruke tid på opplæringen og la brukeren bli kjent med produktet (21).

Implementering av bred geriatrisk vurdering (BGV) i spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste

En hovedutfordring ved å implementere BGV i en ny setting er å utvikle et effektivt redskap for teambasert behandling. Det er mer krevende å få til teambasert BGV i akuttavdelinger og sykehjem enn i en spesialavdeling for eldre. I slike nye settinger kan andre aspekter ved behandling foregå og ansatte kan ha ansvar for andre grupper enn eldre. En utfordring i slike systemer er å avgjøre hvilke personer i teamet som skal ha en koordinerende rolle og hvordan ulike syn på utførelsen av BGV kan samles. Å ha gode retningslinjer er ikke nok om behandlerne ikke kjenner til dem.

De som skal innføre BGV må få god innsikt i fordelene når det gjelder resultater og kvalitet, kostnader og muligheter for å utføre BGA. Det kan være lettere for sykehjem og fastleger å implementere BGA om sykehjemsledere har en sentral rolle i planlegging og gjennomføring av intervensjonen (22).

Implementering av integrert omsorg for å skape en omsorg som er fleksibel og gir kontinuasjon med hensyn til pleiere, og som er tilpasset behov hos den enkelte tjenestemottaker

Denne litteraturgjennomgangen handler om samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og gir en oversikt over hva som hemmer og fremmer implementering av integrert omsorg. Utfordringer som nevnes på administrativt nivå er uklare økonomiske rammer, byråkratisk miljø med kontrollbasert ledelse, at intervensjonen er for stor og omfattende samt dårlig prosjektledelse. På organisasjonsnivå er utfordringene ustabilitet i organisasjonen, uklare roller i implementeringen av intervensjonen, at lederne ikke er involvert, tidspress og lav bemanning. Manglende eller uhensiktsmessig omsorgsfilosofi er også noe som hemmer implementering. På individnivå er utfordringene negative holdninger og mangel på felles verdigrunnlag hos de ansatte. Manglende engasjement og at de ansatte opplever at de ikke er involvert i beslutninger hemmer også.

Anbefalingene på administrativt nivå framhever å sikre sterk prosjektledelse og kontakt mellom de som er involvert, tydelig kommunikasjon om strategi og visjon, rutiner som beskriver samarbeid mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Samlokalisering er fordelaktig, og en bør sørge for jevnlig og planlagt kommunikasjon mellom ledere i organisasjonene og ha delt elektronisk journalsystem. På organisasjonsnivå anbefales små team som kan ta kjappe avgjørelser, forarbeid som fremmer forståelse og klargjør rollefordeling, at de ansatte merker at lederne støtter endringer.

Det må gis nok opplæring, gjerne tverrfaglig. De ansatte må tas med på råd og en bør engasjere ildsjeler (23).

Arbeidsmiljø og kompetanse

Program for å forbedre kvaliteten på sykepleien til pasienter i sykehjem innen området ernæring og måltid

Utfordringen i denne norske studien var manglende kultur for endring og utvikling i organisasjonen. Anbefaling for å lykkes med å etablere og bevare et fagutviklende miljø var gode ramme- og arbeidsvilkår i form av tilstrekkelig grunnbemanning, både i ledelsen og i personalet. Det ble også anbefalt å skape refleksjon i det daglige arbeidet, for eksempel med utgangspunkt i de nasjonale retningslinjene for å involvere og skape engasjement blant de ansatte (24).

Implementering av opplæring i bruk av kinestetikkbevegelse i sykehjem

På organisasjonsnivå var det en utfordring å inkludere nattpersonalet i opplæringen i denne studien fra Sveits. Tiltaket krevde mer tid avsatt til omsorgen for beboerne.

Anbefalinger var mindre teori og mer praktiske øvelser, og at den grunnleggende opplæring burde deles opp i mindre bolker. Bøker og filmer som viste eksempler på bruk ble anbefalt i tillegg til en månedlig dag for kinestetisk trening på sykehjemmet med kinesiske eksperter som kan delta i diskusjoner og dele erfaringer med helsearbeidere på tvers av avdelinger (25).

Et opplæringsprogram i diabetesbehandling for pleiere og sykepleiere i sykehjem og kommunale hjemmebaserte tjenester

I denne norske studien var det en utfordring i opplæringen å begrense de teoretiske komponentene og å reservere nok tid til gruppearbeid og diskutere deltakerens egne erfaringer.

Anbefalinger var at lederne må oppmuntre de ansatte til å delta ved å ta hensyn til kveldsskift, rushtid og henting av barn i barnehagen i planlegging av opplæringen. Opplæringen bør bruke case-studier for å skape engasjement (26).

Implementering av nasjonalt verdigrunnlag innen eldreomsorg og lokale verdighetsgarantier

Utfordringer i denne studien fra Sverige var å engasjere alle ledd og nivåer i organisasjonen og få oppmerksomhet om intervensjonen. Stadig utskiftning av personell og ledere gjorde implementeringen vanskelig.

Anbefalinger var å ta den tid som er nødvendig. Implementeringen bør skje i det ordinære linjearbeidet med nærmest sjef som ansvarlig. Satsningen må vedlikeholdes gjennom kontinuerlig opplæring for å sikre at nyansatte får kunnskapen (27).

Aktivitet og fellesskap

Implementering av sansehage ved et sykehjem for eldre med demens

Denne danske masteroppgaven beskrev flere utfordringer. På administrativt nivå var de knyttet til at personalet ble lite involvert i planleggingen av sansehagen, og dermed ikke opplevde eierskap til den. Uklar ansvarsfordeling om vedlikehold skapte frustrasjon. På organisasjonsnivå var utfordringen at det ikke var en kultur der personalet initierte aktiviteter i hagen som krevde planlegging. Rutinene på avdelingen, som spisetider og rengjøring, sto i veien for nye initiativer. På individnivå var det utfordringer knyttet til at beboerne måtte motiveres til å gå ut og følges. De var skrøpelige, hadde fallrisiko og manglet passende klær og skotøy (28).

De ansatte må involveres i planlegging av hagen, både når det gjelder design, bruk og vedlikehold. Det er viktig å sørge for tilstrekkelig og motiverende opplæring og støtte fra ledelsen når det gjelder type aktiviteter som kan foregå i hagen, planlegging av disse og nødvendige endringer i rutinene som er nødvendige for å gjennomføre dem. Hjelp til å se hvordan bruk av hagen kan tilpasses den enkelte beboer må gis, og de ansatte må samarbeide med pårørende når det gjelder klær og skotøy (28).

Pasientforløp

Innleie av sykepleiere fra private byråer som satte i verk evidensbaserte kliniske og pedagogiske tiltak for å redusere unødvendig sykehusinnleggelse fra sykehjem

Utfordringen i denne amerikanske studien var å bygge relasjoner mellom de innleide sykepleiere og ansatte i sykehjemmene, og mellom de innleide sykepleiere og tjenesteleverandørene. De innleide sykepleiere viet mye tid og energi til disse relasjonene og arbeidet for å bli akseptert av de ansatte. De opplevde mangelfull støtte fra noen av legene. Ledelsen i sykehjemmene ga uttrykk for at intervensjonen innebar grunnleggende kulturelle endringer som krevde tid.

Anbefalingene var å yte det som kreves av innsats fra ledelse, ansatte på alle nivå, eiere og pårørende for å få til de store endringene i rutiner og kultur intervensjonen medførte. Det innebærer å akseptere konkrete endringer som å ta i bruk nye rutiner og verktøy, og å gi de innleide sykepleierne tilgang til det elektroniske dokumentasjonssystemet (29).

Oppsummering – omsorg og behandling

Tretten studier/rapporter omtalte erfaringer fra implementering av tiltak i omsorg og behandling. Mange anbefalinger handlet om å kommunisere med de eldre om tiltak, å involvere de ansatte i beslutninger og hvordan opplæringen av ansatte burde foregå.

Ingen studier om omsorg og behandling beskrev delprosjekttemaene mat & måltid og støtte til pårørende

Tabell 7: Inkluderte studier og rapporter om implementering av tiltak i omsorg og behandling.

Forfatter, årstall, land	Intervensjon, Populasjon	Metode	Anbefalinger
Omsorg og behandling			
Helsehjelp			
Boersma et al., 2015 Nederland (15)	Implementering av miljøbehandling i demensomsorgen i sykehjem	Systematisk oversiktsartikkel Kvalitative og kvantitative studier	Gi oppfølging, veiledning i praksis og samtaler for å oppsummere hva som var lært. En prosjektleder eller en engasjert uformell leder kunne brukes til dette. En tiltaksplan/pleieplan som forklarte hvordan intervensjonen kunne tilpasses hver enkelt pasient kunne stimulere til bruk av intervensjonen
Berkhout et al., 2015 Nederland (16)	Implementering av beboerorientert omsorg i sykehjem	Enkeltstudie Kvantitativ og kvalitativ	Tilstrækkelige tidsmessige, økonomiske og personellmessige ressurser avsatt til prosjektet og stabil veiledning i praksis ble framholdt. Faktorer som tar bort fokus fra tiltaket må håndteres. Avdelingsledelsen trenger spesiell opplæring om tiltaket
Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester Vesfold., 2013 Norge (17)	Faste møter mellom fastleger og hjemmetjenesten for kvalitetssikring av oppfølging av helsetilstand og legemiddel-behandling hos multisyke eldre	Rapport Beskrivelse av erfaringer	Anbefalinger var å danne en ressurs-sykepleiegruppe fra hver avdeling som møtte prosjektledelsen hver 1-2 måned, ha obligatorisk kurs i geriatrisk vurderingskompetanse som repeteres med jevne mellomrom samt månedlig temaundervisning
Lundvall 2016, Norge (18)	Pilotprosjekt om interkommunalt samarbeid om digital natt- tilsyn	Master-oppgave, Case- studie Kvalitativ	Opprette «superbrukere» som kan bistå i opplæringen av de ansatte og motivert nattevaktene. Utarbeidelsen av interne manualer som forklarer hvordan ulikt personell skal forholde seg til løsningen
Peek et al., 2016 Nederland (19)	Implementering av velferdsteknologi	Enkeltstudie Kvalitativ	Få på plass policy for bruk av tekniske løsninger og økonomiske ordninger for brukerne som gir riktige incentiver. Utvikle hjelp til å finne riktig utstyr til riktig person, skjema/vurderings-verktøy og personell med den rette kompetansen. Trene målgrupper i hvordan teknologien skal brukes.
Intro International A.S, Arkitektur - og designhøgskolen i Oslo & Design for offentlige tjenester, 2016 Norge (20)	Implementering av velferdsteknologi for hjemmeboende: medisindispenser, trygghetsalarmer med GPS, kolskoffert med avstandsoppfølging	Rapport Kvalitativ, kvantitativ, samt litteraturgjennomgang	Kontinuerlig oppfølging av teknologien, den må og justeres ettersom brukernes behov endrer seg. Omsorgen og behandlingen som gis må være forenelig med hjemmetjenesten eller sykehusets prosedyrer og krav til kvalitet. Opplæring av brukerne og av hjemmetjenestens personell er sært viktig.

Devik et.al., 2012 Norge (21).	Implementering av monitoreringsutstyr og kommunikasjons-støtte for hjemmeboende eldre og deres pårørende	Litteratur-gjennomgang	Brukerne må få en aktiv rolle for å slik at de kan påvirke nytteverdien. Det må være pågående oppfølging og trening for å maksimere utbyttet, det er viktig å bruke tid på opplæringen og la brukeren bli kjent med produktet
Gladman et.al., 2016 UK (22)	Bred geriatrisk vurdering (BGV) i spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste	Litteratur-gjennomgang	De som skal innføre BVG må få god innsikt i fordelene når det gjelder resultater og kvalitet, kostnader og muligheter for å utføre BGA. Sykehjemsledere bør ha en sentral rolle i planlegging og gjennomføring av intervensjonen
Threapleton et al., 2017 Hong Kong (23)	Implementering av integrert omsorg: samarbeid mellom medisinske tjenester og omsorgstjenester	Scoping review Alle typer design og grå litteratur	Sterk prosjektledelse og kontakt mellom de som er involvert, tydelig kommunikasjon om strategi og visjon, rutiner som beskriver samarbeid mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, oppmuntre til innovasjon og legge til rette for tilpasningsdyktige systemer og tilstrekkelige økonomiske ressurser. Samlokalisering er fordelaktig, og en bør sørge for jevnlig og planlagt kommunikasjon mellom ledere i organisasjonene og ha delt elektronisk journalsystem. Små team som kan ta kjappe avgjørelser, forarbeid som fremmer forståelse og klargjør rollefordeling, at de ansatte merker at lederne støtter endringer, nok opplæring, gjerne tverrfaglig. De ansatte må tas med på råd og en bør engasjere ildsjeler
Arbeidsmiljø og kompetanse			
Leirvik et al., 2016 Norge (24).	Program for å forbedre kvaliteten på sykepleien til pasienter i sykehjem innen området ernæring og måltid.	Aksjons-forskning Enkelstudie	Tilstrekkelig grunnbemanning og motivasjon, både i ledelsen og i personalet. Kontinuerlig evaluering og å skape refleksjon i det daglige arbeidet, f.eks. med utgangspunkt i de nasjonale retningslinjene for å involvere og skape engasjement blant de ansatte
Fringer et al., 2014 Sveits (25)	Implementering av opplæring i bruk av kinestetikk-bevegelse i sykehjem	Kvalitativ Enkelstudie	Mindre teori og mer praktiske øvelser, den grunnleggende opplæring burde deles opp i mindre bolker. Bøker og filmer som viste eksempler på bruk, og en månedlig dag for kinestetisk trening på sykehjemmet med kinesiske eksperter som kan delta i diskusjoner og dele erfaringer med pleierne på tvers av avdelinger (25)
Hausket et al., 2013 Norge (26).	Et opplæringsprogram i diabetes-behandling for pleiere og sykepleiere i sykehjem og kommunale hjemmehaserte tjenester.	Kvalitativ Enkelstudie	Gi støtte og oppmuntring til å delta i utdanningsprogrammet fra kommunens ledere til sykepleiere og pleiehjelpere. Planlegge opplæringsøvelsene ut fra kveldsskift, rushtid og henting av barn i barnehagen slik at deltidsansatte og personell på kveldsvakt kan delta. Bruk av case-studier.
Uppsala kommun 2014 Sverige (27).	Implementering av nasjonalt verdigrunnlag innen eldreomsorg og lokale verdighetsgarantier	Rapport Oppsummering av erfaringer	Ta den tid som er nødvendig. Utviklingen bør skje i det ordinære linjearbeidet med nærmest sjef som ansvarlig. Satsningen må vedlikeholdes gjennom kontinuerlig opplæring og nettverk for å sikre at nyansatte og ledere får kunnskapen
Aktivitet og fellesskap:			
Jørgensen et.al 2014 Danmark (28)	Implementering av sansehage ved et sykehjem for eldre med demens	Master-oppgave Kvalitativ	Å involvere de ansatte i planlegging av hagen når det gjelder design, bruk og vedlikehold. Opplæring og støtte fra ledelsen når det gjelder type aktiviteter som kan foregå i hagen, planlegging av disse og nødvendige endringer i rutinene som er nødvendige for å gjennomføre dem. Opplæring om hvordan bruk av hagen kan tilpasses den enkelte beboer. Samarbeid med pårørende når det gjelder klær og skotøy.
Pasientforløp			
Inger et al, 2017 USA (29).	Innleie av sykepleiere fra private byråer som satte i verk evidens-baserte kliniske og pedagogiske tiltak for å redusere unødvendig sykehusinnleggelse fra sykehjem	Kvalitativ og Kvantitativ Enkelstudie	Yte det som kreves av innsats fra ledelse, ansatte på alle nivå, eiere og pårørende for å få til de store endringene i rutiner og kultur. Det innebærer å akseptere konkrete endringer som å ta i bruk nye rutiner og verktøy og å gi de innleide sykepleierne tilgang til det elektroniske dokumentasjonssystemet

Rehabilitering

Aktivitet og fellesskap

En metode for rehabilitering og friskvern basert på rytme, glede, bevegelse og musikk.

Utfordringer var problemer med tilgjengelighet og kunnskap om bruk av teknisk utstyr. Informasjon om tiltaket hadde ofte ikke nådd fram.

Anbefalinger var å gi klar informasjon om intervensjonen til de ansatte, og ha kontinuerlig kommunikasjon og tilbakemelding på alle nivåer i organisasjonen om hvordan implementeringen fungerer. Enkle tekniske hjelpemidler som trengs bør kjøpes inn. Aktiviteten må legges inn i skriftlige rutiner på arbeidssstedet (30).

Ingen studier om tiltak i rehabilitering beskrev disse delprosjekttemaene:

- Helsehjelp
- Mat og måltid
- Arbeidsmiljø og kompetanse
- Støtte til pårørende
- Pasientforløp

Tabell 8: Inkluderte studier og rapporter om implementering i rehabilitering.

Forfatter, årstall, land	Intervensjon, populasjon	Metode	Anbefalinger
Rehabilitering			
Aktivitet og fellesskap			
Bjuvs kommun., 2014 Sverige (30)	<i>En metode for rehabilitering og friskvern som kalles RGRM. RGRM er basert på rytme, glede, bevegelse og musikk. Metoden er multisensorisk, flere sanser brukes: syn, hørsel og følelse.</i>	Prosjekt-rapport	Klar informasjon som gjentas jevnlig, kontinuerlig kommunikasjon og tilbakemelding på alle nivåer. Enkle tekniske hjelpemidler som trengs bør kjøpes inn. Aktiviteten må planlegges legges inn i skriftlige rutiner.

Tannhelsetjenesten

Arbeidsmiljø og kompetanse

Implementering av strategier for å fremme eller bedre tannhelse

Utfordringen i dette tiltaket var at strategier som forbedrer kunnskap ikke nødvendigvis forbedrer munnhelsen hos pasientene. Munnstell har lav prioritet hos sykepleiere, det er mangel på utstyr og klienter er ikke alltid lette å motivere.

Anbefalinger var å gi generell informasjon og gi kontinuerlig profesjonell støtte (31).

Ingen studier om tiltak i tannhelsetjenesten beskrev disse delprosjekttemaene:

- Helsehjelp
- Mat og måltid
- Aktivitet og fellesskap
- Støtte til pårørende
- Pasientforløp

Tabell 9: Inkluderte studier og rapporter om implementering i tannhelsetjenesten.

Forfatter, årstall, land	Intervensjon, populasjon	Metode	Anbefalinger
Tannhelsetjeneste			
Arbeidsmiljø og kompetanse			
Weening-Verbeen (31)	Implementering av strategier for å fremme eller bedre tannhelse	Systematisk litteraturgjennomgang	Anbefalinger var å gi generell informasjon, tro på at en klarer det, skaffe utstyr og legge til rette for å bruke det og gi kontinuerlig profesjonell støtte

Oppsummering om implementering

- Før en starter implementering av et tiltak må en vurdere motivasjon, behov og kapasitet hos de som blir involvert, det gjelder både de eldre, frivillige og ansatte. (6,9,10,11,12,14,16,19,20,21).
- Forankring i ledelse på ulike nivåer understrekes. Ledelsen må støtte de ansatte aktivt og følge med på hvordan implementeringen av intervensjonen fungerer (11,13,23,30).
- Tiltaket må ikke komme ovenfra som noe som det utøvende personalet er pålagt uten at de forstår hva tiltaket/intervensjonen går ut på, og nytten av den. Derfor er god informasjon og dialog viktig (22,28,29).
- Når tiltaket er komplekst og omfatter mange nivåer og/eller ulike organisasjoner, må det sikres sterk prosjektledelse og kontakt mellom de som er involvert og rutiner som beskriver samarbeid (13,16, 23, 29).
- En eller flere personer bør ha en bestemt ansvarsrolle i implementeringen. Det kan være en lidsjel, en som er spesielt kompetent eller har jobbet med noe tilsvarende et annet sted, eller en kan ansette en person som har ansvar for prosjektet som sin spesielle oppgave (5,6,18,23).
- Tiltaket må få realistiske rammer. De som skal lære tiltaket og gjennomføre det i praksis må få god opplæring og veiledning i praktiske situasjoner, og det må være stabilitet og forutsigbarhet i veiledningen. Opplæring må være lagt til praktiske tidspunkter for deltakerne. (7,8,14,15,16,17,19,23,25,26, 27, 30, 31).

Spredning

Få studier og rapporter fokuserte på spredning. Utfordringene og anbefalingene presentert under er kategorisert ut fra type tiltak og hvilke delprosjekttema de er relatert til.

Forebygging og helsefremmende tiltak

Helsehjelp

Forebyggende hjemmebesøk til eldre med samtaler om helse, fysisk og sosial aktivitet, fallforebygging, ernæring, boforhold og informasjon om kommunale tjenester.

Utfordringene i denne norske studien var mangel på veiledningsmateriell, opplæringsopplegg og forskningsmessig evidens for tiltakets effekt på helse, dødelighet og helsetjenesteforbruk.

Det ble anbefalt å skaffe til veie autorativt veiledningsmateriell og opplæringsopplegg. Faktorer som hadde betydning for spredning var at kommuner hadde kjennskap til andre kommuner som hadde startet opp tiltaket, og inspirasjon fra engasjerte fagpersoner med erfaring fra tiltaket. Det kan også ha vært av betydning at tiltaket var vektlagt i regjeringens politiske plattform (32).

Fallforebygging for hjemmeboende

Utfordringer knyttet til spredning var ikke beskrevet i denne australske studien.

Anbefalingene handlet om at denne type innovasjon må implementeres i en bred system- og samfunnsmessig sammenheng. Egenskaper ved systemet, konteksten og tiltaket/innovasjonen og interaksjonen mellom disse er avgjørende for om implementeringen blir vellykket. I denne studien hadde departementet invitert aktører til å søke om midler til å implementere intervensjonen (5).

Aktivitet og fellesskap

Engasjere pensjonister i å styrke egen helse og livsglede gjennom livskafeer

Utfordringer knyttet til spredning av denne intervensjonen var ikke beskrevet eksplisitt.

Anbefalinger var at helsefremmende satsing bør foregå på tvers av etater og frivillig sektor for at kommunene skal lykkes med dette. Erfaringer med spredning av tiltaket tilsier at innføring av et helsefremmende konsept i kommunene styrkes dersom et nasjonalt/regionalt nivå hjelper dem i gang og bidrar til kunnskapsutvikling, formidling og spredning av de nye løsningene (11).

Omsorg og behandling

Helsehjelp

Implementering av bred geriatrisk vurdering (BGV) i spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste

Utfordringene var knyttet til at reorganisering rundt prinsippene for BGV er en utfordring i systemer som er basert på en medisinsk diagnostisk modell for enkeltproblemløsning. De fleste kodingssystemer er ikke laget for å kode kompleksitet eller skrøpelighet på en enkel og presis måte. Refusjonssystemer er heller ikke fordelaktige for kompleksitet.

Anbefalinger handlet om å skape en bedre forståelse for hva BGV er og spre kunnskap om evidensgrunnlaget. Dette krever innsats i utdanningen på flere nivå på tvers av helse- og omsorgsdisipliner. Det ble anbefalt å ha en person som tok på seg å overføre kunnskap og informasjon mellom organisasjoner. Kliniske akademikere som arbeider både som helsearbeidere og forskere kan ofte ha en slik rolle. Som forskere kan de utføre og være en del av forskningsprosessen og som klinikere kan de være en del av prosessen med å implementere forskningsresultatene (22).

Ingen studier om spredning beskrev omsorg og behandling eller disse delprosjekttemaene:

- Mat og måltid
- Støtte til pårørende
- Pasientforløp
- Arbeidsmiljø og kompetanse

Tabell 10: Inkluderte studier og rapporter om spredning.

Forfatter, årstall, land	Intervensjon, populasjon	Metode	Anbefalinger
Forebyggende og helsefremmende tiltak			
Helsehjelp			
Førland et al., 2015 Norge (32)	Forebyggende hjemmebesøk til eldre	Enkeltstudie Kvantitativ og kvalitativ	Faktorer som hadde betydning for spredning var at kommuner hadde kjennskapen til andre kommuner som hadde startet opp tiltaket, og inspirasjon fra engasjerte fagpersoner med erfaring fra tiltaket. Det kan også ha vært av betydning at tiltaket var vektlagt i regjeringens politiske plattform
Day et al 2014 Australia (5)	Fallforebygging for hjemmeboende	Enkeltstudie Kvalitativ	Implementering i en bred system- og samfunnsmessig sammenheng. I denne studien hadde departementet invitert aktører til å søke om midler til å implementere intervensjonen
Aktivitet og fellesskap			
Konsmo et al., 2015 Norge (11)	Engasjere pensjonister i å styrke egen helse og livsglede gjennom livskafeer	Opp-summering Kvalitativ og kvantitativ	Helsefremmende satsing bør foregå på tvers av etater og frivillig sektor for at kommunene skal lykkes. Innføring av et helsefremmende konsept i kommunene styrkes dersom et nasjonalt/regionalt nivå hjelper dem i gang og bidrar til kunnskapsutvikling, formidling og spredning av de nye løsningene
Omsorg og behandling			
Gladman et al., 2016 Australia (22)	<i>Implementering av bred geriatrisk vurdering (BGV) i spesialist-helsetjeneste og kommune-helsetjeneste</i>	Enkeltstudie Kvalitativ	Å skape en bedre forståelse for hva BGV er og spre kunnskap om evidensgrunnlaget. En person kan ha oppgaven å overføre kunnskap og informasjon mellom organisasjoner. Kliniske akademikere som arbeider både som helsearbeidere og forskere kan ofte ha en slik rolle.

Oppsummering om spredning

- Spredning kan påvirkes av insentiver fra overordnet myndighet (5,11,32).
- Kontaktpunkter mellom kommuner der de kan utveksle erfaringer kan ha betydning for spredning (32).
- Kunnskap om intervensjonen kan påvirke spredning og opptak av en intervensjon. En person kan ha ansvar for å overføre kunnskap og informasjon mellom organisasjoner, for eksempel kliniske akademikere som arbeider både som helsearbeidere og forskere (22).

DISKUSJON

Området for denne kunnskapsoppsummeringen er vidt, og i tillegg til en svært knapp tidsramme må det tas forbehold om at avgrensingen som søkeordene og inklusjonskriteriene representerer kan ha gjort at relevante studier og rapporter ikke er kommet med i resultatene.

Studiene brukte i all hovedsak kvalitativ metode og de fleste intervjuet helsepersonell og eldre (brukere og pasienter) om deres erfaringer med en implementeringsprosess. Kvalitativ metode undersøker dybde av et bestemt fenomen og har få informanter. Mange av studiene var knappe i sine beskrivelser av selve implementeringen. Noen studier/rapporter presenterte ikke sine utfordringer og anbefalinger eksplisitt og samlet, men implisitt i beskrivelsen av erfaringer.

Kunnskapsoppsummeringen har ikke vurdert den forskningsmessige eller metodiske kvaliteten på studiene og rapportene som er inkludert, målet har vært en bred kunnskapsoppsummering som innebefatter erfaringer fra lokale og praksisnære prosjekt og intervensjoner.

At en så stor andel av de inkluderte studiene og rapportene er fra Norge og Skandinavia er en styrke ved kunnskapsoppsummeringen. Men mange av erfaringene fra studiene fra land utenfor Skandinavia er gjenkjennelige fra et norsk perspektiv, de største forskjellene knyttet seg ofte til erfaringer på det administrative plan.

Videre vil funnene fra kunnskapsoppsummeringen vurderes i lys av Damschroders implementeringsmodell (3).

Mange utfordringer og anbefalinger i de inkluderte studiene og rapportene gjenspeilte egenskaper ved intervensjonen/tiltaket. Flere studier og rapporter om forebyggende og helsefremmende tjenester understreket at det er viktig at en gjør de forundersøkelser som er nødvendig for å få brukergruppens perspektiv på det planlagte tiltaket, slik at tiltaket treffer behov og ønsker og tar hensyn til forhold som kan hindre målgruppen i å benytte seg av tiltaket. Dette omtaler Damschroder (2009) som *pasientens behov og ressurser* i sin implementeringsmodell (3). Utfordringer som ble beskrevet knyttet til dette var at implementeringen ble vanskelig fordi målgruppen ikke sluttet opp om tiltaket. De eldre var ikke motivert for å delta eller de deltok ikke av praktiske årsaker, som vansker med transport.

For helsetjenester som krever samhandling mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste ble det framholdt at et godt evidensgrunnlag kan være viktig for både spredning og implementering av en intervensjon (23). Dette er i tråd med faktoren *evidensgrunnlag og kvalitet* i Damschroders implementeringsmodell, men hvor kompleks og krevende en intervensjon blir oppfattet å være er også en egenskap som har betydning for om intervensjonen vurderes som velegnet, en faktor Damschroder benevner som *kompleksitet* (3).

Når det gjaldt implementeringsprosessen var noen faktorer påpekt gjennomgående på tvers av typer tjenester. Dette gjaldt betydningen av at ledelsen var engasjert og fulgte opp implementeringsprosessen, at det var avsatt tilstrekkelige ressurser, og at det var sørget for god informasjon og opplæring på forhånd og veiledning underveis. Disse anbefalingene er i tråd med betydningen både Rogers (1) og Damschroders modell (3) tillegger disse faktorene (*ledelsens engasjement, tilgjengelige ressurser, tilgang til informasjon og kunnskap*) (3). Ferdigheter i bruk av tiltaket er primært en kognitiv funksjon som er avhengig av kunnskap om intervensjonens underliggende prinsipper og opplæring i hvordan den skal anvendes i konkrete situasjoner. I hvilken grad de som skal anvende tiltaket har fått slik informasjon og opplæring kan påvirke den enkeltes mestringsforventning (*self-efficacy*): troen på egne evner til å utføre de handlingene tiltaket krever. Personer med god mestringsforventning har større sannsynlighet for å være positiv innstilt og ikke gi seg om intervensjonen er krevende (3).

Ytre forhold som påvirker organisasjonen er et element som er spesielt relevant når det gjelder spredning. Studiene som fokuserte på spredning understreket betydningen av incentiv fra overordnet myndighet, som planer eller retningslinjer, noe som er i tråd med faktoren *eksterne holdninger og incentiver* i Damschroders modell. De viste også til at kontaktpunkter mellom organisasjoner der en utvekslet erfaringer kan påvirke opptak av en intervensjon, noe som samsvarer med vekten Damschroders modell legger på at de ansatte har et bredt kontaktnett utenfor organisasjonen. Organisasjoner som støtter og legger til rette for kontakt med fagmiljøet er mer tilbøyelige til å implementere nye intervensjoner raskt. Den sosiale kapitalen slike nettverk representerer kan bidra til at både visjoner og informasjon deles (3).

OPPSUMMERING OG ANBEFALINGER

De fleste studier og prosjektrapporter som ble inkludert i denne kunnskapsoppsummeringen beskrev implementering, få omhandlet spredning av intervensjoner.

Kunnskapsoppsummeringen gir ikke grunnlag for å gi konkrete anbefalinger om implementering og spredning av tiltak knyttet til støtte til pårørende, pasientforløp, rehabilitering eller tannhelsetjeneste.

Det må tas noen forbehold ved anbefalingene som gis under. Studiene og rapportene i denne kunnskapsoppsummeringen beskriver konkrete tiltak som ikke så lett lar seg sammenfatte til generelle anbefalinger om virkemidler og verktøy for implementering og spredning fordi de beskriver et spekter av intervensjoner som er knyttet til ulike typer tjenester. Erfaringer fra implementering er også preget av den lokale konteksten for intervensjonen. Mange av erfaringene kan likevel antas å ha overføringsverdi, de samsvarer i stor grad med faktorer som framheves i implementeringsforskningen.

Anbefalinger:

- For å sikre at tiltak som helsehjelp, mat & måltid og aktivitet & fellesskap treffer behovene hos dem de er ment for anbefales å ha fokus på at de eldre blir tatt med på råd, at deres perspektiv på planlagte endringer og tjenester blir etterspurt. Det bør gis insentiver til at det legges inn tid til å snakke med brukergruppene om hva deres behov er, og det bør understrekes at intervensjoner som er under planlegging bør presenteres for å få deres tilbakemelding og respons.
- For å møte utfordringene i forebyggende og helsefremmende tjenester knyttet til rekruttering av frivillige til tiltak som fremmer aktivitet og fellesskap tyder erfaringene på at det bør settes av ressurser til å gi eldre som stiller som frivillige god oppfølging. Det kan for eksempel gjøres ved å etablere nettverk for de frivillige og/eller ansette en koordinator.
- For implementering av tiltak innen helsehjelp i omsorg og behandling anbefales å utvikle manualer og gi veiledning der nye tiltak skal tilpasses den enkelte bruker eller pasient. En eller flere personer bør ha en bestemt ansvarsrolle i implementeringen, for eksempel som superbruker for tekniske løsninger eller som faglig ressursperson.
- Når det gjelder implementering av tiltak for arbeidsmiljø og kompetanse anbefales å satse på god faglig ledelse som involverer det utøvende personalet i beslutninger slik at de er godt informert om hva tiltaket går ut på, og nytten av det. Det bør satses på opplæring i og utbredelse av praksisnære metoder i opplæring av ansatte som skal tilegne seg ny kunnskap og lære å bruke nye tiltak, som for eksempel studiebesøk, veiledning og oppfølging i praktiske situasjoner på arbeidsstedet og refleksjon i grupper.
- Kunnskapsoppsummeringen gir lite grunnlag for å gi konkrete anbefalinger for spredning av intervensjoner. De få studiene som er inkludert antyder at insentiv fra overordnet myndighet er virkningsfullt, og at kontaktpunkter mellom organisasjoner der man utvekslet erfaringer kan påvirke opptak av intervensjoner og fremme spredning.

REFERANSER

1. Rogers E. Diffusion of Innovations Free Press,. 2003;New York, (5.ed).
2. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Q.* 2004;82(4):581-629.
3. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science,. *Implement Sci.* . 2009;4(50).
4. Baker R, Camosso-Stefinovic J, Gillies C, Shaw EJ, Cheater F, Flottorp S, et al. Tailored interventions to address determinants of practice. *The Cochrane database of systematic reviews.* 2015(4):CD005470.
5. Day L, Trotter MJ, Donaldson A, Hill KD, Finch CF. Key Factors Influencing Implementation of Falls Prevention Exercise Programs in the Community. *Journal of Aging & Physical Activity.* 2016;24(1):45-52.
6. Child S, Goodwin V, Garside R, Jones-Hughes T, Boddy K, Stein K. Factors influencing the implementation of fall-prevention programmes: a systematic review and synthesis of qualitative studies. *Implementation science* : IS. 2012;7:91.
7. Leksands kommun. Projektrapport Projektet "Bra mat för äldre". 2012.
8. Petrescu-Prahova M, Belza B. Implementation and Maintenance of a Community-Based Older Adult Physical Activity Program. *Gerontologist.* 2016;56(4):677-86.
9. Buranakongkatee U. Implementation of elderly club programs in Thailand. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences. 2012;73(5-A):1884.
10. Garon S, Paris M, Beaulieu M, Veil A, Laliberté A. Collaborative Partnership in Age-Friendly Cities: Two Case Studies From Quebec, Canada. *Journal of Aging and Social Policy.* 2014;26(1/2):73-87.
11. Konsmo T, de Vibe M, Vege A. Utvikling, spredning og resultater av Lyst på livet - et helsefremmende konsept for eldre. Notat om kvalitetsutvikling nr. 1 – 2015. Notat om kvalitetsutvikling nr 2–2015 fra Kunnskapssenteret 2015;2.
12. Helsedirektoratet. Prosjektet "Gode kvardager for eldre. Flora kommune. Flora kommune i samarbeid med Sogn og Fjordane fylkeskommune og Telemarksforsking. 2016.
13. Norsk Brannbefals Landsforbund. Eldreprosjektet. 2008(12).
14. Metzelthin SF, Daniels R, Rossum Ev, Cox K, Habets H, de Witte LP, et al. A nurse-led interdisciplinary primary care approach to prevent disability among community-dwelling frail older people: A large-scale process evaluation. *International Journal of Nursing Studies.* 2013;50(9):1184-96.
15. Boersma P, van Weert JCM, Lakerveld J, Dröes R-M. The art of successful implementation of psychosocial interventions in residential dementia care: a systematic review of the literature based on the RE-AIM framework. *International Psychogeriatrics.* 2015;27(1):19-35.
16. Berkhout AJ, Boumans NP, Mur I, Nijhuis FJ. Conditions for successfully implementing resident-oriented care in nursing homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences.* 2009;23(2):298-308.
17. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester Vestfold. Prosjektrapport. Oppfølging av helsetilstand og legemiddelbehandling hos multisyrke eldre -implementering av modell for samhandling mellom fastleger og hjemmetjenesten i Sandefjord kommune oktober 2011- desember 2013
18. Lundvall T. Innovasjon i kommunal helse- og omsorgssektor. En case-studie av implementering av velferdsteknologi i Risør kommune, Masteroppgave Universitetet i Agder, Handelshøyskolen, Institutt for arbeidsliv og innovasjon, 2016.
19. Peek STM, Wouters EJ, Luijckx KG, Vrijhoef HJ. What it takes to successfully implement technology for aging in place: Focus groups with stakeholders. *Journal of Medical Internet Research.* 2016;18(5):No Pagination Specified.
20. Intro International A.S, Arkitektur - og designhøgskolen i Oslo (AHO), Design for offentlige tjenester (DOT). Velferdsteknologi i sentrum. Innføring av velferdsteknologi i sentrumsbydelene i Oslo. En kartlegging av effekten. Delleveranse 2 2016.
21. Devik SA, Hellzen O. RAPPORT Velferdsteknologi og hjemmeboende eldre, Hvilke gevinster er oppnådd med velferdsteknologi som kommunikasjonsstøtte for hjemmeboende eldre i

- kommunehelsetjenesten? - Og hva kan påvirke utbyttet? En systematisk litteraturstudie, . Høgskolen i Nord-Trøndelag, Rapport nr 79, Steinkjer 2012.
22. Gladman JRF, Conroy SP, Ranhoff AH, Gordon AL. New horizons in the implementation and research of comprehensive geriatric assessment: knowing, doing and the 'know-do' gap. *Age and Ageing*. 2016;45(2):194-200.
 23. Threapleton DE, Chung RY, Wong SYS, Wong E, Chau P, Woo J, et al. Integrated care for older populations and its implementation facilitators and barriers: A rapid scoping review. *International Journal for Quality in Health Care*. 2017;29(3):327-34.
 24. Leirvik ÅM, Høye S, Kvigne K. Mat, måltider og ernæring på sykehjem – erfaringer fra et aksjonsforskningsprosjekt,. *Nordisk Sygeplejeforskning/ Nordic Nursing Research*, volume 6, no 2-2016 p 178–197. 2016.
 25. Fringer A, Huth M, Hantikainen V. Nurses' experiences with the implementation of the Kinaesthetics movement competence training into elderly nursing care: a qualitative focus group study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2014;28(4):757-66.
 26. Hausken M, Graue M. Developing, implementing and evaluating diabetes care training for nurses and nursing aides in nursing homes and municipal home-based services. *European Diabetes Nursing*. 2013;10(1):19-24b.
 27. Uppsala kommun. Sluttrapport och utvärdering av projekt för implementering av nationell värdegrund inom äldreomsorg och lokala värdighetsgarantier 2011-2014,. 2014.
 28. Jørgensen ML. Brugen af en sansehave ved et plejehjem for ældre med demens Organisatoriske og institutionelle forudsætninger. En implementeringsanalyse,. Sveriges lantbruksuniversitet Fakultet Landskapsplanering, trädgårds- och jordbruksvetenskap Området Arbetsvetenskap, ekonomi och miljöpsykologi, Natur, hälsa och trädgård, magisterprogram, 2011.
 29. Ingber MJ, Zhanlian F, Khatutsky G, Wang JM, Bercaw LE, Zheng NT, et al. Initiative To Reduce Avoidable Hospitalizations Among Nursing Facility Residents Shows Promising Results. *Health Affairs*. 2017;36(3):441-50.
 30. Bjuvs kommun. Slutrapport: RGRM inom äldreomsorgen i Bjuvs kommun Ett projekt inom Kulturrådets uppdrag Kultur för äldre,. 2014.
 31. Weening-Verbree L, Huisman-de Waal G, van Dusseldorp L, van Achterberg T, Schoonhoven L. Oral health care in older people in long term care facilities: a systematic review of implementation strategies. *International Journal of Nursing Studies*. 2013;50(4):569-82.
 32. Förland O, Skumsnes R, Teigen S, Folkestad B. Preventive home visits to older people in Norwegian municipalities. Prevalence, diffusion and dissemination. *Tidsskrift for Omsorgsforskning*. 2015;1(2):119-30.

VEDLEGG

Vedlegg 1 Søkeord i Medline for søk i internasjonale baser

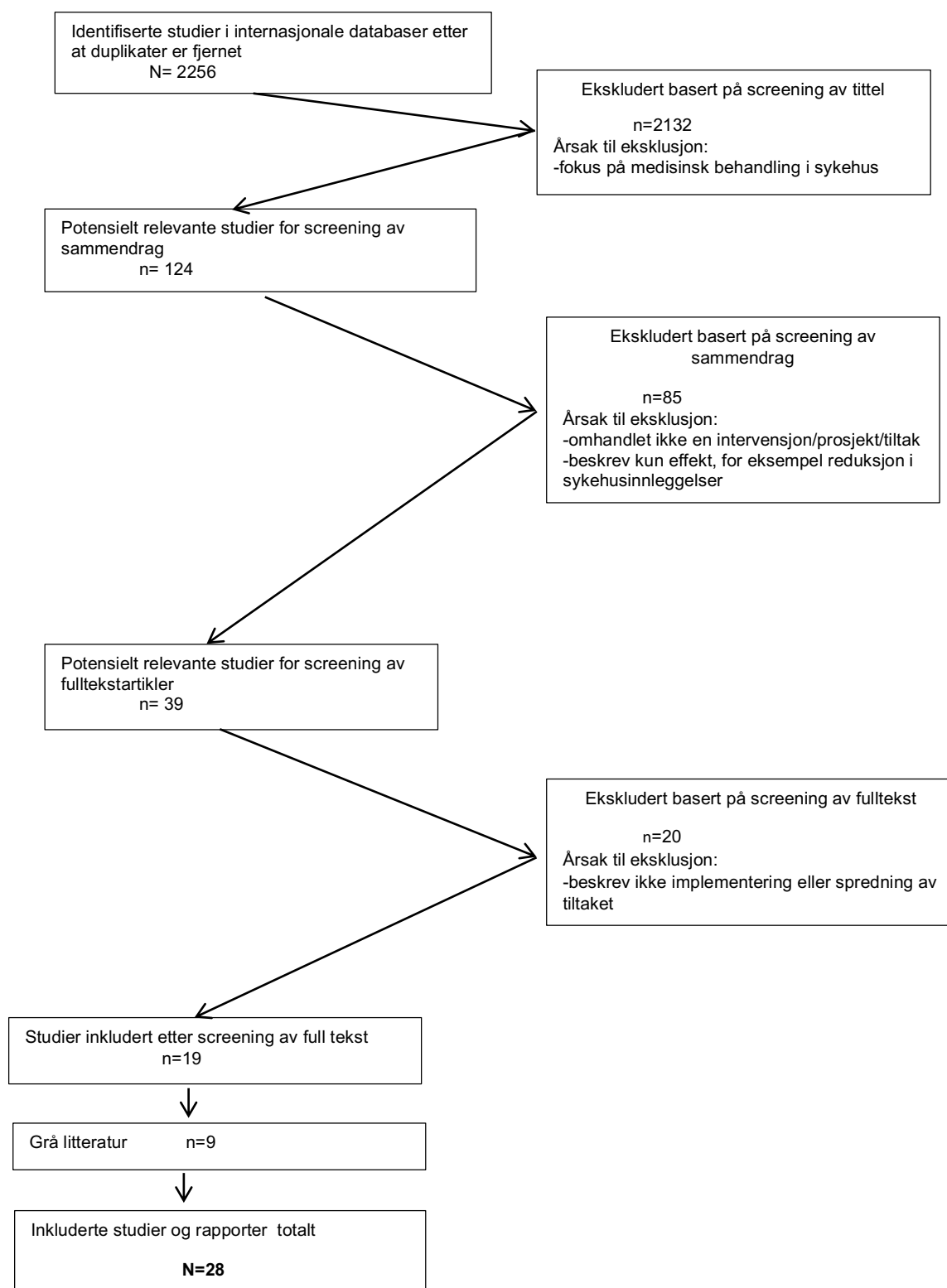
Delprosjekt	Søkestreng i Medline
Helsehjelp	elderly OR senior OR (old adj1 age) OR (old adj1 people).kf,tw. OR OR "aged, 80 and over"/ MESH AND Health intervention mp. OR Early intervention (MeSH) OR Early medical intervention (MeSH) AND review.tw.
Aktivitet	elderly OR senior OR (old adj1 age) OR (old adj1 people).kf,tw. OR aged/ or "aged, 80 and over"/ AND (intervention OR Implementation OR Diffusion of Innovation) kf/tw AND (pursuit OR occupation OR interest OR hobby OR pastime OR recreation OR diversion OR venture OR undertaking OR activity OR participation) kf,tw. AND review.tw.
Felleskap	elderly OR senior OR (old adj1 age) OR (old adj1 people).kf,tw. OR "aged, 80 and over"/ AND intervention OR Implementation OR Diffusion of Innovation.kf,tw. AND (friendly adj1 association or fellowship or sociability or comradeship or Society or Company OR Leisure adj1 community OR social community)Kf/tw AND review.tw
Mat	elderly OR senior OR (old adj1 age) OR (old adj1 people).kf,tw. OR aged/ or "aged, 80 and over"/ AND (Intervention OR Implementation OR Diffusion of Innovation).kf,tw. AND (Breakfast OR lunch OR dinner OR supper) OR cooking OR diet OR eating OR dining OR eating difficulties OR low weight OR low-weight OR Malnutrition OR Meal OR mealtime* OR nutrient OR under-weight OR Undernourished OR Undernutrition OR Underweight) kf/tw AND review.tw.
Pasientforløp	elderly OR senior OR (old adj1 age) OR (old adj1 people).kf,tw. OR aged/ or "aged, 80 and over"/ AND intervention OR Implementation OR Diffusion of Innovation kf/tw AND (continuum adj1 care) OR care continuum OR (continuity adj1 care) OR (transition adj1 care) OR relocate* OR careplan OR care-plan OR patient transfer OR transitional care OR patient transfer OR integrated care OR care coordination OR care path* OR case manager OR case management OR discontinuity OR (interruption* or disruption* or discharge).kf,tw AND review.tw.
Kompetanse	((competence adj1 management) or (competence adj1 measurement) or (competence adj1 gap) or (competence adj1 development) or competence or competency).kf,tw. OR ((staff adj1 competence) or (work adj1 satisfaction)).mp. or (human adj1 resource adj1 development).kf,tw. AND ((nursing adj1 staff) or (health adj1 practitioners) or (home adj1 care ad1 staff)).mp. or health ad1 professional.kf,tw. OR nurses/ or nurse practitioners/ or nurses, community health/ or nurses, public health/ AND ((elderly adj1 care) or (nursing adj1 home) or (home adj1 based adj1 care)).mp. or (community adj1 care).kf,tw. AND (intervention or implementation or Diffusion of Innovation).kf,tw. AND review.tw.
Pårørende	elderly.kf,tw.OR senior.kf,tw. OR (old adj1 age).kf,tw.OR (old adj1 people).kf,tw. AND spouses.kf,tw. OR (family adj1 stress).kf,tw. OR (family adj1 burden).kf,tw. OR (relatives adj1 experiences).kf,tw. OR (relatives adj1 burden).kf,tw. OR (family adj1 carer).kf,tw. OR (family adj1 support).kf,tw. OR (family adj1 information).kf,tw. OR (family adj1 demands).kf,tw OR (family adj1 services).kf,tw. OR (informal adj1 care).kf,tw. OR relatives.kf,tw. AND (intervention or implementation or Diffusion of Innovation).kf,tw. OR "Diffusion of Innovation"/ AND

	review.tw.
Implementering/ Spredning	eldery OR senior OR (old adj1 age) OR (old adj1 people).kf,tw. OR OR "aged, 80 and over"/ MESH AND MeSH: ("Early Intervention (Education)"/ OR Health Plan Implementation/ OR Feasibility Studies/ OR "Process Assessment (Health Care)" OR "diffusion of innovation"/) OR health intervention.kf,tw. OR implementation.kf,tw. OR implementation.kf AND review.kf,tw.

Vedlegg 2 Kilder for grå litteratur

Kilde
NORA, (norsk open access vitenarkiv) http://nora.openaccess.no/ http://www.ub.uio.no/nora/search.html
Brage: https://brage.bibsys.no/xmlui/browse?type=type
DUO https://www.uio.no/forskning/tverrfak/culcom/publikasjoner/masteroppgaver/
LIBRIS
Statsbiblioteket
Utviklingssentra for sykehjem og hjemmetjenester
Sentra for omsorgsforskning,
Nasjonalforeningen for folkehelsen
Google

Vedlegg 3 Figur 1 Flytskjema som viser utvalg av studier



Vedlegg 4 Resultater

IMPLEMENTERING

Forebyggende og helsefremmende tiltak

Helsehjelp

Forfatter: Child et al.(6)	Type dokument: Forskningsartikkel	Type studie: Systematisk review	Populasjon: Hjemmeboende
Utgivelsesår: 2012	Type tiltak: Forebyggende og helsefremmende	Metode: Kvalitative studier	Varighet av intervensjon: Ikke beskrevet
Land: UK	Nivå: Kommunehelsetjenesten	Relevant for tema: Helsehjelp	
Intervensjon/prosjekt/tiltak:	Intervensjon: Implementering av fallforebyggings-programmer Relevante resultatmål Faktorer som påvirker implementering		
Erfaringer knyttet til implementering:	Hvordan tiltaket ble implementert: På ulike måter jf. systematisk review over flere studier. Utfordring Hovedutfordringen for vellykket implementering av fallforebyggingsprogrammer var at de eldre, familiene og helsearbeiderne hadde ulike oppfatningene av risiko for fall hos den eldre personen. Det var spenninger knyttet til maktbalanse, ekspertise og uavhengighet i forholdet mellom den eldre personen, familien og helsearbeiderne. Hvis de eldre trodde de hadde lite kontroll over hva som skjedde med dem, så de lite hensikt i å engasjere seg i forebyggende tiltak. Faktorer som hadde betydning for implementeringen var komplekse. Ingen enkel faktor kunne pekes ut som hovedfaktor. Anbefalinger: Ha en holistisk og personsentrert praksis der de eldre var aktive deltakere, ikke passive mottakere. Viktig å rådføre seg med de eldre for å finne ut hvilke endringer de var motivert for å gjøre for å redusere sin egen fallrisiko.		
Erfaringer knyttet til spredning:	Hvordan tiltaket ble spredt: Ikke beskrevet Utfordringer: Ikke beskrevet Anbefalinger: Ikke beskrevet		
Forfatter: Day et al.(5)	Type dokument: Forskningsartikkel	Type studie: Enkeltstudie	Populasjon: Hjemmeboende
Utgivelsesår: 2016	Type tiltak: Forebyggende og helsefremmende	Metode: Kvalitativ	Varighet av Intervensjon: 15 uker
Land: Australia	Nivå: Kommunehelsetjenesten	Relevant for tema: Helsehjelp	
Intervensjon/prosjekt/tiltak:	Intervensjon: Fallforebygging for hjemmeboende Relevante resultatmål: Programmens erfaringene knyttet til faktorene i Rogers teori om spredning av innovasjoner, Diffusion of innovations (1)		
Erfaringer knyttet til implementering:	Utfordringer: <i>Programmens kompatibilitet med organisasjonen:</i> Der det ble brukt frivillige tok implementeringen lenger tid. Det var tidkrevende å rekruttere frivillige, og opplæringen tok lang tid. Programmet var svært krevende for de involverte ansatte, da det tok tid fra andre prosjekter. Rekrutteringen av pasienter tok også mye tid. Det var vanskelig for mange å finne treningsrom å være i, og det var krevende å transportere utstyret. <i>Programmens kompleksitet:</i> Utfordrende å finne riktig nivå på hvor krevende øvelsene skulle være for den enkelte pasient. Anbefalinger: Om organisasjonen hadde ansatte som var kjent med denne typen program fra tidligere, kortet det ned tiden med opplæring og komme i gang. For rekruttering og eksternt samarbeid var det en fordel å ha ansatte som hadde kontakt med relevante samarbeidspartnere i systemet. Det var nødvendig å sette av mye tid til programmet i starten.		
Erfaringer knyttet til spredning:	Hvordan tiltaket ble spredt: I denne studien hadde departementet invitert aktører til å søke om midler til å implementere intervensjonen. Utfordringer Ikke beskrevet i studien		

	Anbefalinger: Denne type innovasjon og program må implementeres i en bred system- og samfunnsmessig sammenheng. Egenskaper ved systemet, konteksten og tiltaket/innovasjonen og interaksjonen mellom disse er avgjørende for om implementeringen blir vellykket.		
Forfatter: Peek et al.(19)	Type dokument: Forskningsartikkel	Type studie: Enkeltstudie	Populasjon: Hjemmeboende
Utgivelsesår: 2016	Type tiltak: Forebyggende og helsefremmende	Metode: Kvalitative studier	Varighet av intervensjon: Ikke beskrevet
Land: Nederland	Nivå: Kommunehelsetjenesten	Relevant for tema: Helsehjelp	
Intervensjon/prosjekt/tiltak:	Intervensjon: Implementering av velferdsteknologi Relevante resultatmål: Undersøkte hva ulike parter (eldre, helsepersonell, tekniske designere, leverandører og beslutningstakere) mente var nødvendig for en vellykket implementering av velferdsteknologi for hjemmeboende eldre.		
Erfaringer knyttet til implementering;	Utfordringer: Vansker med å bygge bærekraftige forretningsmodeller. Mangel på kompatibilitet mellom systemer fra ulike leverandører. Lite kunnskap om kostnader og resultater og ulike perspektiver blant dem som er involvert i implementering. Eksisterende kunnskap fokuserer på barrierene som finnes heller enn å gi innsikt i de ulike perspektivene. Mange ulike parter var involvert i implementeringen. Anbefalinger: Både eldre og helsepersonell må tørre å prøve noe nytt. Stimulere til tverrfaglig utdanning. Samarbeid mellom kommune, helsepersonell, huseiere og velferdsorganisasjoner. Organisasjonen utarbeider en policy for bruk av tekniske løsninger og økonomiske ordninger for brukerne som gir riktige incentiver. Trene målgrupper i hvordan teknologien skal brukes. Gi opplæring tidlig, mens de er i stand til å lære. Utvikle hjelp til å finne riktig utstyr til riktig person, skjema/vurderings-verktøy og personell med den rette kompetansen. Ta tid til å evaluere bruk og resultater. Arbeide med produkter og forskning som støtter utbredelse i stor skala.		
Erfaringer knyttet til spredning	Hvordan tiltaket ble spredt: Ikke beskrevet i studien Utfordringer: Ikke beskrevet i studien Anbefalinger: Ikke beskrevet i studien		

Mat og måltid

Kun grå litteratur

Forfatter: Leksands kommun (7)	Type dokument: Rapport	Type studie: Oppsummering	Populasjon: Eldre i særskilt boende
Utgivelsesår: 2012	Type tiltak: Omsorg og behandling	Metode: Ikke beskrevet	Varighet: Ikke beskrevet
Land: Sverige	Nivå: Kommunehelsetjenesten	Relevant for tema: Mat og måltid	
Intervensjon/prosjekt/tiltak:	Intervensjon: Styrke ernæringen for eldre i særskilt boende. Relevante resultatmål Å utdanne personalet i helse og omsorg og kjøkken i emnet kost for eldre. Å forbedre svakheter, kartlegge ernæringsstatus hos alle beboere, lage retningslinjer /handlingsplaner for ernæring.		
Erfaringer knyttet til implementering:	Implementeringen: ikke beskrevet Utfordringer Ikke alltid lett å få med personalet på måten å tenke på. Opplevs som enda en ting en må gjøre som en ikke har tid til. Vanskelig å vite om en har nådd ut med informasjon til alle fordi det er mange mennesker i personalgruppen og de er geografisk spredt. Mailer blir ofte ikke lest. Anbefalinger: Enhetsledere må være mer drivende og motiverende. Alle kan ikke ta inn informasjon gjennom forelesning. Noen lærer bedre i praksis og gjennom øvelser. Bedre å nå fram med en kombinasjon av forelesninger og gruppearbeid. En god struktur for å kommunisere ut til alt personalet. Gjensidig studiebesøk innen de ulike områdene i kommunen som jobber med mat til eldre. Stimulere til mer mat-prat på et faglig nivå.		
Erfaringer knyttet til spredning:	Hvordan tiltaket ble spredt: Ikke beskrevet Utfordringer: Ikke beskrevet Anbefalinger: Ikke beskrevet		

Aktivitet og felleskap

Forfatter: Buranakongkatre (9)	Type dokument: Doktorgradsavhandling	Type studie: Enkeltstudie	Populasjon: Eldre i Thailand
Utgivelsesår: 2012	Type tiltak: Forebyggende og helsefremmende	Metode: Kvalitativ	Varighet: Ikke beskrevet
Land: Thailand	Nivå: Kommunehelsetjenesten	Relevant for tema: Aktivitet og fellesskap	
Intervensjon/prosjekt/tiltak	Intervensjon: Program for klubber for eldre Et program for klubber for eldre som er basert i kommunen som tilbyr tiltak knyttet til helse- og sosiale aktiviteter til uavhengige eldre. Tiltaket er implementert for å støtte selvhjelpsorganisasjoner og fremme helse og livskvalitet for eldre i Thailand.		
	Relevante resultatmål: Målet for studien var å forstå faktorer som påvirker implementering av tiltaket (behov, dekning og tilbudet som gis) og faktorer som påvirker involverte parter motivasjon, kapasitet og krav), fra perspektivet til nøkkelaktører: mottakere/eldre, de som implementerer (komitemedlemmer) og støttespillere (offentlige ansatte).		
Erfaringer knyttet til implementering:	Utfordringer Mangel på nødvendige kunnskap og ferdigheter for å implementere programmet. Lav deltakelse, begrenset budsjett, manglende kapasitet hos komiteen. Mangel på veiledning og støtte fra offentlig ansatte og mangel på kunnskap og ferdigheter hos medlemmene. Offentlig ansatte opplevde hindringer knyttet til policy for bruk av økonomiske midler, mangel på kunnskap og ferdigheter, arbeidspress og «turn over» som følge av negative holdning til å arbeide med eldre, og mangel på de eldres kapasitet og samarbeid Misforhold mellom de behovene de eldre hadde og det tilbudet som ble gitt i programmet. Det ble ikke gitt nok av noen aktiviteter som var identifisert som viktige behov hos de eldre. Komitemedlemmene tilbød aktiviteter som verken møtte behovene hos de eldre eller interesserte de eldre.		
	Anbefalinger: De som planlegger og de som evaluerer trenger å forstå forskjellen i perspektivene til de ulike parter/aktører. Viktig å vurdere behov fra perspektivet til de eldre selv. De som planlegger må være oppmerksom på at programmet vil endres avhengig av hvilket perspektiv de har. Vurdere motivasjon, kapasitet og krav hos de enkelte aktørene både hos de som implementerer og hos mottakere for at implementeringen skal bli vellykket.		
Erfaringer knyttet til spredning:	Hvordan tiltaket ble spredt: Ikke beskrevet Utfordringer: Ikke beskrevet Anbefalinger: Ikke beskrevet		
Forfatter: Garon et al. (10)	Type dokument: Forskningsartikkel	Type studie: To enkeltstudier	Populasjon: Eldreforeninger
Utgivelsesår: 2014	Type tiltak: Forebyggende og helsefremmende	Metode: Kvalitativ	Varighet: 2009-2012 (4 år)
Land: Canada	Nivå: Kommunehelsetjenesten	Relevant for tema: Aktivitet og fellesskap	
Intervensjon/prosjekt/tiltak:	Intervensjon: Designe eldrevennlige byer Relevante resultatmål: Å forklare faktorer som bidrar til å implementere effektivitet i eldrevennlige byer.		
Erfaringer knyttet til implementering:	Hvordan tiltaket ble implementert: Basert på en tilnærming som vektlegger samarbeidende partnerskap, er implementeringsprosessen delt inn i tre trinn: (1) sosial diagnostisering av eldre voksnes behov, (2) en handlingsplan basert på en logisk modell, og (3) gjennomføring gjennom samarbeid. De første 18 månedene brukes til å utføre diagnostikk og utvikling av en handlingsplan.		
	Utfordringer: Måten vi går fram på, i henhold til behovene som er identifisert av de eldre selv, endrer den tradisjonelle ovenfra-ned tilnærmingen der tjenesteleverandører bestemmer behov og hvordan en skal respondere på disse.		
	Anbefalinger: Viktig å koordinere innsatsen og fremme samarbeidspartnerskap mellom interessenter. Initiativene bør føre til en transformasjon av den tradisjonelle ovenfra-ned tilnærmingen der tjenesteleverandører bestemmer behov og hvordan en skal respondere på disse. Ikke bare ved å fremme en nedenfra og opp- tilnærming, men gjennom et samarbeidspartnerskap. I stedet for å opprettholde en tilnærming som er hierarkisk, sentralisert og autoritær, bør alle interessenter bytte til en pluralistisk, deltakende og samarbeidstilnærming. Utover nødvendigheten av å forandre seg og kommunisere med befolkningen, er det av største betydning å ha en enkel modell som det er konsensus om blant interessentene.		
Erfaringer knyttet til spredning:	Hvordan tiltaket ble spredt: Ikke beskrevet Utfordringer: Ikke beskrevet Anbefalinger: Ikke beskrevet		
Forfatter: Petrescu-Prahova et al. (8)	Type dokument: Forskningsartikkel	Type studie: Enkeltstudie	Populasjon: Hjemmeboende og institusjonsboere
Utgivelsesår: 2016	Type tiltak: Forebyggende og helsefremmende	Metode: Kvalitativ	Varighet av intervensjon: Ikke beskrevet
Land: USA	Nivå: Kommunehelsetjenesten	Relevant for tema: Aktivitet og fellesskap	
Intervensjon/prosjekt/tiltak:	Intervensjon: Treningssprogram for eldre hjemmeboende		

tiltak	Relevante resultatmål: Å undersøke hva som fremmer og hemmer implementeringen av treningsprogrammet.
Erfaringer knyttet til implementering	Hvordan programmet ble implementert: Ikke beskrevet Utfordringer: <i>Programspesifikke forhold:</i> Å få tak i instruktører som er godt nok kvalifisert/hatt nok opplæring, lage gode treningsprogram og krav til rapportering. <i>Organisatoriske forhold:</i> Støtte i organisasjonen til å lage og gjennomføre treningsprogrammet, økonomi til å gjennomføre programmet. Å finne egnet lokale de en kan holde gruppene/timene på tidspunkt som passer for de eldre Å ha tid til papirarbeidet som følger med og følge opp utviklingen hos deltakerne. Anbefalinger: <i>Programspesifikke forhold:</i> Få tak i ansatte og instruktører som forstår og kan støtte programmet <i>Organisatoriske forhold:</i> Vurdere hvor klar organisasjonen er for å gjennomføre programmet, og om målene for programmet stemmer overens med behovene hos organisasjonen og deltakerne Tilpasse programmet til forholdene der det er mulig.Gi informasjon til de ansatte og instruktørene om at det er viktig med evidensbaserte program og å samle data så de kan evaluere programmet.
Erfaringer knyttet til spredning	Hvordan tiltaket ble spredt: Ikke beskrevet Utfordringer: Ikke beskrevet Anbefalinger: Ikke beskrevet

Aktivitet og fellesskap – grå litteratur

Forfatter: Konsmo et al.(11)	Type dokument: Notat	Type studie: Oppsummering	Populasjon: Hjemmeboende
Utgivelsesår: 2015	Type tiltak: Forebyggende og helsefremmende	Metode: Kvalitativ og kvantitativt	Varighet av intervensjon:
Land: Norge	Nivå: Kommunehelsetjeneste	Relevant for tema: Aktivitet og fellesskap	
Intervensjon/prosjekt/tiltak	Intervensjon: Livskafeer for hjemmeboende Relevante resultatmål: Å engasjere pensjonister i å styrke egen helse og livsglede gjennom livskafeer.		
Erfaringer knyttet til implementering	Hvordan tiltaket ble implementert: På Livskafeene arbeider deltakerne med sine individuelle prosesser i grupper, noe som styrker endringsarbeidet. Øvelsene i oppmerksomt nærvær fremmer en vennlig oppmerksomhet på det som er nå uten å dømme. Dette er et godt utgangspunkt for endring. Tilnærmingen anerkjenner at den enkelte er ekspert på sitt eget liv. Nye sosiale nettverk framheves av mange koordinatore som det viktigste utbyttet fra Livskafeene, og konseptet kan derfor være et nyttig virkemiddel for å motvirke ensomhet hos de eldre Utfordringer knyttet til implementering: Rekruttering av sirkelledere. Anbefalinger Arbeidet må ha forankring av ledelsen i kommunen. Arbeidet i kommunene må ha støtte hos ledere, ansatte, politikere og frivillige organisasjoner. Kommunene må sørge for praktisk tilrettelegging og rekruttering av sirkelledere og deltakere i samarbeid med frivillig sektor. En stor del av sirkellederne opplever rollen som meningsfull, og mange starter nye sirkler. Utfordringene kan overvinnes dersom en samarbeider om å engasjere pensjonistene ved å presentere Lyst på livet som et svar på de behovene målgruppen har, og deretter gi nødvendig oppfølging og støtte ved å etablere nettverk og fora for sirkelledere.		
Erfaringer knyttet til spredning	Hvordan tiltaket ble spredt: 50 norske kommuner har startet opp med Lyst på livet siden 2012. Konseptet er spredd til åtte land. Utfordringer: Ikke beskrevet Anbefalinger: Helsefremmende satsing bør foregå på tvers av etater og frivillig sektor for at kommunene skal lykkes. Eldresentrene kan utvikles til «morgendagens aktivitetssenter» for i større grad å kunne løfte folkehelsen blant større deler av den eldre befolkningen. Her vil Lyst på livet kunne ha en naturlig plass. Innføring av et helsefremmende konsept i kommunene styrkes dersom et nasjonalt/regionalt nivå hjelper dem i gang og bidrar til kunnskapsutvikling, formidling og spredning av de nye løsningene.		
Forfatter: Helsedirektoratet (12)	Type dokument: Rapport	Type studie: Oppsummering	Populasjon: Hjemmeboende
Utgivelsesår: 2016	Type tiltak: Forebyggende og helsefremmende	Metode: Ikke beskrevet	Varighet av intervensjon: Høsten 2016
Land:	Nivå:	Relevant for tema:	

Norge	Kommunehelsetjeneste	Aktivitet og fellesskap	
Intervensjon/prosjekt/tiltak:	Intervensjon: Etablere sosiale nettverk og deltakelse i frivillig arbeid. Prosjektet skal bidra til å etablere sosiale nettverk, legge til rette for at seniorer kan bli aktive i frivillige organisasjoner, forebygge sykdom, ensomhet og sosiale problemer, skape trivsel og trygghet, legge til rette for møteplasser på tvers av generasjoner og kultur. Relevante resultatmål: Å arbeide for helhetstenking for bedre helse, gjennom tverrsektorielt samarbeid offentlig, privat og i frivillig sektor.		
Erfaringer knyttet til implementering:	Hvordan tiltaket ble implementert: Søknaden var godt forankret i ledelsen. Dette lettet arbeide med målene i prosjektet. Prosjektet var en del av et større prosjekt, LEV VEL, som gjorde at det arbeidet ble utført som en helhet. Planene videre vil bli fulgt bredt opp av hovedprosjektet Utfordringer: Det er behov for en frivillig- og kulturkoordinator for mer tverrsektorielt arbeid. I tillegg er det behov for flere frivillige, opplæring, møtepunkter, kulturverter og forankring. For å komme i mål ser vi et behov for en frivillig- og kulturkoordinator i pleie- og omsorgssektor, spesielt retta til hjemmetjenesten. Dette vil bette fritidstilbud til hjemmeboende. En trenger å endre sektoren til mer tverrsektorielt og helhetlig samarbeid med andre etater i kommune men og inn imot frivillig sektor. Det trengs flere frivillige. Å rekruttere frivillige kontinuerlig. Flere frivillige har høy alder, noe som kan svekke kontinuitet. Anbefalinger Sørge for at flere kan gå sammen til opplæring i forhold til å være besøksvenn og aktivitetsvenn. Lettere når en kjenner noen. Viktig med faste møtepunkt mellom frivillig sektor og offentlig sektor. Starte opplæring og kursing av kulturverter på alle institusjoner. Må være en kultur/frivilligkoordinator for å koordinere kulturtilbudet til hjemmeboende eldre. Viktig med tydelig og konkret tilrettelegging og organisering før og under arrangement. Kultur og miljøperspektivfokus må være selvsagt for å se helheten og legge til rette best mulig for brukeren. Legge til rette for at det offentlige ser det frivillige arbeid som en ressurs. Systematisk arbeid for å motivere eldre til å delta i aktivitet. Styrke tverrsektorielt samarbeid. Økt dialog med førstelinjetjenesten. Arbeide kontinuerlig med kompetanse for å skape rom for kultur som en del av miljøbehandling og helhetstenkingen i pleie og omsorg. Bedre samarbeid og informasjon om arrangement, koordinering og informasjonsflyt vil styrke helheten for et stødig tilbud til den eldre.		
Erfaringer knyttet til spredning	Hvordan tiltaket ble spredd: Ikke beskrevet Utfordringer: Ikke beskrevet Anbefalinger: Ikke beskrevet		

Arbeidsmiljø og kompetanse

Forfatter: Metzelthin et al. (14)	Type dokument: Forskningsartikkel	Type studie: Enkeltstudie	Populasjon: Skrøpelige eldre
Utgivelsesår: 2013	Type tiltak: Forebygging	Metode: Kvalitativ og kvantitativ	Varighet: Ikke beskrevet
Land: Nederland	Nivå: Kommunehelsetjenesten	Relevant for tema: Arbeidsmiljø og kompetanse	
Intervensjon/prosjekt/tiltak:	Intervensjon: Oppøring for å forebygge funksjonssvikt blant hjemmeboende, skjøpelig eldre En sykepleierledet tverrfaglig primærhelsetilnærming for å forebygge funksjonssvikt blant hjemmeboende, skjøpelig eldre. Tilnærmingen fokuserte på eksisterende problemer i å utføre daglige aktiviteter og risikofaktorer for funksjonsnedsettelse, og besto av seks trinn. Hovedprinsippene i tilnærmingen var tverrfaglig samarbeid, skreddersydd omsorg, brukerstyrt støtte og fokus på meningsfylte aktiviteter. Relevante resultatmål: I hvilken utstrekning tverrfaglig omsorgstilnærming implementeres som planlagt. Helsepersonell og skjøpelig eldres erfaringer med hensyn til fordelene, byrden, stimulerende faktorer og barrierer.		
Erfaringer knyttet til implementering:	Hvordan tiltaket ble implementert: Det tverrfaglige helsepersonellet fikk en opplæringsperiode på tre måneder før implementeringen. De deltok på flere møter om trinnene og hovedprinsippene i intervensjonen. I implementeringsperioden fikk helsepersonell muligheten for veiledning (trening på jobben) om de hadde vanskeligheter med å implementere protokollen. Utfordringer: Mangel på utdanning, erfaring og kapasitet. Noen deler av protokollen var tidkrevende (vurdering, teammøter) eller vanskelig å bruke (verktøykasse). Barrierer for å implementere protokollen var for mye informasjon i løpet av treningsaktivitetene og mangel på trening på jobben. For noen få skjøpelige pasienter var deltakelsen for tidkrevende. Anbefalinger: Ifølge helsepersonellet var implementeringen av protokollen sterkt avhengig av profesjonell kompetanse hos praktiserende sykepleier. Fagpersonene nevnte at empatisk evne og gode organisasjons- og kommunikasjonsferdigheter hos sykepleierne i prosjektet hadde positive effekter på implementeringen. Mer		

	veiledning og muligheter til å utveksle erfaringer med andre helsepersonell. Digitalisering av skjemaer for å unngå dobbelt registrering og for å lette utveksling av data med andre fagdisipliner. Ta på alvor at eldre ofte sliter med tap, noe som kan føre til frustrasjon, mangel på motivasjon og forsømmelse av råd angående omsorg generelt.
Erfaringer knyttet til spredning	Hvordan tiltaket ble spredt: Ikke beskrevet Utfordringer: Ikke beskrevet Anbefalinger: Ikke beskrevet

Arbeidsmiljø og kompetanse – grå litteratur

Forfatter: Norsk Brannbefals Landsforbund (13)	Type dokument: Rapport	Type studie: Oppsummering	Populasjon: Eldre med hjemmetjenester
Utgivelsesår: 2012	Type tiltak: Forebyggende og helsefremmende	Metode: Ikke beskrevet	Varighet av intervensjon: 2008-2012
Land: Norge	Nivå: Kommunehelsetjeneste	Relevant for tema: Arbeidsmiljø og kompetanse	
Intervensjon/prosjekt/tiltak	Intervensjon: Opplæring for hjemmetjenesten om brannsikkerhet for eldre hjemmeboende. Prosjektet tar for seg brannsikkerheten for eldre personer (og andre omsorgstrengende) som har behov for hjemmetjenester.		
	Relevante resultatmål: Ikke beskrevet		
Erfaringer knyttet til implementering:	Hvordan tiltaket ble implementert: Prosjekt var gjennomført lokalt i kommunene. Det ble gitt opplæring og motivasjon av prosjektdeltagerne, det ble installert utstyr i form av vannåkeanlegg, røykvarslere, røykvarslerbatterier, trygghetsalarmer og det ble utviklet opplæringsmateriell. Prosjektet resulterte i verktøykasse som kan brukes av de som har gjennomført prosjektet og de som ønsker å starte opp med et nytt prosjekt.		
	Utfordringer: Det er en stor utfordring at det er stramme budsjett i kommunene og mange sliter med å få gjennomslag for tiltak som ikke er direkte lovpålagt. Videre er utfordringen at det er et veldig tidsmessig stramt program for hjemmesykepleieren. Dette gjør det vanskelig å få gjennomført tiltak utover det som absolutt er nødvendig. Også turnover, sykefravær og skriftlig norskkunnskap er en utfordring. Det er også varierende erfaring med å få Hjelpemiddelsentralen med i prosjektet		
	Anbefalinger: De som lykkes best i prosjektet er de som klarer å forankre prosjektet i ledelsen i kommunen eller ved et politisk vedtak. Ved å samle aktørene fra helse, kommunens ledelse og brannvesen fører med seg at «bordet fanger» og det må utarbeides en skriftlig avtale. Videre kan det være fornuftig å ha elderrådet og lokale pensjonistforeninger som støttespillere. Ellers er det også en forutsetning for å lykkes det at brannsjefen er en støttespiller og en motivator for arbeidet. Til sist skal det sies at det er nødvendig med ildsjeler både innenfor helse- og brannsektoren. Hvis det viser seg å være vanskelig å få kommuneledelsen/politisk ledelse med på laget, kan en først kartlegge tilstanden for så å fremme sak på området. Det vil være vanskelig å si nei til et tiltak som en kan dokumentere er samfunnsmessig lønnsomt, lønnsomt direkte for kommunen og viktig for trygghetsfølelsen for de eldre.		
Erfaringer knyttet til spredning:	Hvordan tiltaket ble spredt: Ikke beskrevet Utfordringer: Ikke beskrevet Anbefalinger: Ikke beskrevet		

Helsehjelp – grå litteratur

Ingen dokumenter

Omsorg og behandling

Helsehjelp

Forfatter: Boersma et al. (15)	Type dokument: Forskningsartikkel	Type studie: Systematisk oversiktsartikkel	Populasjon: Personer med demens på sykehjem Kontrollgruppe: Brukt i 6 av 54 studier
Utgivelsesår: 2015	Relevant for tema: Helsehjelp	Metode: Kvalitative og kvantitative studier	Varighet: Ikke beskrevet
Land: Nederland	Nivå: Kommunehelsetjenesten	Type tiltak: Omsorg og behandling	
Intervensjon/prosjekt/tiltak:	Intervensjon: Implementering av miljøbehandling i demensomsorgen i sykehjem.		

	Relevante resultatmål: RE-AIM-rammeverket ble brukt til å evaluere kunnskap, ferdigheter, holdninger hos de ansatte og hvor mange ansatte som faktisk tok i bruk miljøbehandling etter opplæringen var avsluttet.		
Erfaringer knyttet til implementering:	Hvordan tiltaket ble implementert: Oversiktsartikkelen beskriver studier med ulike tiltak implementert på ulikt vis. Utfordringer Opplæring fører ofte, men ikke alltid, til signifikant økning i kunnskap om en intervensjon, men i liten grad til endring i holdninger og ferdigheter. Kunnskapen var i liten grad beholdt etter seks måneder. Studiene i oversiktsartikkelen sa lite om hva som var gjort for å implementere intervensjonen i praksis og innarbeide den i rutine. Anbefalinger Opplæring av de ansatte om hvordan intervensjonen skal brukes i det daglige var ikke tilstrekkelig. Det var nødvendig med oppfølging, veiledning i praksis og samtaler for å oppsummere hva som var lært i praksis. En prosjektleder eller en engasjert uformell leder kunne være til hjelp i implementeringen, og en tiltaksplan/pleieplan som forklarte hvordan intervensjonen kunne passe hver enkelt pasient kunne stimulere bruk av intervensjonen.		
Erfaringer knyttet til spredning:	Hvordan tiltaket ble spredt: Ikke beskrevet Utfordringer: Ikke beskrevet Anbefalinger: Ikke beskrevet		
Forfatter: Berkhout et al. (16)	Type dokument: Forskningsartikkel	Type studie: Enkeltstudie	Populasjon: Sykehjemsbeboere. Somatisk og psykiatrisk langtidsomsorg.
Utgivelsesår: 2009	Type tiltak: Omsorg og behandling	Metode: Kvantitativ og kvalitativ	Varighet: 16 måneder
Land: Nederland	Nivå: Kommunehelsetjenesten	Relevant for tema: Helsehjelp	
Intervensjon/prosjekt/tiltak:	Intervensjon: Beboerorientert omsorg Relevante resultatmål: Undersøke forhold som har betydning for en vellykket implementering av beboerorientert omsorg med hensyn til primærsykepleie, bruk av sykepleieprosessen, utvidelse av pleierens oppgaver, bedret kommunikasjon. Analyse av organisasjonen ved bruk av faktorene struktur, strategi, system, felles verdier, ansatte, ferdigheter, stil.		
Erfaringer knyttet til implementering:	Hvordan tiltaket ble implementert: Ikke beskrevet Utfordringer: Distraherende faktorer som høyt sykefravær, økt arbeidspress og utskifting av avdelingssykepleiere. Introduksjon av andre prosjekter underveis i implementeringsprosessen. Problemer med veilederen. At det ikke ble gitt opplæring i praksis og at de ansatte ikke var involvert i beslutninger som gjaldt implementeringen. Anbefalinger: En realistisk plan for gjennomføring med hensyn til tid. Ingen distraherende faktorer og stabilitet i veiledningen på avdelingen underveis i implementeringen. Pleierne fikk støtte i praktiske situasjoner av veilederne. Ekstra økonomiske og personellmessige ressurser avsatt til prosjektet. Avdelingsledelsen fikk spesiell opplæring.		
Erfaringer knyttet til spredning	Hvordan tiltaket ble spredt: Ikke beskrevet Utfordringer: Ikke beskrevet Anbefalinger: Ikke beskrevet		
Forfatter: Lundvall et al., (18)	Type dokument: Masteroppgave	Type studie: Empirisk studie	Populasjon: Hjemmeboende eldre
Utgivelsesår: 2016	Type tiltak: Omsorg og behandling	Metode: Case- studie Kvalitativ	Varighet av intervensjon: Ikke beskrevet
Land: Norge	Nivå: Kommunehelsetjenesten	Relevant for tema: Helsehjelp	
Intervensjon/prosjekt/tiltak	Intervensjon: Interkommunalt samarbeid om digitalt nattilsyn. Relevante resultatmål: Hvilke drivere og barrierer kan identifiseres ved implementering av digitalt nattilsyn i Risør kommune?		
Erfaringer knyttet til implementering	Hvordan tiltaket ble implementert: Ikke beskrevet. Utfordringer: Løsningen er først og fremst utviklet eksternt og brukerstøtten er dermed ikke ferdigstilt eller tilpasset kommunen. Kombinert med flere tekniske utfordringer og svikt i forbindelse med installasjonen av teknologien, har de ansatte ikke fått opparbeidet seg tillit til løsningen og kommunen får dermed ikke de reelle erfaringene og gevinstene ved å ta i bruk tilsynsteknologien. Kommunen fikk innledningsvis heller ikke tilstrekkelig informasjon om løsningen og underliggende funksjoner, noe som medførte flere utfordringer senere i diffusjonsprosessen. Begrenset kapasitet fra leverandørens side har også medført flere utfordringer ved at avvik som er rapportert ikke alltid har blitt utbedret. Det har bidratt til å svekke tilliten til løsningen og har dermed ført til at enkelte har valgt å ikke benytte seg av teknologien. Den kommunale infrastrukturen ble en klar barriere, fordi løsningen ikke var kompatibel med allerede eksisterende systemer og fordi den ikke fulgte retningslinjene for personvern og informasjonssikkerhet. Det medførte at IT-avdelingen ikke ønsket å delta i prosjektet.		

	Utfordringer i forbindelse med opplæring og support av systemet. Brukermanualene var ikke godt nok tilpasset og kommunen måtte selv utarbeide egne manualer for å motvirke usikkerhet og feilbruk. Mange deltidsansatte med rullerende turnuser førte til at enkelte nattevakter hadde lite kontakt med teknologien. Usikkerhet blant nattevaktene om hvem som har rollen som superbruker. Beslutningen om å delta i pilotprosjektet digitalt nattilsyn var en myndighetsdrevet beslutning og skapte motstand mot implementeringen. Anbefalinger Opprettelsen av superbrukere som bistår i opplæringen av de ansatte og motiverer nattevaktene til å benytte seg av løsningen. Utarbeidelsen av de interne manualene som forklarer hvordan ulikt personell skal forholde seg til løsningen.		
Erfaringer knyttet til spredning;	Hvordan tiltaket ble spredt: Ikke beskrevet Utfordringer: Ikke beskrevet Anbefalinger: Ikke beskrevet		
Forfatter: Gladman et al. (22)	Type dokument: Akademisk fagartikkel	Type studie: Enkeltstudie	Populasjon: Eldre i sykehus
Utgivelsesår: 2016	Type tiltak: Omsorg og behandling	Metode: Litteraturgjennomgang	Varighet av intervensjon: Ikke beskrevet
Land: UK	Nivå: Spesialisthelsetjenesten og Kommunehelsetjenesten	Relevant for tema: Helsehjelp	
Intervensjon/prosjekt/tiltak:	Intervensjon: Implementering av bred geriatrisk vurdering (BGV) i sykehus. Relevante resultatmål: hvordan forskere og klinikere kan samarbeide for å koble det solide teoretiske evidensgrunnlaget for BGV til praksis (22).		
Erfaringer knyttet til implementering:	Hvordan tiltaket ble implementert: Systematisk undersøkelse av fysisk funksjon, komorbiditet, polyfarmasi, kognisjon, ernæring, sosialt nettverk, og psykisk helse. Basert på en slik bred geriatrisk vurdering, kategoriseres pasientens helse som enten robust, intermedier eller skrøpelig. Utfordringer: Å ha gode retningslinjer er ikke nok om de ansatte som behandler ikke kjenner til dem. En hovedutfordring ved å implementere BGV i en ny setting er å utvikle et effektivt redskap for teambasert behandling. Det er mer krevende å få til teambasert BGV i akuttavdelinger og sykehjem eller andre nye settinger enn i en spesialavdeling for eldre. I slike nye settinger kan andre aspekter ved behandling foregå og ansatte kan ha ansvar for andre grupper enn eldre. En utfordring i slike systemer er å avgjøre hvilke personer i teamet som skal ha en koordinerende rolle og hvordan ulike syn på utførelsen av BGV kan samles. Reorganisering rundt prinsippene for BGV er en utfordring i systemer som har en struktur som er basert på en medisinsk diagnostisk modell for enkeltproblem-løsning. De fleste kodingssystemer er ikke laget for å kode kompleksitet eller skrøpelighet på en enkel og presis måte. Refusjonssystemer er heller ikke fordelaktige for kompleksitet. Mange eldre vil helst ikke bruke tjenester for eldre fordi de tror slike tjenester er annenrangs. Anbefalinger: Det trengs en bedre forståelse for hva BGV er og kunnskap om evidensgrunnlaget. Dette krever innsats i utdanningen på flere nivå på tvers av helse- og omsorgsdisipliner. De som skal innføre det må få god innsikt i fordelene når det gjelder resultater og kvalitet, kostnader og muligheter for å utføre BGV. Det kan for eksempel bli lettere for sykehjem og fastleger å implementere BGV om sykehjemsledere hadde en sentral rolle i planlegging og gjennomføring av intervensjonen. Det trengs en bedre forståelse for hva BGV er og kunnskap om evidensgrunnlaget. Dette krever innsats i utdanningen på flere nivå på tvers av helse- og omsorgsdisipliner.		
Erfaringer knyttet til spredning	Hvordan tiltaket ble spredt: Ikke beskrevet Utfordringer: Ikke beskrevet Anbefalinger Det ble anbefalt å ha en person som tar på seg å overføre kunnskap og informasjon mellom organisasjoner. Kliniske akademikere som arbeider både som helsearbeidere og forskere kan ofte ha en slik rolle: som forskere kan de utføre og være en del av forskningsprosessen og som klinikere kan de være en del av prosessen med å implementere forskningsresultatene. Det burde informeres om at BGV er en behandling som er fordelaktig for eldre. Tjenestene må være godt tilpasset brukerne de er ment for. De eldre og de som representerer dem må involveres i etableringen og ha oversikt over tjenestene for å sikre at de er akseptable for brukerne.		
Forfatter: Threapleton et al. (23)	Type dokument: Forskningsartikkel	Type studie: Scoping artikkel	Populasjon: Eldre
Utgivelsesår: 2017	Relevant for tema: Helsehjelp	Metode: Alle typer design og grå litteratur	Varighet av intervensjon: Ikke beskrevet
Land: Hong Kong	Nivå: Spesialisthelsetjenesten og Kommunehelsetjenesten	Type tiltak: Behandling	
Intervensjon/prosjekt/tiltak:	Intervensjon: Implementering av integrert omsorg; samarbeid mellom medisinske tjenester og omsorgstjenester på ulike nivå for å skape en omsorg som er fleksibel og gir kontinuasjon for helsearbeidere og som er tilpasset behov hos den enkelte tjenestemottaker. Relevante resultatmål:		

	Studien gir en oversikt over elementer som er beskrevet som en del av integrert omsorg og hva som hemmer og fremmer implementering.
Erfaringer knyttet til implementering:	Hvordan tiltaket ble implementert: Ikke beskrevet Utfordringer Ustabilitet i organisasjonen. Uklare økonomiske rammer. At lederne ikke er involvert. Dårlig prosjektledelse. Tidspress og lav bemanning. Manglende eller uhensiktsmessig omsorgsfilosofi. Byråkratisk miljø med kontrollbasert ledelse. Intervensjonen er for stor og omfattende. Negative holdninger hos de ansatte, mangel på felles verdigrunnlag. Uklare roller i implementeringen av intervensjonen. Manglende engasjement hos de ansatte. De ansatte opplever at de ikke er involvert i beslutninger Anbefalinger: Sikre sterk prosjektledelse og kontakt mellom de som er involvert. Tydelig kommunikasjon om strategi og visjon. Rutiner som beskriver samarbeid mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Oppmuntre til innovasjon. Legge til rette for tilpasningsdyktige systemer. Små team som kan ta kjenne på avgjørelser. Forarbeid som fremmer forståelse og klargjør rollefordeling. Tilstrekkelige økonomiske ressurser. Ansatte må merke at lederne støtter endringer. Opplæring er nødvendig. Tverrfaglig opplæring kan være en fordel. Ansatte må tas med på råd. Engasjere ildsjeler. Samlokalisering er fordelaktig. Jevnlig og planlagt kommunikasjon mellom ledere i organisasjonene. Delt elektronisk journalsystem.
Erfaringer knyttet til spredning:	Hvordan tiltaket ble spredt: Ikke beskrevet Utfordringer: Ikke beskrevet Anbefalinger: Ikke beskrevet

Helsehjelp - Grå litteratur

Forfatter: Devik & Hellzen (21)	Type dokument: Fagartikkel	Type studie: Systematisk litteraturstudie	Populasjon: Hjemmeboende eldre med kroniske sykdommer som diabetes, hjertesykdom og kronisk obstruktiv lungesykdom og deres pårørende
Utgivelsesår: 2012	Type tiltak: Omsorg og behandling	Metode: Litteraturgjennomgang	Varighet av intervensjon: Varierende
Land: Norge	Nivå: Kommunehelsetjenesten	Relevant for tema: Helsehjelp	
Intervensjon/prosjekt/tiltak:	Intervensjon: Implementering av velferdsteknologi; audiovisuelle systemer for direkte kontakt, monitoreringsutstyr og nettbaserte løsninger (kommunikasjonsstøtte).		
Erfaringer knyttet til implementering:	Utfordringer: Kostnader, opplæring, legesamarbeid, pasientenes forutsetninger, lite brukervennlig, misforhold mellom forventninger hos brukerne og hva teknologien faktisk kunne bidra med. Problemer med å koble seg opp til et nettverk og oversende informasjon/målinger. Mistillit til teknologien. Bekymring for at maskiner skal erstatte menneskelig omsorg, privatliv, konfidensialitet og sikkerhet. Anbefalinger: Oppsummert viser artiklene at velferdsteknologi aksepteres og finnes nyttig av mange brukere og pårørende. Fordommer som tilsier at eldre kan være motstandere av å ta i bruk ny teknologi viser seg å ikke stemme. Gevinstene forutsetter at teknologien er tilpasset deres betingelser og fyller et behov. Teknologien er et middel – ikke et mål i seg. Suksessen med innføring av velferdsteknologi vil avhenge av brukerne, teknologien og interaksjonen mellom disse. Kontinuerlig evaluere og justere teknologien sammen med brukerne. Høy brukervennlighet: gode grafiske framstillinger og lett å navigere. La brukerne få en aktiv rolle for å kunne påvirke nytteverdien. Behov for pågående oppfølging og trening for å maksimere utbyttet. Viktig å bruke tid på opplæringen og la brukeren bli kjent med produktet.		
Erfaringer knyttet til spredning:	Hvordan tiltaket ble spredt: Ikke beskrevet Utfordringer: Ikke beskrevet Anbefalinger: Ikke beskrevet		
Forfatter: Intro International A.S, Arkitektur - og designhøgskolen i Oslo (AHO) (20)	Type dokument: Rapport	Type studie: Oppsummering	Populasjon: Hjemmeboende eldre
Utgivelsesår: 2016	Type tiltak: Omsorg og behandling,	Metode: Kvalitativ, kvantitativ, samt litteraturgjennomgang	
Land: Norge	Nivå: Kommunehelsetjenesten	Relevant for tema: Helsehjelp	
Intervensjon/	Intervensjon:		

prosjekt/ tiltak:	Velferdsteknologi til ulike brukergrupper, eksempel på teknologi er: medisindispenser, trygghetsalarmer med GPS, kolskoffert med avstandsoppfølging.
Erfaringer knyttet til implementering:	Utfordringer: Dersom teknologien ikke virker som den skal med falsk alarm eller manglende oppdatering, er også effekten motsatt og utstyret skaper mer stress og angst. Anbefalinger: Velferdsteknologi som tjeneste må kontinuerlig følges opp og justeres ettersom brukernes behov endrer seg. Det er viktig å bygge et solid system rundt teknologien, som tar høyde for endringer - f.eks. ved å endre intervallene på Helsesjekk og sørge for at de ansatte. Våre funn peker på viktigheten av arbeidet med utvelgelse, oppfølging og justering. Dette vil kreve etablering av solide systemer som gir en oppfølging som kan justeres etter behov. ikke ringer unødig. Feil i systemet gir feil effekt. Brukerens første møte med velferdsteknologien og tjenesten rundt, er avgjørende for hvordan de i senere tid oppfatter teknologien. Litteraturstudien beskriver at en kombinasjon av teknologi og klassiske hjemmebesøk ville vært foretrukket hos mange. Effekten synes å være avhengig av diagnose. Flere studier beskriver at en større effekt kan detekteres hos brukere uten kognitive begrensninger. Det viktigste kravet ved implementering av velferdsteknologi i hjemmet er at omsorgen og behandlingen som gis er forenelig med hjemmetjenesten eller sykehusets prosedyrer og krav til kvalitet. Opplæring av brukerne og av hjemmetjenestens personell er kritiske faktorer for å lykkes. Velferdsteknologi som tjeneste må kontinuerlig følges opp og justeres ettersom brukernes behov endrer seg.
Erfaringer knyttet til spredning:	Hvordan tiltaket ble spredt: Ikke beskrevet Utfordringer: Ikke beskrevet Anbefalinger: Ikke beskrevet

Arbeidsmiljø og kompetanse

Forfatter: Finger A et al. (25)	Type dokument: Forskningsartikkel	Type studie: Enkeltstudie	Populasjon: Beboere i sykehjem
Utgivelsesår: 2014	Type tiltak: Omsorg og behandling	Metode: Kvalitativ	Varighet: 30 måneder
Land: Sveits	Nivå: Kommunehelsetjenesten	Relevant for tema: Arbeidsmiljø og kompetanse	
Intervensjon/ prosjekt/ tiltak:	Intervensjon: Implementering av opplæring i kompetanse innen kinestetikkbevegelse i sykehjem. Relevante resultatomål: Sykepleiers erfaring med implementering av opplæring i kinestetikkbevegelse. 1) Individuell erfaring med egen bevegelse; 2) partneropplevelse; 3) bruk av lært innhold og erfaringer i praksis situasjoner; 4) planlegging og implementering av egen læringsprosess i sykepleiepraksis 5) dokumentasjon og evaluering av egen læringsprosess.		
Erfaringer knyttet til implementering:	Hvordan tiltaket ble implementert: Fire dager grunnleggende kinestetisk trening, én dags oppfølging og rådgivning etter fire måneder Utfordringer: Vanskelig å implementere på nattskift ettersom nattpleier jobber alene. Vanskelig å inkludere nattpersonalet. For å implementere det trengtes mer tid avsatt til omsorgen for beboerne. Pasientens kognitive, fysiske helse og varierende dagsform påvirket implementeringen. At helsearbeiderne hadde negative holdninger når det gjaldt kinestetisk trening. Gradvis tap av motivasjon, en var entusiastisk i begynnelse med så tok gamle mønstre over Anbefalinger: Mindre teori og mer praktiske øvelser, grunnleggende opplæring bør deles opp i mindre bolker. Det trengs bøker og filmer som viser eksempler på bruk. Støtte, som for eksempel en månedlig dag for kinestetisk trening på sykehjemmet med kinesiske eksperter som kan delta i diskusjoner og dele erfaringer med pleierne på tvers av avdelinger.		
Erfaringer knyttet til spredning:	Hvordan tiltaket ble spredt: Ikke beskrevet Utfordringer: Ikke beskrevet Anbefalinger: Ikke beskrevet		
Forfatter: Hausken et al. (26)	Type dokument: Forskningsartikkel	Type studie: Enkeltstudie	Populasjon: Eldre med diabetes
Utgivelsesår: 2013	Type tiltak: Omsorg og behandling	Metode: kvalitativ	Varighet: 10 måneder
Land: Norge	Nivå: Kommunehelsetjenesten	Relevant for tema: Arbeidsmiljø og kompetanse	
Intervensjon/ prosjekt/ tiltak:	Intervensjon: Et opplæringsprogram i diabetesbehandling for pleiere i sykehjem og kommunale hjemmebaserte tjenester. Tre hovedprinsipper ble lagt vekt på i utviklingen av programmet: økt faglig autoritet, forbedre kommunikasjon innen yrker og nivåer av omsorg, og refleksjoner basert på erfaring med pasienter og opplevde utfordringer i klinisk praksis. Deltakere beskrev økt kompetanse innen : faglig oppdatering, erfaringsutveksling, faglig selvtilit, deling av kunnskap og personlig utvikling. Videre rapporterte deltakerne tillit knyttet til bevisbasert praksisferdighet og kunnskap, og gir høy kvalitet på sykepleie.		

	Relevante resultatmål: (1) å beskrive utvikling og implementering av et opplæringsprogram i diabetesbehandling og ledelse for sykepleiere og pleiehjelpere i sykehjem og kommunale hjemme-baserte tjenester; og (2) rapportere om evaluering av programmet og erfaringer fra de som deltok.
Erfaringer knyttet til implementering:	Hvordan tiltaket ble implementert: Alle deltakerne ble invitert til å delta på en tverrfaglig diabeteskonferanse (arrangert lokalt hvert annet år). Denne konferansen tillot deltakerne å bli introdusert til det bredere profesjonelle nettverket av diabetesklinikere og forskere i Vest-Norge. Deretter ble de invitert til å delta i det strukturerte opplæringsprogrammet som ble gjennomført i løpet av de neste 10 månedene. Dette programmet inneholdt syv spesialiserte sykepleierledede treningsøkter: fem om våren og to i løpet av høsten, hver varig tre timer. Leger, diabetes sykepleier spesialister, geriatrisk sykepleier spesialister, kliniske ernæringsfysiologer og podiatriste fra spesialisthelsetjenesten delte sine kompetanser på utvalgte emner og lettet diskusjoner om spesifikke utfordringer deltakerne møtte i sin kliniske praksis. Utfordring: Ikke beskrevet Anbefalinger: Anbefalinger var at lederne må oppmuntre de ansatte til å delta ved å ta hensyn til kveldsskift, rushtid og henting av barn i barnehagen i planlegging av opplæringen. Opplæringen bør bruke case-studier for å skape engasjement
Erfaringer knyttet til spredning:	Hvordan tiltaket ble spredt: ikke beskrevet Utfordringer: Ikke beskrevet Anbefalinger: Ikke beskrevet

Arbeidsmiljø og kompetanse – grå litteratur

Forfatter: Leirvik (24)	Type dokument: Forskningsartikkel	Type studie: Enkeltstudie	Populasjon: Pasienter i sykehjem
Utgivelsesår: 2016	Type tiltak: Omsorg og behandling	Metode: Aksjonsforskning	Varighet:
Land: Norge	Nivå: Kommunehelsetjenesten	Relevant for tema: Arbeidsmiljø og kompetanse	
Intervensjon/prosjekt/tiltak:	Intervensjon: Nettverksgrupper for å forbedre kvaliteten på sykepleien til pasienter i sykehjem innen området mat, måltider og ernæring. Relevante resultatmål: Økt kompetanse hos sykepleiepersonalet og sykepleierstudentene i å arbeide kunnskapsbasert.		
Erfaringer knyttet til implementering:	Hvordan tiltaket ble implementert: Deltakerne i nettverksgruppene hadde roller som endringsagenter ved sine sykehjem/avdelinger. Viktige oppgaver var å skape engasjement og å involvere det øvrige sykepleiepersonalet i utviklingsprosessen. Nettverksgruppene hadde jevnlig møter for å utveksle erfaringer, og for å støtte og utfordre hverandre i prosessen. Trinn: (1) Refleksjon over egen praksis. (2) Utviklingsområdene formulert som spørsmål. (3) Søk etter forskningsbasert kunnskap. (4) Resultatene ble presentert ved de respektive sykehjemsavdelinger. (5) Det ble besluttet hvordan endringsarbeidet lokalt skulle legges opp, og konkrete tiltak ble iverksatt. Evalueringstiltak ble gjennomført underveis i prosjektperioden. Data ble samlet inn fortløpende og tilbakeført nettverksgruppene gjennom sammenfatninger utarbeidet av sentral prosjektleder. I trinn 6 inngikk midtveisevaluering, og en summativ evaluering ble gjennomført ved prosjektslutt. Utfordring: Manglende kultur for endring og utvikling i organisasjonen. Å lykkes med å etablere og bevare et fagutviklende miljø forutsetter gode ramme- og arbeidsvilkår i form av tilstrekkelig grunnbemanning og motivasjon, både i ledelsen og i personalet. Personalets motivasjon og interesse i vårt prosjekt syntes å samsvare med hvorvidt nærmeste leder var engasjert i prosjektet, eller ikke. Anbefalinger: Å skape refleksjon i det daglige arbeidet, for eksempel med utgangspunkt i de nasjonale retningslinjene, ble ansett som mest verdifullt for å involvere og skape engasjement blant øvrige ansatte. Helsepersonellets evne og vilje til å stille kritiske spørsmål til egen praksis er en forutsetning for å lykkes med kvalitetsarbeid, hvor kontinuerlig evaluering er utgangspunktet for en reflektert og faglig oppdatert praksis.		
Erfaringer knyttet til spredning:	Hvordan tiltaket ble spredt: Ikke beskrevet Utfordringer: Ikke beskrevet Anbefalinger: Ikke beskrevet		
Forfatter: Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester Vestfold (17)	Type dokument: Rapport	Type studie: Oppsummering	Populasjon: Multisyke eldre
Utgivelsesår: 2014	Type tiltak: Omsorg og behandling	Metode: beskrivelser av erfaringer	Varighet av intervensjon: 2011-2013
Land: Norge	Nivå: Kommunehelsetjenesten	Relevant for tema: Arbeidsmiljø og kompetanse	
Intervensjon/prosjekt/tiltak:	Intervensjon: Opplæring og samhandling i faste møter mellom fastleger og hjemmetjenesten for kvalitetssikring av oppfølging av helsetilstand og legemiddelbehandling. Prosjektet inkluderte videreutvikling av en modell for implementering		

	og kvalitetssikring av medikamentell behandling og vurdering av helsetilstand i primærhelsetjeneste. Styrking av samarbeid ved gjennomføring av faste møter mellom kontaktsykepleier og fastlege med gjennomgang av medisinalister og helsetilstand, og planlegging for videre behandling og oppfølging. Tiltak for å heve den geriatriske vurderingskompetansen hos kommunens pleiepersonell, samt tilrettelegging for bedre elektronisk samhandling mellom fastleger og hjemmetjenesten inngikk også i prosjektets målsetting.		
Erfaringer knyttet til implementering:	Hvordan tiltaket ble implementert: Ikke beskrevet Utfordringer: Planlegging, gjennomføring og dokumentasjon av møtene opplevdes tidkrevende i oppstarten. Anbefalinger: For å styrke forankringen ut i avdelingene ble det dannet en ressursgruppe fra hver avdeling. Gruppen møtte prosjektledelsen hver 1-2 måned og spilte en avgjørende rolle både i utformingen, implementeringen og oppfølgingen av prosjektet. Obligatorisk kurs i geriatrisk vurderingskompetanse ble gjennomført for å øke den generelle kompetansen og tilrettelegge for bedre samarbeid med fastlegene. Evalueringen konkluderer med at kursene bør repeteres med jevne mellomrom og ordningen med månedens tema beholdes		
Erfaringer knyttet til spredning:	Hvordan tiltaket ble spredd: Ikke beskrevet Utfordringer: Ikke beskrevet Anbefalinger: Ikke beskrevet		
Forfatter: Uppsala kommune (27)	Type dokument: Rapport	Type studie: Oppsummering	Populasjon: Eldre i kommune, hjemmeboende og institusjonsboende
Utgivelsesår: 2014	Type tiltak: Omsorg og behandling	Metode: ikke beskrevet	Varighet av intervensjon: Ikke beskrevet
Land: Sverige	Nivå: Kommunehelsetjenesten	Relevant for tema: Arbeidsmiljø og kompetanse	
Intervensjon/prosjekt/ tiltak:	Intervensjon: Implementering av nasjonalt verdigrunnlag i aldreomsorgen og lokale verdighetsgarantier.		
Erfaringer knyttet til implementering:	Utfordringer: Vanskelig å få forståelse for at verdigrunnlagsspørsmålene må få plass når det er så mye annet som får oppmerksomhet og som samtidig har en naturlig prioritering. Anbefalinger: Arbeidet med grunnlagsverdi-spørsmål og verdighetsgaranti må ta tid. Mange ledd og nivåer må engasjeres. For å lykkes må organisasjonene forstå at verdigrunnlaget er en del av hver organisasjons kjerneprosess. Det er derfor motstridende å jobbe i prosjekt. En mulig fremmede faktor kan være at en i stedet jobber med en integreringsmodell der utviklingen skjer gjennom det ordinære linjearbeidet med nærmeste sjef som ansvarlig. Arbeidet holdes «levende» fordi det stadig kommer nye brukere og personale. Garantier som skal innføres må forankres og informeres om i alle grupper og nivåer. Kunnskap om implementeringens ulike faser og fallgruver, samt verdibasert arbeidsmåte og lederskap er viktig for å lykkes. For å stadig være bevisst om de etiske dilemmaene som personalet daglig står over for trengs det «verdigrunnlagsledere». Verdigrunnlagsledere benyttes svært ulikt, men bør ses på som sjefens forlengede arm i arbeidet, og ikke som en erstatter. De skal tydeliggjøre den røde tråden fra krav og etiske koder til gjennomføring.		
Erfaringer knyttet til spredning:	Hvordan tiltaket ble spredd: Ikke beskrevet Utfordringer: Ikke beskrevet Anbefalinger: Ikke beskrevet		

Pasientforløp

Forfatter: Ingber et al. (29)	Type dokument: Forskningsartikkel	Type studie: Enkelt studie	Populasjon: Sykehjemspasienter
Utgivelsesår: 2017	Type tiltak: Omsorg og behandling	Metode: Kvantitativ og kvalitativ	Varighet: 3,5 år
Land: USA	Nivå: Kommunehelsetjenesten	Relevant for tema: Pasientforløp	
Intervensjon/prosjekt/ tiltak:	Intervensjon: Innleie av sykepleiere fra private byråer som satte i verk evidensbaserte kliniske og pedagogiske tiltak for å redusere unødvendig sykehusinnleggelse fra sykehjem. Relevante resultatmål: erfaringer fra implementering		
Erfaringer knyttet til implementering:	Hvordan tiltaket ble implementert: Organisasjoner spesialisert i omsorg og koordinering (ECCP) ble brukt til å designe og implementere intervensjoner for å nå målet om reduksjon i unødvendig sykehusinnleggelser. Disse brukte egne sykepleiere i fulltid eller deltid for støtte sykehjemmene i å gi omsorg og behandling slik at sykehusinnleggelse ikke ble nødvendig. Utfordringer: Å bygge relasjoner mellom ECCP-sykepleiere og ansatte i sykehjemmene og mellom ECCP-sykepleiere og primærhelsetjenesteleverandører. ECCP-sykepleiere rapporterte at de viet mye tid og energi til disse relasjonene og arbeidet for å bli akseptert av de ansatte. Stor turnover blant personalet. Mangelfull støtte til ECCP-sykepleierne fra noen av legene Ledelsen i sykehjemmene indikerte at det tar betydelig mengde tid å introdusere, sette i verk og vedlikeholde et		

	initiativ av denne størrelsen. Modellene krevde grunnleggende kulturelle endringer innen sykepleie som tok år å komme fram til. Anbefalinger: Det kreves innsats fra ledelse, ansatte på alle nivå, eiere og pårørende for å få til store endringer i rutiner og kultur. Dette innebærer å akseptere konkrete endringer som at ECCP sykepleierne fikk tilgang til det elektroniske dokumentasjonssystemet og å ta i bruk nye rutiner og verktøy.
Erfaringer knyttet til spredning:	Hvordan tiltaket ble spredt: Ikke beskrevet Utfordringer: Ikke beskrevet Anbefalinger: Ikke beskrevet

Pasientforløp - grå litteratur:

Ingen dokumenter

Aktivitet og felleskap

Ingen studier fra det internasjonale søket

Aktivitet og fellesskap – grå litteratur

Forfatter: Jørgensen et al.(28)	Type dokument: Masteroppgave	Type studie: Empirisk studie	Populasjon: Sykehjemspasienter
Utgivelsesår: 2011	Type tiltak: Omsorg og behandling	Metode: Kvalitativ	
Land: Danmark	Nivå: Kommunehelsetjenesten	Relevant for tema: Aktivitet og fellesskap	
Intervensjon/prosjekt/tiltak:	Intervensjon: Implementering av sansehage ved et sykehjem for eldre med demens Relevante resultatmål: 1. Hvordan er implementeringen av en sansehage på sykehjemmet utført? 2. Hvilke forhold i implementeringen har virket fremmende og hemmende på sykehjemmets bruk av sansehager i hverdagen, og på hvilken måte? 3 a) Hvilke forslag kan med utgangspunkt i erfaringer fra implementeringer gis for å fremme at fremme bruken av sansehager? 3 b) Hvilke forslag kan, med utgangspunkt i erfaringene med implementeringen av denne spesifikke sansehagen, gis generelt for å fremme suksessfull implementering av helsebringende utemiljøer i tilknytning til en offentlig institusjon?		
Erfaringer knyttet til implementering:	Hvordan tiltaket ble implementert: Ikke beskrevet Utfordringer: Den kommunale organisasjon og administrasjon manglet informasjon. I design- og anleggelses-fasen ble personalet minimalt inkludert. Uklar ansvarsfordeling og beslutningstaking om ansvaret for vedlikehold gjør at hagen forfaller og personalet blir frustrert. Dert var ikke samarbeid med kommunens gartnere. Samarbeid mellom det administrative nivå og sykehjemmets ledelse. Personalet involveres ikke, heller ikke når det dreier seg om planlegging av utdannelses tilbud til personalet. Det gir opplevelsen av at tingene foregår over hodet på dem og skaper en vis motstand mod tilbudene. Medarbeidere mangler motivasjon til å bruke hagen til «nye» terapeutisk rettede aktiviteter. Medarbeidere savner blant annet kunnskap om hagebruk, hageaktiviteter fra personer med demens og kunnskap om utemiljøets påvirkning på mennesker. Det er ikke tradisjon for at medarbeidere selv skaper forandringer i institusjonen. Institusjonelle Medarbeiderne involveres ikke i planlegging av undervisning og tiltak, som har til hensikt å skulle inspirere. Begrensede personalressurser, pleiekultur og rutiner, forhindrer nye initiativer. Ledelsen legger opp til at personalet selv er idémakere og initiativtagere når det gjelder å ta i bruk hagen. Målttede ledelsesredskaper benyttes ikke til å fremme motivasjon og attityde, eller til oppgjør med gamle vaner og rutiner. Der er ikke tradisjon for at institusjonen samarbeider med gartnerne om vedlikeholdelsen. Det finnes ingen aktivitetsplaner som involverer sansehagen. Barrierer i de fysiske omgivelser som stisystemer, negative distraksjoner i utemiljøet. Beboerne har svært ulike behov når de er ute. Beboerne er generelt meget skrøpelige, og der er risiko for fall. Beboerne mangler ofte nødvendig yttertøy og sko til uteliv. Anbefalinger: Utarbeide skriftlig og elektronisk informasjonsmateriale, inkludert hjemmesider.		
Erfaringer knyttet til spredning:	Hvordan tiltaket ble spredt: Ikke beskrevet Utfordringer: Ikke beskrevet Anbefalinger: Ikke beskrevet		

Rehabilitering

Aktivitet og felleskap – kun grå litteratur

Forfatter: Bjuvs kommun (30)	Type dokument: Rapport	Type studie: Oppsummering	Populasjon: Beboere på sykehjem
Utgivelsesår: 2014	Type tiltak: Rehabilitering	Relevant for tema: Aktivitet og felleskap	Varighet av intervensjon: Ikke beskrevet
Land: Sverige	Nivå: Kommunehelsetjenesten		
Intervensjon/prosjekt/tiltak:	Intervensjon: En metode for rehabilitering og friskvern (RGRM). RGRM bygger på rytme, glede, bevegelse og musikk. Metoden er multisensorisk dvs. flere sanser benyttes og dermed engasjeres flere deler av hjernen. Relevante resultatmål: Erfaringer med implementering		
Erfaringer knyttet til implementering:	Hvordan tiltaket ble implementert Forelesning for personalet om RGRM, åtte ukers RGRM-trening én gang i uken, for eldre og personalet, og deretter oppfølging og utdanning av personalet. Utfordringer: Problemer med tilgjengelighet og kunnskap om teknikk for å vise bildene i RGRM. Å komme i gang med arbeidet med metoden etter opplæring og fortsette med regelmessig arbeid med den i virksomheten. Å arbeide med RGRM er en ytterligere arbeidsoppgave for personalet. Spesielt for ny RGRM-ledere krever det tid, energi, kreativitet og kanskje også mot. Faktorer som motivasjon, personlige egenskaper og erfaring med for eksempel musikk og lederrolle, klima og holdninger på arbeidsplassen, støtte fra leder/arbeidskollegaer, påvirker. Vansker med å nå ut med informasjon tydelig nok. Anbefalinger: Innkjøp av tekniske hjelpemidler som trengs. Aktiviteten må planlegges og legges inn i skjemaet og skrives inn i rutineperm, dagbok el på avdelingen. En del beboerne kan ha faste tider for RGRM i uken. Fungerer best med regelmessighet. Enhetslederne har stimulert til økt kontakt mellom personalet og ledere rundt planlegging og prioritering av tid. Flere har ønsket mer støtte av leder. Behov for tydelig, tilbakevendende informasjon og kontinuerlig kommunikasjon. Et salutogent menneskesyn er en forutsetning for å lykkes. Viktig med kommunikasjon og delaktighet på alle nivåer. En engasjert leder som støtter, pusher og arbeider for å gjøre det tillatt å prioritere aktiviteten øker forutsetningen for å lykkes.		
Erfaringer knyttet til spredning:	Hvordan tiltaket ble spredt: Ikke beskrevet Utfordringer: Ikke beskrevet Anbefalinger: Ikke beskrevet		

Tannhelsetjenesten

Forfatter: Weening-Verbeen et.al., (31)	Type dokument: Forskningslitteratur	Type studie: Oversiktsstudie	Populasjon: Eldre i sykehjem
Utgivelsesår: 2013	Type tiltak: Forebyggende og helsefremmende	Metode: Systematisk litteratur gjennomgang	Varighet: Varierende
Land: Nederland	Nivå: Tannhelsetjenesten	Relevant for tema: Arbeidsmiljø og kompetanse	Nivå: Kommunehelsetjenesten
Intervensjon/prosjekt/tiltak:	Intervensjon: implementering av strategier for å fremme eller bedre tannhelse Relevante resultatmål: Beskrive implementeringsstrategier som brukes til å fremme eller forbedre munnhygiene for eldre i langtidsomsorgsfasiliteter		
Erfaringer knyttet til implementering:	Hvordan tiltaket ble implementert: Opplæringen varierte fra 90 minutter til fire økter på en time hver. Utfordring: Strategier som forbedrer kunnskap forbedrer ikke nødvendigvis munnhelsen hos pasientene. Munnstell har lav prioritet hos sykepleiere. Mangel på utstyr. Klienter som ikke er samarbeidsvillige. Anbefalinger: Gi generell informasjon. Tro på at en klarer det. Skaffe utstyr og legge til rette for å bruke det. Kontinuerlig profesjonell støtte		
Erfaringer knyttet til spredning:	Hvordan tiltaket ble spredt: Ikke beskrevet Utfordringer: Ikke beskrevet Anbefalinger: Ikke beskrevet		

Ingen studier/dokumenter fra grå litteratur

SPREDNING

Forebyggende

Helsehjelp

Forfatter: Førland et al.(32)	Type dokument: Forskningsartikkel	Type studie: Enkeltstudie	Populasjon: Eldre
Utgivelsesår: 2015	Type tiltak: Forebyggende	Metode: Kvantitativ og kvalitativ	Varighet av intervensjon: Ikke beskrevet
Land: Norge	Nivå: Kommunehelsetjenesten	Relevant for tema: Helsehjelp	
Intervensjon/prosjekt/tiltak:	Intervensjon: Forebyggende hjemmebesøk til eldre (FHB) med samtaler om helse, fysisk og sosial aktivitet, fallforebygging, ernæring, boforhold og informasjon om kommunale tjenester. Relevante resultatomål: Hvordan tilbudet sprer seg i en kommune-kontekst, hvilke strukturelle forhold og prosesser som påvirker spredning i kommuner.		
Erfaringer knyttet til implementering	Hvordan tiltaket ble implementert: Ikke beskrevet Anbefalinger: Ikke beskrevet		
Erfaringer knyttet til spredning	Utfordringer: Ikke beskrevet Anbefalinger Det er behov for mer autoritativt veiledningsmaterieell og opplæringsopplegg, flere kommuner har etterlyst slikt materieell. Det bør skaffes til veie forskningsmessig evidens for tiltakets effekt på helse, dødelighet og helsetjenesteforbruk. Mye tyder på at disse faktorene vil ha betydning for spredning framover: smitteeffekt mellom nærliggende kommuner nedenifra (dette ser ut til å ha hatt større betydning enn sentrale overordnede direktiver), statlige føringer (i denne sammenheng samhandlingsreformen). Kjennskapen til kommuner som hadde startet opp tiltaket og inspirasjon fra engasjerte fagpersoner med FHB-erfaring. Norske kommuner som har igangsatt tiltaket gir overveiende grad uttrykk for positive erfaringer. Politikere er blitt inspirert av nye ideer fra andre land, noe som kan ha gjort at politiske partier har fått en positiv oppfatning av FHB, med henvisning til og inspirasjon fra Danmark og Sverige. Oppsøkende hjemmebesøk til eldre er blitt vektlagt i regjeringens politiske plattform.		
Forfatter: Day et al.,(5)	Type dokument: Forskningsartikkel	Type studie: Enkeltstudie	Populasjon: Hjemmeboende
Utgivelsesår: 2016	Relevant for tema: Helsehjelp	Metode: Kvalitativ	Varighet av intervensjon: 15 uker
Land: Australia	Nivå: Kommunehelsetjenesten	Type tiltak: Forebyggende	
Intervensjon/prosjekt/tiltak:	Intervensjon: Fallforebygging for hjemmeboende Relevante resultatomål: Erfaringene knyttet til faktorene i Rogers teori om spredning av innovasjoner (1).		
Erfaringer knyttet til implementering:	Se tabell for implementering.		
Erfaringer knyttet til spredning	Hvordan tiltaket ble spredt: Ikke beskrevet Utfordringer: Ikke beskrevet Anbefaling: I denne studien hadde departementet invitert aktører til å søke om midler til å implementere intervensjonen. Denne type innovasjon og program må implementeres i en bred system- og samfunnsmessig sammenheng. Egenskaper ved systemet, konteksten og tiltaket/ innovasjonen og interaksjonen mellom disse er avgjørende for om implementeringen blir vellykket.		
Forfatter: Gladman et al. (22)	Type dokument: Akademisk fagartikkel	Type studie: Enkeltstudie	Populasjon: Eldre i sykehus
Utgivelsesår: 2016	Type tiltak: Omsorg og behandling	Metode: Litteraturgjennomgang	Varighet av intervensjon: Ikke beskrevet
Land: UK	Nivå: Spesialisthelsetjenesten og Kommunehelsetjenesten	Relevant for tema: Helsehjelp	
Intervensjon/prosjekt/tiltak:	Intervensjon: Implementering av bred geriatrisk vurdering (BGV) i spesialist- og kommunehelsetjenesten. BGV er en systematisk undersøkelse av fysisk funksjon, komorbiditet, polyfarmasi, kognisjon, ernæring, sosialt nettverk, og psykisk helse. Basert på en slik bred geriatrisk vurdering, kategoriseres pasientens helse som enten robust, intermedier eller skrøpelig.		

	Relevante resultatmål: Hvordan forskere og klinikere kan samarbeide for å koble det solide teoretiske evidensgrunnlaget for BGV til praksis
Erfaringer knyttet til implementering:	Se tabell for implementering
Erfaringer knyttet til spredning:	Hvordan tiltaket ble spredt: Ikke beskrevet Utfordringer Reorganisering rundt prinsippene for BGV er en utfordring i systemer som har en struktur som er basert på en medisinsk diagnostisk modell for enkeltproblem-løsning. De fleste kodingssystemer er ikke laget for å kode kompleksitet eller skrøpeligheit på en enkel og presis måte. Refusjonssystemer er heller ikke fordelaktige for kompleksitet. Mange eldre vil helst ikke bruke tjenester for eldre fordi de tror slike tjenester er annenrangs. Anbefalinger Det trengs en bedre forståelse for hva BGV er og kunnskap om evidensgrunnlaget. Dette krever innsats i utdanningen på flere nivå på tvers av helse- og omsorgsdisipliner. Det ble anbefalt å ha en person som tok på seg å overføre kunnskap og informasjon mellom organisasjoner. Kliniske akademikere som arbeider både som helsearbeidere og forskere kan ofte ha en slik rolle: som forskere kan de utføre og være en del av forskningsprosessen og som klinikere kan de være en del av prosessen med å implementere forskningsresultatene. Det burde informeres om at BGV er en behandling som er fordelaktig for eldre. Tjenestene må være godt tilpasset brukerne de er ment for. De eldre og de som representerer dem må involveres i etableringen og ha oversikt over tjenestene for å sikre at de er akseptable for brukerne.

Aktivitet og fellesskap

Forfatter: Konsmo et al.(11)	Type dokument: Notat	Type studie: Oppsummering	Populasjon: Hjemmeboende
Utgivelsesår: 2015	Type tiltak: Forebyggende og helsefremmende	Metode: Kvalitativ og kvantitativt	Varighet av intervensjon:
Land: Norge	Nivå: Kommunehelsetjeneste	Relevant for tema: Aktivitet og fellesskap	
Intervensjon/prosjekt/tiltak	Intervensjon: Å engasjere pensjonister i å styrke egen helse og livsglede gjennom livskafeer. På Livskafeene arbeider deltakerne med sine individuelle prosesser i grupper, noe som styrker endringsarbeidet. Øvelsene i oppmerksomt nærvær fremmer en vennlig oppmerksomhet på det som er nå uten å dømme. Dette er et godt utgangspunkt for endring. Tilnærmingen anerkjenner at den enkelte er ekspert på sitt eget liv.		
Erfaringer knyttet til spredning	Anbefalinger: Helsefremmende satsing bør foregå på tvers av etater og frivillig sektor for at kommunene skal lykkes. Eldresentrene kan utvikles til «morgendagens aktivitetssenter» for i større grad å kunne løfte folkehelsen blant større deler av den eldre befolkningen. Innføring av et helsefremmende konsept i kommunene styrkes dersom et nasjonalt/regionalt nivå hjelper dem i gang og bidrar til kunnskapsutvikling, formidling og spredning av de nye løsningene.		