DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 15

(2017–2018)

Melding til Stortinget

Leve hele livet

En kvalitetsreform for eldre



Innhold

1 Sammendrag 7
1.1 Mål og målgruppe 10
1.2 Innsatsområder 10
1.3 Gjennomføring og virkemidler 10
1.4 Nasjonalt program for et aldersvennlig Norge 12
1.5 Aktivitet og fellesskap 13
1.6 Mat og måltider 17
1.7 Helsehjelp 21
1.8 Sammenheng 24
1.9 Fundamentet for reformen 28

2 Aldring og eldre – helse og velferd 31
2.1 Aldring og alderdom 31
2.2 Eldres levekår og helse 32
2.3 Eldres bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester 37
2.4 Eldres bruk av spesialisthelsetjenester 39
2.5 Morgendagens eldre og framtidas helse- og omsorgstjenester 40
2.5.1 Demografiske endringer 40
2.5.2 Framskrivninger av de kommunale omsorgstjenestene 43
2.5.3 Framskrivninger av samlet behov for sysselsatte i helse og omsorg .. 45
2.6 Pårørendeomsorg – og omsorg for pårørende 46
2.7 Sivilsamfunn og frivillighet 47
2.8 Uønsket variasjon eller nødvendig mangfold 48
2.8.1 Ulikhet i tjenestetilbud til yngre og eldre 48
2.8.2 Ulik tjenesteprofil 50
2.8.3 Reinnleggelser av eldre i sykehus 52
2.9 Aldring og framtidig bærekraft 53

3 Grunnlaget for reformen 57
3.1 Meldinger til Stortinget 57
3.1.1 Folkehelsemeldingen 57
3.1.2 Legemiddelmeldingen 57
3.1.3 Primærhelsetjenestemeldingen 58
3.1.4 Kvalitet- og pasientsikkerhetsmeldingen 58
3.1.5 Meldingen om Nasjonal helse- og sykehusplan 58
3.2 Omsorg 2020 59
3.2.1 Investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser 59
3.2.2 Forsøk med statlig finansiering 59
3.2.3 Nasjonalt velferdsteknologiprogram 59
3.2.4 Demensplan 2020 61
3.2.5 Program for en aktiv og framtidsrettet pårørendepolitikk 61
3.2.6 Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet 61
3.2.7 Andre tiltak 61
3.3 Utdanning og forskning 62
3.3.1 Kompetanseløft 2020 62
3.3.2 Forskning og innovasjon 63
3.4 Andre handlingsplaner og strategier 64
3.4.1 Opptrappingsplan for rusfeltet 2016–2020 64
3.4.2 Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017–2019 64
3.4.3 Strategi for god psykisk helse 2017–2022 64
3.4.4 Opptrappingsplan mot vold og overgrep 2017–2021 64
3.4.5 Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold 2017–2021 64
3.4.6 Strategi for seksuell helse 2017–2022 65
3.4.7 Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade 65
3.5 Meldinger og planer på andre departementers områder 65
3.6 Behov for reform 66

4 Et aldersvennlig Norge 69
4.1 Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn 70
4.2 Aldersvennlige byer og lokalsamfunn 70
4.3 Nasjonalt program for et aldersvennlig Norge 72
4.3.1 Planlegg for egen alderdom 72
4.3.2 Eldrestyrt planlegging 74
4.3.3 Nasjonalt nettverk 74
4.3.4 Partnerskapsordning 75
4.3.5 Seniorressursen 76

5 Aktivitet og fellesskap 79
5.1 Gode øyeblikk 84
5.2 Tro og liv 88
5.3 Generasjonsmøter 90
5.4 Samfunnskontakt 94
5.5 Sambruk og samlokalisering i nærmiljøet 97

6 **Mat og måltider** 103
6.1 Det gode måltidet 107
6.2 Måltidstidstider 110
6.3 Valgfrihet og variasjon 111
6.4 Systematisk ernæringsarbeid 113
6.5 Kjøkken og kompetanse lokalt 116

7 **Helsehjelp** 121
7.1 Hverdagsmestring 126
7.2 Proaktive tjenester 130
7.3 Målrettet bruk av fysisk trening ... 132
7.4 Miljøbehandling 136
7.5 Systematisk kartlegging og oppfølging 138

8 **Sammenheng** 145
8.1 Den enkeltes behov 149
8.2 Avlastning og støtte til pårørende 151
8.3 Færre å forholde seg til og økt kontinuitet 154
8.4 Mykere overgang mellom hjem og sykehjem 158
8.5 Planlagte overganger mellom kommuner og sykehus 160

9 **Plan og gjennomføring** 167
9.1 Reformstart, tidsplan og virkemidler for gjennomføring 168
9.2 Verktøy og metoder 170
9.3 Måling, evaluering og rapportering 171
9.4 Opplæringspakke – Leve hele livet 173

10 **Økonomiske og administrative konsekvenser** 175

Referanser 176

DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 15

(2017–2018)

Melding til Stortinget

Leve hele livet

En kvalitetsreform for eldre

Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 4. mai 2018,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Solberg)



Figur 1.1

1 Sammendrag

De fleste eldre i Norge lever gode liv. De former sin egen hverdag. De er aktive og deltar i sosiale fellesskap. De får gode helse- og omsorgstjenester når det trengs. De bidrar med sine ressurser i jobb, for familie og venner eller i nærmiljøet, og det blir verdsatt.

Alle eldre bør fortsatte å ha disse gode hverdagene, også når helsa etter hvert kan svikte og det offentlige må trå til med et omsorgstilbud.

Ute i lokalsamfunnene finnes det gode løsninger som sikrer dette. Men mange av de gode løsningene blir tatt i bruk av for få kommuner og for tilfeldig. Derfor blir ikke tilbudet godt nok og kvaliteten på tjenestene til eldre varierer for mye.

Reformen Leve hele livet består av 25 konkrete og utprøvde løsninger på områder hvor vi vet at det for ofte svikter i tilbudet til eldre i dag:

- et aldersvennlig Norge
- aktivitet og fellesskap
- mat og måltider
- helsehjelp
- sammenheng i tjenestene

Reformen bygger på hva ansatte, eldre, pårørende, frivillige, forskere og ledere har sett fungerer i praksis. Hva som løfter kvaliteten på tjenestene og bidrar til trygg, verdig alderdom. Et eksempel er at alle eldre bør ha tilbud om minst en times aktivitet hver dag med bakgrunn i egne interesser og ønsker. Et annet er at helse- og omsorgstjenesten kan opprette en funksjon som samfunnskontakt for å mobilisere til frivillig innsats. Et tredje er at eldre bør få større mulighet til å velge hva de vil spise og dele et godt måltid med andre.

Regjeringen har reist landet rundt for å finne de gode tiltakene. Det er arrangert dialogmøter for å få råd og innspill. Hundrevis av eksempler på gode lokale tjenester og tilbud er mottatt. Alle innspillene er vurdert, og sammen med ny forskning danner de grunnlaget for reformen. Reformen legger opp til at eldre skal få brukt ressursene sine og dekket behovene sine i de ulike fasene av alderdommen. Det handler om å skape et mer aldersvennlig samfunn der eldre kan leve gode liv og delta i fellesskapet.

Regjeringen legger opp til en prosess hvor kommunestyrene behandler og vedtar hvordan reformens løsninger kan innføres. Når dette er gjort, og kommunene har beskrevet hvordan de vil utforme løsningene, starter arbeidet med å gjennomføre reformen. Kommuner som omstiller seg i tråd med reformen vil prioriteres innenfor relevante eksisterende og eventuelle nye øremerkede ordninger. Reformperioden vil starte 1. januar 2019 og vare i fem år med ulike faser for planlegging, gjennomføring og evaluering.

Det beste er at kommuner lærer av hverandre og inspirerer hverandre. For å gjøre det enda raskere og sikre at løsningene spres i hele landet, blir satt i system og kan tas i bruk av alle kommuner, vil regjeringen etablere et nasjonalt og regionalt støtteapparat for reformperioden. Støtteapparatet skal veilede og bistå kommunene med å planlegge, utforme og gjennomføre reformen lokalt. Alle kommunene vil bli invitert til å delta i læringsnettverk for å dele erfaringer og lære av hverandre.

Med Leve hele livet har en regjering for første gang samlet og systematisert arbeidet i noen av de kommunene som har funnet nye og bedre løsninger i tilbudet til eldre. Sammen med allerede igangsatte og gjennomførte satsinger og tiltak, signaliserer regjeringen gjennom Leve hele livet en ny og bærekraftig politikk som skal sikre alle innbyggere en god og trygg alderdom. Det innebærer både bedre tjenester og tilbud, men også et samfunn der eldre får brukt sine ressurser.

Tidligere reformer har ofte handlet om systemer. Leve hele livet handler om mennesker. Det som er viktigst i livet. Fellesskap, aktivitet, god mat og helsehjelp. Med Leve hele livet skal eldre få mulighet til å mestre eget liv der de bor, hele livet.

Boks 1.1 Mellom to helsekonferanser skapes en reform

Dørene ble åpnet for Helsekonferansen 2017 i regi av Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet. Det strømmet på med deltakere fra hele landet. I gangen foran konferansesalen ble det servert en liten matbit. Rundt bord og i grupper fant 750 eldre, fagfolk, pårørende, ledere, representanter for frivillige organisasjoner og andre samfunnsaktører sammen. Det summet godt i gangen, og engasjementet var stort allerede før konferansen startet.

Den årlige Helsekonferansen er en viktig møteplass. Årets konferanse skulle bli startskuddet for å skape Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre.

Helse- og omsorgsminister Bent Høie åpnet konferansen med å fortelle om reformen som skal omhandle de grunnleggende tingene som oftest svikter i tilbudet til eldre: Mat, aktivitet og felleskap, helsehjelp og sammenheng i tjenestene:

- *Hvis vi sørger for aktiviteter og fellesskap for eldre i lokalsamfunnet, gjør vi ikke bare livet bedre og mer meningsfullt for mange. Vi forebygger en rekke helseplager også, både fysiske og psykiske. Derfor er aktivitet og fellesskap en viktig del av den nye reformen for eldre*
- *Eldre som får i seg nok mat og riktig mat, har det bedre og holder seg friske lenger. Derfor er god mat og gode måltider en viktig del av den nye reformen for eldre*
- *Tidlig innsats hindrer at sykdommer forverrer seg, og at helseplager vokser seg store og gjør det vanskelig å mestre hverdagen. Derfor er gode helsetjenester en viktig del av den nye reformen for eldre*
- *At tjenestene er mer sammenhengende og forutsigbare, er svært viktig både for dem som trenger hjelp, og for dem som er pårørende. Derfor er bedre sammenheng og kontinuitet en viktig del av den nye reformen for eldre*

Underveis i konferansen fikk deltakerne lytte til innlegg fra fagfolk og forskere, pårørende og brukere om temaene i Leve hele livet. Blant annet presenterte Kåre Reiten, leder av levekårsstyret i Stavanger kommune deres prosjekt Leve HELE LIVET:

> *«Når jeg så arbeidet med reformen, så var det noe jeg kjente igjen. Dette er prosjekt vi har hatt i Stavanger siden 2010. Det er et omstillingsprosjekt som vi begynte med for mange år siden, fordi vi så at vi måtte møte framtidas eldreomsorg på en annen måte enn å bare bevilge mer ressurser og bruke mer penger.»*

Kåre Reiten var opptatt av at man må starte tidlig i arbeidet med omstilling i kommunene for å møte de kommende utfordringene:

> *«For å endre kurs på skuta må vi ha framdriftsfart.»*

Erlend Eliassen, kjøkkensjef på Nygård sykehjem i Sandefjord kommune, fortalte om hvordan sykehjemsmat kan være god mat. I Nygårdmodellen står tilbakemeldinger fra brukerne sentralt. Det gjennomføres kostundersøkelser hver uke, og ernæringskontakter på avdelingene møtes ukentlig:

> *«Vi glemmer menneskene – det er den største feilen. Jeg må stadig overbevise andre om at menneskene faktisk er det viktigste.»*

Maurtuva Vekstgård i Inderøy kommune er et tilbud til hjemmeboende med demens og deres pårørende, som drives i samarbeid mellom Inderøy kommune og sosiale entreprenører, og tilbyr trivselstreff og pensjonistpensjonatet. Maurtuva Vekstgård skal gi god avlastning til pårørende, og være en plass hvor det er godt å være for de som har demens. Tilbudet ble presentert av Kjerstin Heggdal Grimstad og Ida Stene Tangstad:

- *God avlastning er avlastning med god samvittighet*
- *Målet med dagene er god mat og sosialt fellesskap, mestring og livsglede – de gylne øyeblikk som sitter og lagres i kroppen*
- *Utrolig hva man kan få til når man har en god porsjon egeninnsats og engasjement med hjelp fra sentrale aktører*

I pausene hadde deltakerne mulighet til å besøke standområdet og få eksempler på gode verktøy og løsninger.

Boks 1.1 forts.

På dag to entret statsminister Erna Solberg podiet:

> *«Vi har gjort mye for å forbedre tjenestene til eldre. Likevel svikter det for ofte med det aller viktigste i eldreomsorgen. Det gjør siste del av livet tyngre å mestre for mange eldre og deres pårørende. Det er dette som er bakgrunnen for at vi nå starter arbeidet med en reform for eldre.»*

Hun ble etterfulgt av finansminister Siv Jensen:

> *«Det er på tide å tenke nytt. Vi greier ikke å viske ut forskjellene i tjenestene til eldre på et skrivebord i et departement. Vi må snakke med dem som har skoene på. Det er ute i kommunene forskjellene oppstår. Det er der de gode løsningene også finnes.»*

Konferansen ble avsluttet med at helse- og omsorgsminister Bent Høie beskrev prosessen for det videre arbeidet med reformen:

> *«Vi vil legge fram rådene og innspillene vi får i form av en stortingsmelding våren 2018. Kommunene vil da ha fått noen konkrete satsingsområder og verktøy for å gjennomføre dette. Så bruker vi resten av 2018 på å forberede kommunene på reformen. Reformen skal iverksettes fra 2019.»*

Herfra startet arbeidet med å arrangere dialogmøter ulike steder i landet for å få innspill til løsninger og gode eksempler. Det ble gjennomført fem dialogmøter om reformens hovedtema:

- Mat, ernæring og måltidsfelleskap, Stavanger 30. mai 2017
- Helsehjelp for eldre, Bergen 20. juni 2017
- Aktivitet og felleskap, Bodø 31. august 2017
- Sammenheng, Hamar 26. september 2017
- Gjennomføring og spredning, Stjørdal 7. november 2017

Eldre og pårørende, ansatte og ledere i kommunene, frivillige, fagfolk og forskere ble invitert. Til sammen var det mer enn 400 som deltok på dialogmøtene. Tilbakemeldingen fra deltakerne var positive:

> *«Veldig kjekt å få være med å spille inn til en reform som skal skrives, og ikke er ferdigstilt.»*

Alle dialogmøtene er oppsummert i egne rapporter på regjeringen.no.

Ved siden av dialogmøtene ble alle oppfordret til å komme med innspill til reformen. Til sammen kom det inn flere hundre brev og e-poster fra eldre, pårørende, ansatte, kommuner, interesseorganisasjoner, fagmiljø og andre samfunnsaktører. Alle gode eksempler og innspill ble oppsummert og sammenstilt med nyere kunnskap og forskningsresultater som grunnlag for stortingsmeldingen. Helse- og omsorgsdepartementet innhentet syv rapporter som oppsummerer kunnskap og forskningsresultater:

- Mat og ernæring til eldre (1)
- Aktivitet og fellesskap for eldre (2)
- Overganger og brudd i pasientforløp for eldre (3)
- Spredning og implementering av gode tiltak for eldre (4)
- Pårørende til eldre (5)
- Kompetanseutvikling og forutsetninger for faglig gode arbeidsmiljø i kommunal helse- og omsorgstjenester til eldre (6)
- Helsehjelp til eldre (7)

Et års arbeid med å utforme reformen avsluttes på Helsekonferansen 2018. Her presenteres stortingsmeldingen om den nye reformen av eldre- og folkehelseminister Åse Michaelsen. Da går startskuddet for behandlingen av stortingsmeldingen og arbeidet med å sette kvalitetsreformen Leve hele livet ut i livet.

1.1 Mål og målgruppe

Reformen Leve hele livet skal bidra til:
- Flere gode leveår der eldre beholder god helse lenger, opplever at de har god livskvalitet, og at de i større grad mestrer eget liv, samtidig som de får den helsehjelpen de trenger når de har behov for den
- Pårørende som ikke blir utslitt, og som kan ha en jevn innsats for sine nærmeste
- Ansatte som opplever at de har et godt arbeidsmiljø, der de får brukt sin kompetanse og gjort en faglig god jobb

Målgruppen er eldre over 65 år, både de som bor hjemme og de som bor i institusjon. Dette er en målgruppe med ulike forutsetninger og store variasjoner i behov og ønsker.

Reformen er særlig rettet mot helse- og omsorgssektoren, men alle sektorer må bidra for å skape et mer aldersvennlig samfunn hvor eldre kan være aktive og selvstendige.

1.2 Innsatsområder

Leve hele livet har fem innsatsområder:
1. Et aldersvennlig Norge
2. Aktivitet og fellesskap
3. Mat og måltider
4. Helsehjelp
5. Sammenheng i tjenestene

På hvert av innsatsområdene legger reformen fram fem utfordringer og fem forslag til løsninger, som alle viser til lokale eksempler. Løsningene som legges fram i denne stortingsmeldingen, er forslag til endringer som kommunene kan tilpasse lokale forhold og behov i samarbeid med andre tjenesteområder, frivillig sektor og andre aktører i lokalsamfunnet.

Innsatsområdene i reformen er nært forbundet med hverandre. Det er en sterk sammenheng mellom de ulike temaene. Oppmerksomhet på ett område vil kunne påvirke de andre områdene. For eksempel er det godt dokumentert at aktivitet, både fysisk og sosialt, øker matlyst og trivsel. Sosialt felleskap gir bedre fysisk og psykisk helse.

Denne reformen skal løfte fram de fem innsatsområdene hver for seg og sammen.

Kjernen i Leve hele livet kan samles i noen hovedtema, som til sammen vil bidra til å gi eldre og deres pårørende økt glede, livskvalitet og trygghet i hverdagen:

Muligheten til å velge

Leve hele livet er en reform for større valgfrihet. Den skal gi den enkelte større mulighet til å velge tjenesteyter (hvem), medvirke til innholdet i tjenestetilbudet (hva), på hvilken måte den ytes (hvordan) og på hvilket sted og tidspunkt tjenesten gis (hvor og når).

Matglede for de eldre

Leve hele livet er en reform for større matglede, enten du bor hjemme eller du er på sykehjem eller sykehus. Den skal gjøre måltidet til en begivenhet i hverdagen, sørge for flere måltider gjennom døgnet og sikre god ernæring med gode kokker og lokale kjøkken.

De eldres helse- og omsorgstjeneste

Leve hele livet er en reform for å skape de eldres helse- og omsorgstjeneste, der det viktigste spørsmålet er: Hva er viktig for deg? Den skal gi trygghet for å få hjelp når en trenger det. Den skal invitere til aktivitet og deltakelse og gi bistand til selv å mestre hverdagen til tross for sykdom og funksjonstap.

Pårørendeomsorg

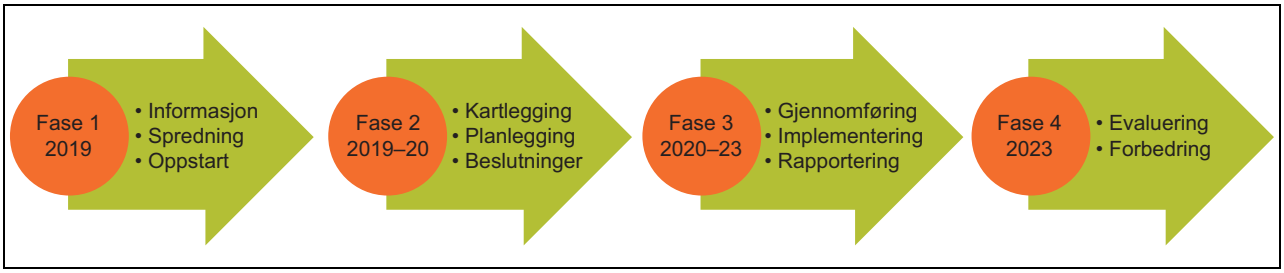
Leve hele livet er en reform for pårørende. Den skal vise omsorg for de som yter omsorg, og ta vare på de som tar vare på sine nærmeste, slik at de ikke sliter seg ut. Den skal legge til rette for tettere samarbeid om felles oppgaver mellom pårørende og helse- og omsorgstjenesten.

Alternative arbeidsordninger

Leve hele livet er en reform for alle som gjør jobben i helse- og omsorgstjenesten. Den skal inspirere til å finne nye arbeidsordninger og ta i bruk ny teknologi, nye metoder og nye løsninger. Den skal utfordre til å organisere seg slik at det blir større kontinuitet i tjenestetilbudet, med mykere overganger og færre å forholde seg til for dem som mottar tjenester.

1.3 Gjennomføring og virkemidler

For å få mest mulig felles framdrift, fastsettes reformperioden til fem år, med felles oppstart 1. januar 2019 og med ulike faser for kartlegging, planlegging, gjennomføring og evaluering.



Figur 1.2 Tidsplan

Fase 1 Forberedelse og oppstart (2019)

Det første året skal Leve hele livet settes på dagsorden i kommuner og fylkeskommuner, helseforetak og allmenheten. Regjeringen vil etablere et støtteapparat for gjennomføring av reformen for perioden 2019–2023. Støtteapparatet skal i første omgang formidle, informere og inspirere kommunene til å sette reformens innhold på dagsorden og utvikle verktøy og materiell for gjennomføring lokalt. Kommunene inviteres til å delta i læringsnettverk der de kan dele erfaringer og bli inspirert av hverandre.

Fase 2 Kartlegging og planlegging (2019–2020)

Kommunene har årene 2019–2020 til å ta stilling til løsningene i reformen, og planlegge hvordan de vil utforme og gjennomføre dem lokalt. Det legges opp til at kommunene og fylkeskommunene kartlegger egne behov og utfordringer og gjennom politiske vedtak selv tar stilling til forslagene i Leve hele livet. Kommunene oppsummerer sine vedtak om oppfølging av reformen i budsjett og økonomiplan med handlingsprogram, før de setter reformen ut i livet. Spesialisthelsetjenesten vil bli fulgt opp i ordinære styrings- og rapporteringssystemer.

Fase 3 Implementering og gjennomføring (2021–2023)

Når kommuner, fylkeskommuner og helseforetak har tatt stilling til forslagene i reformen og beskrevet hvordan de vil utforme dem, starter arbeidet med gjennomføring lokalt. Kommuner som omstiller seg i tråd med reformen, vil bli prioritert innenfor relevante eksisterende og eventuelle nye øremerkede ordninger.

Fase 4 Evaluering og forbedring (2023)

Reformen skal evalueres gjennom følgeforskning i et representativt utvalg kommuner. Midtveis i reformperioden skal det utarbeides en forskningsrapport for blant annet å kunne følge endringene i kommunene, og ved behov justere kurs og virkemiddelbruk. Følgeforskningen avsluttes med resultatevaluering av hele reformen etter 2023.

Utgangspunktet for reformen er en erkjennelse av at de gode løsningene finnes lokalt. Mange arbeider systematisk og godt på ett eller flere av reformens områder. Det er samtidig en erkjennelse av at løsningene i mindre grad implementeres eller spres til andre. Denne reformen skal derfor legge til rette for at kommuner, helseforetak og andre kan lære av hverandre og implementere gode og innovative løsninger i tjenestene.

Regjeringen ønsker å inngå et samarbeid med kommunesektoren ved KS om gjennomføring. Ansvaret for spredning og implementering av Leve hele livet legges til Helsedirektoratet med styringslinje til fylkesmannen. I samarbeidet om gjennomføring av tiltak rettet mot helse- og omsorgssektoren knytter Helsedirektoratet også til seg et nasjonalt fagmiljø etter nærmere avtale. Arbeidet med et aldersvennlig Norge er mer sektorovergripende, og vil bli organisert i nært samarbeid med KS og sett i sammenheng med framtida for Statens seniorråd. Støtteapparatet skal bidra til å skape oppslutning, engasjement og aktivitet i reformperioden.

Hovedinnsatsen fra statens side vil ligge på regionalt nivå, der fylkesmennene samarbeider med KS og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT), fylkeskommunene og andre regionale fagmiljø, samt fylkeseldreråd og aktuelle organisasjoner. Det regionale støtteapparatet for reformperioden vil drive nettverksarbeid, gi informasjon, råd og veiledning og bistå kommunesektoren i planlegging, omstillings- og endringsarbeid.

Det forutsettes at kommunene gjennom politisk behandling tar stilling til forslagene i reformen, og beskriver hvordan de vil utforme og gjennomføre dem lokalt. Det vil være naturlig å prioritere dette i kommunens handlingsplan/økonomi-

plan som revideres årlig. Det er også naturlig at arbeidet med å bli en aldersvennlig kommune tematiseres i den kommunale planstrategien og det øvrige kommune- og fylkesplanarbeidet.

Reformen legger ikke opp til at kommunene blir pålagt nye krav eller oppgaver som medfører økte utgifter. Flere av de foreslåtte løsningene kan tvert imot bidra til bedre og mer effektive tjenester og et mindre omfattende tjenestebehov hos de eldre på sikt. Forbedring av eldreomsorgen skal i hovedsak dekkes av kommunenes frie inntekter. Kommuner som omstiller seg i tråd med reformen, vil bli prioritert innenfor relevante eksisterende og eventuelle nye øremerkede ordninger.

1.4 Nasjonalt program for et aldersvennlig Norge

Å bare bygge ut dagens tjenestetilbud i takt med den demografiske utvikling vil ikke være tilstrekkelig for å møte de nye eldregenerasjonene. Denne meldingen inviterer derfor de eldre selv og befolkningen for øvrig til å være med på å skape et mer aldersvennlig Norge. Aldringen av befolkningen berører alle samfunnsområder, markeder og sektorer.

Leve hele livet vil ha som en av sine hovedsaker å følge opp Flere år – flere muligheter – regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn, og bidra til å sette den ut i livet i kommuner og lokalsamfunn i hele landet. Dette arbeidet må bygge på et bredt partnerskap mellom offentlige myndigheter i stat og kommune, arbeids- og næringsliv, private aktører, sivilsamfunn og forsknings- og utdanningsinstitusjoner. Programmet skal utfordre den eldre befolkning til selv å engasjere seg i planlegging av egen alderdom og utforming av sine omgivelser. Samtidig blir det viktig å sørge for at også helse- og omsorgssektoren gjør sin del av arbeidet ved å skape aldersvennlige sykehus, sykehjem, botilbud og tjenester.

Nasjonalt program for et aldersvennlig Norge har fem hovedelementer:

1. Planlegg egen alderdom

I møte med de demografiske endringene blir det nødvendig å utfordre befolkningen til selv i større grad å ta ansvar for å planlegge for egen alderdom. Programmet legger derfor opp til en informasjonskampanje med fokus på å:

- tilrettelegge egen bolig
- investere i venner og sosialt nettverk og
- opprettholde best mulig funksjonsevne gjennom et aktivt liv

2. Eldrestyrt planlegging

Kommunene bør involvere eldre i arbeidet med å planlegge og utforme nærmiljø og lokalsamfunn. Metoden Seniortråkk, som er testet ut i tre ulike kommuner, har vist hvordan eldrerådene selv kan delta aktivt i kartlegging og planlegging av et trygt og aldersvennlig nærmiljø. Pensjonistforeninger og eldre involveres i arbeidet. Resultatet av kartleggingen oppsummeres og adresseres både til kommunen, næringslivet, lokale organisasjoner og sentrale myndigheter.

3. Nasjonalt nettverk

Norge knytter seg til Verdens helseorganisasjon sitt globale nettverk for aldersvennlige byer og kommuner (WHOs Global Network for Age-friendly Cities and Communities), og støtter og koordinerer det lokale arbeidet gjennom å etablere et eget nasjonalt nettverk for norske kommuner i samarbeid mellom regjeringen og KS.

Nettverket støtter nå om lag 500 lokalsamfunn i 40 land og tilbyr et femårig opplegg og planprosess for å skape aldersvennlige byer og lokalsamfunn. Fra Norge deltar foreløpig kommunene Oslo og Trondheim. Flere kommuner arbeider med spørsmålet om å slutte seg til nettverket.

4. Partnerskap på tvers av sektorer

Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn skal også realiseres på nasjonalt nivå gjennom planprosesser i alle bransjer og sektorer. Det nasjonale nettverket inviterer derfor til en partnerskapsordning for institusjoner, organisasjonsliv, utdanning, forskning og næringsliv med sikte på å skape mer aldersvennlige institusjoner og bedrifter.

5. Seniorressursen

Det samlede verdibidraget til samfunnet fra pensjonister gjennom formelt og uformelt frivillig arbeid er i en undersøkelse anslått til vel 45 000 årsverk, eller litt over 25 mrd. kroner for 2016. Undersøkelsen konkluderer med at potensialet for ytterligere bidrag fra pensjonister er stort, og at det totale bidraget nesten kan dobles mot 2030. Det forutsetter imidlertid mer målrettet rekruttering, organisering og tilrettelegging gjennom ulike organisasjonsformer i offentlig og privat regi.

Tabell 1.1 Internasjonale og lokale eksempler til inspirasjon, se også boks 4.2

Tiltak	Hva	Hvem
The WHO Global Network	Nettverk for aldersvennlige byer og lokalsamfunn	Verdens helseorganisasjon
Aldersvennlig by	Deltar i WHO Global Network	Oslo kommune
Storbykonferansen for eldreråd	Anbefaler sine kommuner å delta i WHO Global Network	Eldrerådene i Bergen, Drammen, Fredrikstad, Kristiansand, Oslo, Sandnes, Stavanger, Tromsø og Trondheim kommuner
Pop-up leilighet	Den trygge boligen utstilt på kjøpesenter	Bydel Alna i Oslo kommune og Skadeforebyggende forum
Informasjonsmesse	Om planlegging av alderdommen	Søndre Land kommune Frivilligsentralen
Seniortråkk	En medvirkningsmodell for planlegging av aldersvennlige lokalsamfunn	Testet ut i Skjeberg i Sarpsborg kommune, Sagene bydel i Oslo kommune og Skotterud i Eidskog kommune av By- og regionforskningsinstituttet (NIBR) Arbeidsforskningsinstituttet (AFI)
Tidsrom	Plattform for å dele kunnskap, løsninger og inspirasjon i planlegging av et aldersvennlig samfunn	Demografifloken Ærа Strategic Innovation
18 turveier for alle	Sentrumsnære turveier som er universelt utformet	18 kommuner i Telemark Fylkesmann og fylkeskommune
Age Friendly Ireland	Nasjonal overbygning for aldersvennlig nettverk av byer og regioner	Driftes av Dublin City Council
The AARP Network	Nettverk for aldersvennlige stater, byer, tettsteder og lokalsamfunn over hele USA	Driftes av pensjonistorganisasjonen AARP
Pasientverter	Pasientverter på sykehus gir hjelp til å finne fram	Universitetssykehuset i Nord-Norge
Gammel nok	Bedrift basert på seniorer Sosial entreprenør	Gammel nok AS
Eldre hjelper eldre	Formidling av hjelp i hverdagen	Klepp frivilligsentral i Trondheim kommune
Mentor+	Forebygge ensomhet blant eldre	Frelsesarmeen

1.5 Aktivitet og fellesskap

Leve hele livet er en reform for aktivitet, deltakelse og sosialt fellesskap. Målet er å ta vare på eldres forhold til familie, venner og sosialt nettverk og skape gode opplevelser og møter på tvers av generasjonene. Fysisk, sosial og kulturell aktivitet skal være tilpasset den enkeltes interesser, ønsker og behov. Når livet blir ekstra sårbart, skal eldre få mulighet til samtale, motivasjon og støtte.

Slik skal eldre få mulighet til å leve livet – hele livet.

Samtidig tyder mange tilbakemeldinger fra dialogmøtene, brukerundersøkelser og annen kunnskap på at dette er områder helse- og omsorgstjenestene kan bli bedre på. Mange eldre uttrykker at de i for liten grad får tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter. Flere steder er ikke samarbeidet med frivillig sektor satt i system.

Oppsummert er utfordringene:

- Ensomhet blant eldre relatert til endringer i livssituasjon, partners død, endret helsetilstand og funksjonsnivå

- Inaktivitet og aktivitetstilbud som ikke er tilpasset individuelle ønsker og behov
- Manglende ivaretakelse av sosiale, kulturelle og eksistensielle behov
- Lite systematisk samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og frivillige/sivilsamfunn
- Manglende møteplasser, samlokalisering og digitale generasjonsskiller

For å møte utfordringene foreslås fem løsninger, der målet er å skape økt aktivitet, gode opplevelser og fellesskap:

- Gode øyeblikk
- Tro og liv
- Generasjonsmøter
- Samfunnskontakt
- Sambruk og samlokalisering

1. Gode øyeblikk

Eldre bør få tilbud om minst én time aktivitet daglig med bakgrunn i egne interesser, ønsker og behov. Aktiviteten skal gi gode opplevelser og øyeblikk i hverdagen og stimulere sanser og minner, bevegelse og deltakelse i sosialt fellesskap. Forutsetningen er at helse- og omsorgstjenesten skaffer seg informasjon og kunnskap om den enkeltes bakgrunn, interesser og livshistorie, og bruker dette til å møte den enkeltes behov. Helse- og omsorgstjenesten skal bidra til skape gode øyeblikk og meningsfull aktivitet i hverdagen og arbeide systematisk med dette. Det kan handle om både fysiske, sosiale og kulturelle opplevelser. Det finnes mange eksempler på kommuner som har satt dette i system, og som samarbeider med frivillige og lokalsamfunn for å skape gode øyeblikk for eldre.

Tabell 1.2 Lokale eksempler til inspirasjon, se også boks 5.2

Tittel	Hva	Hvem
Livsarket mitt	Metode for informasjon om den enkeltes livshistorie	Norsk Ergoterapeutforbund
Aktivitetsdosetten	Plan for daglige aktiviteter for den enkelte	Øyane sykehjem i Stavanger kommune Aktivitetsdosetten AS
Memoria	Digitalt kommunikasjonsverktøy basert på brukerens livshistorie	Mørkved sykehjem i Bodø kommune Memoria AS
Aktivitetsvenn	Eldre med demens gjør aktiviteter sammen med frivillige	Nasjonalforeningen for folkehelsen og nærmere 200 kommuner
Ruslevenn	Eldre med demens går tur sammen med frivillige	Songdalstunet i Songdalen kommune
Ut å sykle med MOTiview	Sykkeltur gjennom kjente omgivelser ved hjelp av video, musikk og lyder	Flere kommuner i Norge og Norden
Sang i eldreomsorgen	Sang som del av daglige rutiner i sykehjem	Folkeakademienes Landsforbund, Akershus Musikkråd
Inn på tunet	Aktivitetstilbud i gårdsmiljø	Rundt 400 godkjente Inn på tunet gårder
Trivselsreise med ekstra trygghet	Reise til Syden for de som ikke kan reise alene	Os kommune
Lavterskeltilbud i distriktet	Ulike lavterskeltilbud i distriktet, som seniordans og turgruppe	Vestvågøy kommune
Seniorsenter og kulturrullator	Aktiviteter, kurs og sosiale møteplasser for 60 + og en flyttbar kulturformidler	Kristiansand kommune

2. Tro og liv

Helse- og omsorgstjenestene må sørge for at den enkeltes tro- og livssynsutøvelse og behov for samtaler om eksistensielle spørsmål blir ivaretatt. Hverdagen i norske omsorgsboliger og sykehjem preges av kulturelt og religiøst mangfold, som i befolkningen ellers. Åndelige og eksistensielle behov er en del av det livet vi lever. For noen handler det om trostilhørighet og religion, for andre kan det handle om livssyn uten religion. For de fleste handler det om hva som gir mening og oppleves som betydningsfullt både i hverdagen og i møte med livets store spørsmål. Eksistensiell omsorg inngår derfor som en del av den helhetlige omsorgen til pasienter og pårørende. Behov skal kartlegges på en forsvarlig måte på linje med øvrige behov. Helse- og omsorgstjenesten bør innføre faste prosedyrer og samarbeide med tro- og livssynssamfunn slik at de kan møte brukernes og de pårørendes behov.

Tabell 1.3 Lokale eksempler til inspirasjon, se også boks 5.3

Tittel	Hva	Hvem
Prosedyrer i tros- og livssynsutøvelse	Informasjon og tiltaksplan for brukere – egen tros- og livssynsutøvelse	Fredrikstad kommune Borg bispedømme
Veileder for å ivareta åndelige og eksistensielle behov	Ivareta åndelige behov hos brukere i omsorgstjenesten – film og læringsmateriell	Utviklingssenter for hjemmetjenester og sykehjem i Nordland
Samhandling på siste vakt	Et opplæringsprogram med fagdager, refleksjonsgrupper for ansatte og frivillige som arbeider med syke og døende	Surnadal kommune i samarbeid med Rindal og Surnadal kirkelige fellesråd
Åndelige og eksistensielle samtaler i et livsynsåpent samfunn	Samtaletilbud til pasienter og pårørende	St. Olavs hospital
Veileder for samhandling om tros- og livssynsutøvelse	Veileder om samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten i kommunene og tros- og livssynssamfunn	Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn, Norges Kristne Råd, Kirkerådet og Helsedirektoratet

3. Generasjonsmøter

Å skape generasjonsmøter handler både om å etablere møteplasser mellom unge og eldre i dagliglivet og om å organisere aktivitet og virksomhet på tvers av generasjonene. Det kan for eksempel skje på skoler og arbeidsplasser, eller i sykehjem og nærmiljø. For å skape flere gode møteplasser, er det viktig at kommunene utvikler politikk og planverk som tilrettelegger for et tettere samarbeid mellom generasjonene. Et viktig utgangspunkt for generasjonsmøter er vissheten om at interesser og aktiviteter ikke er generasjonsbetinget. Det gjelder å finne de rette og naturlige møteplassene og aktivitetene som er godt lokalt forankret og tilpasset. Mange kommuner har satt dette i system og skaper gode generasjonsmøter mellom unge og gamle.

Tabell 1.4 Lokale eksempler til inspirasjon, se også boks 5.4

Tittel	Hva	Hvem
Eldre møter unge – EMUprosjektet	En møteplass for elever i videregående og eldre med ulike aktiviteter som matlaging, snekring og data	Byåsen videregående skole, Byåsen frivilligsentral i Trondheim kommune
Generasjonssang	Barn i barnehager og eldre i sykehjem synger kjære og kjente sanger sammen	Generasjonssang i Lillehammer kommune
Pensjonister lager skolemat	Pensjonister lager skolemat til elever	Skage frivilligsentral i Overhalla kommune
Lyttevenn	Pensjonister gir grunnleggende lesetrening for barn i alderen 7–9 år	Flere kommuner i Agder

Tabell 1.4 Lokale eksempler til inspirasjon, se også boks 5.4

Tittel	Hva	Hvem
Drop – in	Ungdom som står utenfor skole og arbeidsliv er frivillige på dagsenter for eldre	Songdalen kommune
Innsats for andre	Samarbeid skole og sykehjem	Tokerud skole og Stovnerskogen sykehjem i Oslo kommune
Sykling uten alder	Sykkeltur med inntil to passasjerer og sjåfør	Mange kommuner i Norge
Flerkulturell møteplass	Møteplass for å fremme inkludering og bedre integrering mellom mennesker fra forskjellige kulturer	Sørum kommune i samarbeid med frivillige lag og foreninger
Skånlandtrimmen	Lavterskel trimtilbud til hele Skånlands befolkning	Skånland kommune
Generation Games	Sportsarrangement der eldre, middelaldrende og unge konkurrerer i ulike grener	Oslo kommune
Digital torsdagstreff	Møteplass for hjelpere og eldre som trenger bistand på PC og digitale medier	Asker Frivilligsentral og Kulturhjørnet i Asker kulturhus i Asker kommune

4. Samfunnskontakt

Helse- og omsorgstjenesten bør vurdere å opprette en funksjon som samfunnskontakt, som kan være helse- og omsorgstjenestens bindeledd og koordinator mot nærmiljø, familie og pårørende, frivillige og andre i lokalsamfunnet. Målet med en samfunnskontakt er å mobilisere til frivillig innsats i helse- og omsorgstjenestene og styrke samarbeidet med skole, barnehage, organisasjoner og sivilsamfunn. Erfaringene fra kommuner som har etablert denne funksjonen, viser at det er et stort potensial for samhandling og frivillig engasjement i lokalsamfunnet. Dette er ressurser som best utløses gjennom systematisk arbeid med rekruttering, organisering, veiledning og klare samarbeidsavtaler.

Tabell 1.5 Lokale eksempler til inspirasjon, se også boks 5.5

Tittel	Hva	Hvem
Samarbeid mellom kommune og frivillige	Frivillighetskoordinator som setter samarbeidet mellom offentlig og frivillig sektor i system	Drammen kommune
Med hjerte for Arendal	Koordinator som et bindeledd mellom offentlig sektor og frivillige organisasjoner	Arendal kommune, KS Agder og fem frivillige organisasjoner
Nedre Eiker koordinerer	Frivillighetskoordinator som mobiliserer og følger opp frivillige	Nedre Eiker kommune
Tid som gave	Koordinator som organiserer frivillige som gir omsorg for pasienter med kort forventet levetid	Sandefjord kommune og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold
Villig og fri	Frivillige ved dagaktivitetstilbudet for personer med demens får systematisk oppfølging	Dagaktivitetssenteret Veglo i Førde kommune

Tabell 1.5 Lokale eksempler til inspirasjon, se også boks 5.5

Tittel	Hva	Hvem
Samarbeid skole og sykehjem	Livgledekonsulent som skaper samarbeid blant annet mellom skole og sykehjem	Sentrum sykehjem og Bodø videregående skole i Bodø kommune
Aktive seniornettverk – Aktive sammen	Nettverk mellom tjenestene, frivilligsentralen og videregående skole	Frivilligsentralen og Vennesla kommune
Utdanning i frivillighetskoordinering	Tverrfaglig utdanning som frivillighetskoordinator i omsorgstjenesten	Verdighetssenteret i Bergen og Oslo

5. Sambruk og samlokalisering

Sykehjem og omsorgsboliger bør bygges slik at de blir en integrert del av lokalmiljøet, gjerne med felles møteplasser og naboskap på tvers av generasjoner og funksjoner. Mange nærmiljø mangler et lokalt møtested. Sambruk av lokaler legger grunnlag for felles aktiviteter, uformelle møter og gjensidig utnyttelse av ressursene. Ved å åpne omsorgssenterets tilbud, også for andre i nærmiljøet, gir det et rikere liv for dem som bor der, og et bedre tilbud til kommunens øvrige innbyggere.

Tabell 1.6 Lokale eksempler til inspirasjon, se også boks 5.6

Tittel	Hva	Hvem
Studenter flytter inn	Studenter tilbys en rimelig leilighet og måltider mot å sette av timer til sosial aktivitet med beboere	Braarudtoppen og Åsentunet omsorgsboliger i Horten kommune
Helse- og aktivitetssenter	Senteret tilbyr aktiviteter og tilbud til alle innbyggerne i kommunen	Bråta helse- og aktivitetssenter i Nedre Eiker kommune
Det åpne sykehjemmet – et møtested i nærmiljøet	Sykehjemmene skal være møtesteder for nærmiljøet med kafé, kulturtilbud mv	Kirkens Bymisjon
Kulturhus og omsorgssenter	Sykehjemsplasser og omsorgsboliger har samme inngang som kulturhus med bibliotek, kino, teater- og konsertsaler, idrettshall og badeanlegg	Tysværtunet aktivitets- og omsorgssenter i Tysvær kommune
Nærbutikk som servicepunkt og møteplass	Nærbutikken som sosial arena, med eldre som en viktig målgruppe	Ullensvang, Vingrom og Kvænangen kommuner
Aktivitetspark	Friluftsport og aktivitetspark for alle i Melhus sentrum	Buen omsorgssenter i Melhus kommune

1.6 Mat og måltider

Leve hele livet er en reform for større matglede. Målet er skape gode måltidsopplevelser og redusere underernæring. God mat er grunnleggende for god helse og livskvalitet gjennom hele livet. Eldre skal få næringsrik mat som både ser god ut, dufter godt og smaker godt. Maten skal være tilpasset den enkeltes behov og serveres i en hyggelig ramme. Eldre bør få større mulighet til å velge hva de vil spise, og når de vil spise og dele et godt måltid med andre.

Slik skal eldre få mulighet til å leve livet – hele livet.

Mat og måltider blant eldre har i de senere årene blitt satt på dagsorden i Norge. Likevel ser det ut til å være et stort gap mellom det helsemyndighetene anbefaler og det som er tilbudet til mange eldre. Tilbakemeldinger fra dialogmøtene og kunnskap på området tyder på at ikke alle eldre får ivaretatt sine grunnleggende behov for mat, ernæring og gode måltidsopplevelser.

Oppsummert er hovedutfordringene:
- Manglende systematisk oppfølging
- Manglende sosialt fellesskap og lite vektlegging av måltidsomgivelsene
- Få måltider og for lang nattfaste

- Lite mangfold og valgfrihet
- Lang avstand mellom produksjon og servering

For å møte utfordringene foreslås fem løsninger, der målet er å redusere underernæring og skape gode mat- og måltidsopplevelser for den enkelte:

- Det gode måltidet
- Måltidstider
- Valgfrihet og variasjon
- Systematisk ernæringsarbeid
- Kjøkken og kompetanse lokalt

1. Det gode måltidet

Et godt måltid skal bestå av næringsrik mat som ser god ut, lukter godt og smaker godt. Maten og måltidet må tilpasses den enkeltes forutsetninger og behov, og serveres i en hyggelig ramme. Det betyr at maten skal ha tilstrekkelig og riktig innhold av energi og næringsstoffer og samtidig se appetittvekkende og delikat ut, slik at den aktiverer sansene.

Det bør legges til rette for sosiale måltidsfellesskap for de som ønsker det, med møteplasser for å kunne spise sammen med andre. Spisevenner er et eksempel på hvordan kommunene kan tilrettelegge for dette.

Tabell 1.7 Lokale eksempler til inspirasjon, se også boks 6.2

Tittel	Hva	Hvem
Gylne måltidsøyeblikk	God mat og hyggelige omgivelser tilpasset den enkelte beboer	Døli pleie- og omsorgssenter i Nittedal kommune, Blidensol sykehjem i Stavanger kommune og Nygård bo- og behandlingssenter i Sandefjord kommune
Konsistenstilpasset mat	Forskningsbasert prosjekt som bidrar til å utvikle metoder og verktøy for konsistenstilpasset meny til beboere ved sykehjem og hjemmeboende	Sandnes kommune
Hygge og samvær under måltidet	Helsesenter med hjemmekoselig, varm og trygg atmosfære	Åfjord helsesenter i Åfjord kommune
Granitten kafé & spiseri	Et samlingssted for alle bydelens innbyggere	Grorud bydel i Oslo kommune
Lokal møteplass for måltider	Et sosialt og kulturelt tilbud med matservering til alle som ønsker det	Tyholmen frivilligsentral i Arendal kommune
Fellesmåltid	Et tilbud om måltidsfellesskap	Eldresenter i Oslo kommune
Spisevenn og måltidsvenn	Et tilbud som legger til rette for at ensomme eldre får noen å spise sammen med	Horten og Bergen kommuner
Samspising med hjemmeboende eldre	Hjemmesykepleien spiser sammen med eldre som er i risiko for underernæring	Hamar, Oslo og Rælingen kommuner

2. Måltidstider

Helse- og omsorgstjenestene bør ha som ambisjon at eldre som har behov for mat- og ernæringsbistand, skal få tilbud som tilpasses de eldres egen måltidsrytme. Måltidene bør fordeles jevnt utover dagen og kvelden, og det bør ikke gå mer enn 11 timer mellom kvelds- og frokostmåltidet. Det er flere kommuner som har endret måltidsrytmen i sine helse- og omsorgstjenester med gode resultater. En generell tilbakemelding fra disse kommunene er at de eldre har gått opp i vekt og bedret sin ernæringstilstand. I tillegg har endringene bidratt til mer tid til måltidene, mer ro om kvelden, bedre søvn og mer tid til aktiviteter på formiddagen.

Tabell 1.8 Lokale eksempler til inspirasjon, se også boks 6.3

Tittel	Hva	Hvem
Endrede måltidstider	Endret tidspunkt for servering av middag, innført lunsj og et senere kveldsmåltid	Bjørkelia bokollektiv i Gjøvik kommune, Døli pleie- og omsorgssenter i Nittedal kommune, Nannestad sykehjem i Nannestad kommune, Kåfjord sykehjem i Alta kommune, Birtavarre sykehjem i Kåfjord kommune og Hovli sykehjem i Søndre Land kommune
Fjerde måltid	Innført et fjerde måltid for beboerne i sykehjemmet	Stange kommune
Redusert nattfaste i sykehjem	Måltider er forskjøvet ut fra kartlagt brukerbehov, og nattfasten er redusert	Time kommune

3. Valgfrihet og variasjon

Den enkelte må i størst mulig grad få mulighet til å ivareta egne mattradisjoner og spisevaner når det gjelder meny, tidspunkt for måltidene og hvem de vil spise sammen med. Det betyr at helse- og omsorgstjenesten bør fange opp individuelle ønsker og behov. En systematisk kartlegging kan danne grunnlag for å utforme et tilpasset mattilbud og sikre større mangfold og variasjon i mat og måltider for den enkelte.

Tabell 1.9 Lokale eksempler til inspirasjon, se også boks 6.4

Tittel	Hva	Hvem
Samarbeid om menyen	Menyen på sykehjemmet lages sammen med de eldre. Stor daglig valgfrihet og hyppig fornyelse av menyen	Gloppen omsorgssenter i Sandane kommune
Meny – involvering i praksis	Kjøkkensjefen involverer eldre i menyplanlegging	Sundheim bo- og treningssenter i Nord-Fron kommune
Samisk mat for eldre	Bok med innføring i samisk tradisjonsmat	Tysfjord demensforening i Tysfjord kommune
APPETITT	Applikasjon Appetitus for nettbrett skal bidra til å forenkle planlegging av måltider	Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn
Elektronisk meny	Elektroniske løsninger for bestilling av mat til hjemmeboende for å øke valgfrihet og fleksibiliteten i tilbudet	Namsos og Trondheim kommuner

4. Systematisk ernæringsarbeid

Systematisk ernæringsarbeid handler om å følge opp den enkeltes ernæringsbehov for å unngå under- og feilernæring. Eldre som mottar helse- og omsorgstjenester i sykehus, sykehjem og av hjemmesykepleie må kartlegges for ernæringsstatus. Helse- og omsorgstjenesten må vurdere risiko for feil- og underernæring og om det skal utarbeides en individuell ernæringsplan. Dette innebærer at helse- og omsorgstjenesten setter av nok tid og riktig kompetanse til å kartlegge, vurdere og dokumentere ernæringsstatus, evaluere mat- og ernæringstilbudet og igangsette målrettede tiltak til den enkelte.

Tabell 1.10 Lokale eksempler til inspirasjon, se også boks 6.5

Tittel	Hva	Hvem
Matfaglige ressurspersoner i eldreplan	Ressurspersoner i klinisk ernæringsfysiologi for å bedre kvaliteten på ernæringsarbeidet	Trondheim kommune
Opplæring i mat- og ernæringsarbeid	Kompetansehevingsprogrammer i mat, måltid og ernæring	Oslo kommune, Hol kommune, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Nordland og i Møre og Romsdal
Målrettet ernæringstiltak	Ernæringskartlegging og felles prosedyrer for oppfølging av eldres ernæringssituasjon	Tromsø kommune
Mat og måltider i sykehusets ernæringsstrategi	Ernæringsstrategi for å sikre kvalitet i ernæringsarbeidet	Helse Stavanger HF og Haukeland universitetssykehus
Mat- og måltidspolitikk for eldre	En plan for å sikre at eldre skal serveres velsmakende og næringsrik mat og at måltidene kan skape felleskap og gode opplevelser	København kommune

5. Kjøkken og kompetanse lokalt

Alle kommuner bør ha kjøkken- og matfaglig kompetanse i helse- og omsorgstjenesten, uavhengig av hvor maten produseres. For å sikre god mat og riktig ernæring, er det også viktig at det lages gode rutiner for hvordan maten skal tilberedes og serveres. Regjeringen vil utrede utformingen av et eget tilskudd til renovering, etablering eller gjenetablering av lokalkjøkken på sykehjem f.o.m. 2020. Det skjer etter modell av tilsvarende ordning i Danmark, der målet har vært å gi de eldre innbyggerne bedre måltidsopplevelser og gjøre matlagningen til en større del av hverdagen. Utformingen av tilskuddet skal utredes i 2019.

Tabell 1.11 Lokale eksempler til inspirasjon, se også boks 6.6

Tittel	Hva	Hvem
Samarbeid storkjøkken og helse- og omsorgstjenesten	Samarbeid mellom kjøkken og helse- og omsorgstjenesten	Bærum og Grimstad kommuner
Samarbeid om mat og ernæring	Samarbeid mellom kjøkken og avdeling, sykehjemslederen og kommunepolitikerne	Glomstua omsorgssenter i Molde kommune
Lokalkjøkken	Samarbeid mellom lokalkjøkken og sykehjemsavdeling, der kjøkkenpersonalet serverer maten	Ørnes sykehjem i Meløy kommune
Jobbvinner	Elever på helse- og oppvekstfag deltar i ernæringsarbeid på Namsos Helsehus	Olav Duun videregående skole og Namsos helsehus i Namsos kommune

1.7 Helsehjelp

Leve hele livet er en reform for å skape de eldres helse- og omsorgstjenester, der det viktigste spørsmålet er: Hva er viktig for deg? Eldre skal føle seg verdsatt og sett og involveres i beslutninger som angår dem selv. Eldre skal få mulighet til å leve hjemme så lenge som mulig, og få støtte til å mestre hverdagen, på tross av sykdom og funksjonssvikt. Samtidig skal de ha trygghet for å få hjelp når de trenger det. Når livet går mot slutten, skal de få god lindrende omsorg og pleie.

Slik skal eldre få mulighet til å leve livet – hele livet.

Tilbakemeldinger fra dialogmøtene og kunnskap på området tyder på at mange eldre ikke får ivaretatt sine grunnleggende behov for helsehjelp og bistand til å forebygge sykdom og funksjonssvikt. Mange ønsker en helse- og omsorgstjeneste som i større grad tar utgangspunkt i de eldres behov, og lar eldre få være sjef i eget liv lengst mulig.

Oppsummert er utfordringene:
- Manglende oppmerksomhet på mestring og forebygging
- Dårlig oversikt over sammensatte behov og problemer
- Lite bruk av fysisk aktivitet og trening
- Manglende bruk av nye behandlingsformer
- Lite systematisk kartlegging og oppfølging av den enkelte

For å møte utfordringene foreslås fem løsninger, der målet er å øke mestring og livskvalitet, forebygge funksjonsfall og gi rett hjelp til rett tid:
- Hverdagsmestring
- Proaktive tjenester
- Målrettet bruk av fysisk trening
- Miljøbehandling
- Systematisk kartlegging og oppfølging

1. Hverdagsmestring

Eldre skal ha mulighet til å være mest mulig selvhjulpne og klare seg selv i størst mulig grad. Det betyr at helse- og omsorgstjenesten bør vurdere den enkeltes behov og potensial for rehabilitering og egenomsorg før det iverksettes tiltak som kompenserer for tap av funksjonsevne. Hverdagsrehabilitering er et sentralt virkemiddel som både kan gi økt selvstendighet i dagliglivets aktiviteter, forbedre funksjonsevnen og utsette ytterligere funksjonsfall. Velferdsteknologiske løsninger som bidrar til å opprettholde livskvalitet, selvstendighet og mestring er viktige virkemidler.

Tabell 1.12 Lokale eksempler til inspirasjon, se også boks 7.2

Tittel	Hva	Hvem
Leve HELE LIVET	Omstilling av tjenestene fra kompenserende til forebyggende tiltak gjennom hverdagsrehabilitering, velferdsteknologi, forebyggende hjemmebesøk mv.	Stavanger kommune
Tidlig innsats og hverdagsrehabilitering	Ergoterapeut kommer hjem til bruker og bistår med forebyggende tiltak. Hverdagsrehabilitering til hjemmeboende eldre som allerede mottar hjemmetjenester	Trondheim kommune
Vossamodellen	Tverrfaglig modell for hverdagsrehabilitering	Voss kommune og Høgskulen på Vestlandet
Hverdagsrehabilitering	Utprøving av hverdagsrehabilitering som er følgeevaluert	Utprøving i 47 kommuner Senter for omsorgsforskning vest og Universitetet i Oslo
Helsestasjon for eldre	Et forebyggende og helsefremmende tiltak for hjemmeboende eldre over 67 år	Harstad kommune

2. Proaktive tjenester

Proaktive tjenester er tjenester som settes inn på et tidlig tidspunkt, før alvorlig sykdom har utviklet seg. Proaktive tjenester innebærer at tjenestene aktivt oppsøker innbyggere som ikke selv oppsøker helsetjenesten, og tilbyr tettere oppfølging. Det kan forhindre at sykdom og funksjonssvikt forverres, og at eldre kan mestre livet lenger.

Helsetjenesten bør ta i bruk verktøy og sjekklister som kan oppdage risiko for sykdomsutvikling og funksjonstap på et tidlig tidspunkt. Dette tiltaket må ses i nær sammenheng med utviklingen av teambaserte tjenester som primærhelseteam og oppfølgingsteam i kommunen.

For å forebygge økende hjelpebehov og sikre eldre mennesker mulighet til å bo selvstendig lengst mulig, er det viktig å identifisere personer med risiko for funksjonstap tidlig. Å mestre dagliglivets aktiviteter er avgjørende for å leve selvstendig i eget hjem. Helse- og omsorgstjenestens kartlegging bør derfor skje i de eldres egne omgivelser, i form av hjemmebesøk. Reformen foreslår at helse- og omsorgstjenesten bør vurdere å bruke forebyggende hjemmebesøk ikke bare når innbyggerne har nådd en viss alder, men for eksempel også ved alvorlige hendelser, partners dødsfall, utskrivning fra sykehus eller ny kronisk diagnose.

Tabell 1.13 Lokale eksempler til inspirasjon, se også boks 7.3

Tittel	Hva	Hvem
Digital kartlegging	Digitalt kartleggingsskjema for å kartlegge behov for velferdsteknologiske tjenester blant innbyggere	Stovner bydel i Oslo kommune
Ressurssenter for seniorer	Proaktiv innsats for å unngå eller utsette hjelpebehov	Steinkjer kommune
Veiledere for forebyggende hjemmebesøk	Etablering og gjennomføring av forebyggende hjemmebesøk for eldre	Helsedirektoratet
Pasientsentrert helsetjenesteteam	Arbeide for å fange opp helsesvikt på et tidligere tidspunkt for å unngå akuttinnleggelser eller reinnleggelser i sykehus	Tromsø og Harstad kommuner og Universitetssykehuset i Nord-Norge

3. Målrettet bruk av fysisk trening

Eldre bør få tilbud om fysisk trening og aktivitet som forebyggende, behandlende og rehabiliterende tiltak. Dette kan for eksempel skje gjennom kommunens frisklivstilbud, ved å etablere treningstilbud/treningsgrupper for eldre, og ved individuelt tilpasset trening.

Fysisk aktivitet er et tiltak som har stort potensiale for å forebygge fall, tap av fysisk funksjon og kognitiv svikt og demens. Organiserte tilbud om trening i gruppe gir best effekt. Mange kommuner har tilbud som gir fysisk trening på en systematisk og målrettet måte.

Et treningstilbud rettet mot eldre bør blant annet:

- Gjennomføres i små treningsgrupper
- Tilby en kombinasjon av balansetrening og trening av beinstyrke
- Tilbys av instruktører som kan gi individuell oppfølging og veiledning

Tabell 1.14 Lokale eksempler til inspirasjon, se også boks 7.4

Tittel	Hva	Hvem
Bowls for eldre	Modifisert bowlingspill rettet spesielt mot eldre menn	Mental Helse Moss og Eldreliv ved Moss frivilligsentral
Sterk og stødig	Et kunnskapsbasert fallforebyggende treningsopplegg for eldre	Trondheim kommune, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og Pensjonistforbundet
På stødig fot	Et kurs for eldre som har falt, eller er redde for å falle	Bydel Bjerke i Oslo kommune
Fallforebyggende gruppetrening	Gruppetrening for eldre med begynnende funksjonsfall og eldre med nedsatt balanse, falltendens eller som har falt	Tromsø kommune
Aktive eldre i sykehjem	Treningsprogram for beboere i sykehjem	Norsk Sykepleierforbund, Løvåsen sykehjem og Etat for alders- og sykehjem i Bergen kommune

4. Miljøbehandling

Miljøbehandling kan øke mestring og velvære, skape nye muligheter for kommunikasjon, dempe angst og uro og redusere unødig legemiddelbruk hos eldre. Miljøbehandling kan inneholde integrert bruk av musikk og andre kulturuttrykk i behandling og daglige aktiviteter, minnearbeid, gjenkjenning og sansestimulering. Miljøbehandling kan være på tre nivåer:

- Miljøbehandlingstiltak er enkelttiltak rettet mot en enkelt person eller en gruppe som for eksempel bruk av musikk og sang under stell eller organisert som fellesaktivitet
- Miljøterapeutiske metoder kan for eksempel være bruk av minnearbeid eller reminisens, sansestimulering, bruk av fysisk aktivitet eller tilrettelagte måltider
- Miljøbehandling kan også handle om å utnytte og skape gode fysiske og psykososiale rammebetingelser

Tabell 1.15 Lokale eksempler til inspirasjon, se også boks 7.5

Tittel	Hva	Hvem
Film for minnene	Filmer med innhold som er tilpasset personer med demens, og som kan brukes i stimulerings- og aktiviseringstiltak	Produksjonsselskapet Glefs i samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste for Aldring og helse og Asker kommune
Musikkbasert miljøbehandling	Systematisk bruk av sang, musikk og bevegelse integrert i daglige aktiviteter og gjøremål	Feviktun bo- og omsorgssenter i Grimstad kommune Ytterøy helsetun i Levanger kommune
Gjenklang	Et opplæringstiltak for bruk av sang for personer med demens	Songdalen kommune
Skrivekurs for eldre	Eldre ved sykehjem, eldresenter og dagsenter skriver tekster om eget liv	Kirkens Bymisjon og Mortensnes sykehjem og dagsenter i Tromsø kommune
Kunstterapi for eldre	Uttrykke følelser og opplevelser kreativt gjennom å male, lage et bilde, forme i leire, bevegelse mv.	Hamar kommune
Samisk tun	En levende møteplass med rot i samisk tradisjon og kultur for personer med demens	Karasjok skole og Karasjok sykehjem i Karasjok kommune

5. Systematisk kartlegging og oppfølging

Å fange opp tegn på utvikling av sykdom, funksjonstap eller problemer, er en forutsetning for å komme tidlig i gang med tiltak, både hos hjemmeboende eldre og eldre på sykehjem. Helse- og omsorgstjenesten bør derfor utvikle og bruke ansattes kompetanse i systematisk kartlegging, observasjon og oppfølging.

Slik kartlegging og oppfølging må, i tillegg til fysisk helse og funksjon, omfatte ernæringsstatus, munn- og tannhelse, sansetap, psykisk helse og sosiale forhold. Dette forutsetter personell med bred kompetanse og ofte et samarbeid mellom flere faggrupper som tannpleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, sosialarbeidere og personell med ernæringskompetanse, i tillegg til sykepleiere og leger, og må ses i sammenheng med utviklingen av teambaserte tjenester.

Tabell 1.16 Lokale eksempler til inspirasjon, se også boks 7.6

Tittel	Hva	Hvem
Sykepleieklinikk for hjemmeboende	Kommunale sykepleiertjenester i tilrettelagte lokaler	Stavanger kommune
Akuttsekk	Ansatte i hjemmesykepleien har med seg en utstyrssekk med nødvendig utstyr i møte med akutte syke pasienter	Skedsmo kommune
ALERT	Et kompetanseprogram for å øke kompetanse i og bruk av systematisk observasjon og kommunikasjon	Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Akershus
ABCDE	Et kompetanseprogram som skal bidra til å bygge systematisk observasjons- og handlingskompetanse hos ansatte i sykehjem og hjemmetjenester	Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Rogaland, Sola og Stavanger kommuner
Intravenøs behandling i sykehjem	Ansatte i sykehjemmene får teoretisk og praktisk opplæring i intravenøs behandling ved dehydrering og infeksjoner	Sykehuset i Vestfold, Høgskolen i Sørøst-Norge, Universitetet i Oslo og 30 sykehjem i Vestfold
Systematisk kompetansekartlegging	Opplæringstilbud basert på systematisk kartlegging av kompetansen i kommunen	Verdal kommune
Tannhelsesamarbeid	Avtaler om samarbeid mellom tannhelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten	Buskerud, Troms og Sogn og Fjordane fylkeskommuner og Høgskulen på Vestlandet
Nettverk eldre og rus Oslo	Motiverende samtale for å avdekke skadelig rusbruk blant hjemmeboende eldre	Nettverk eldre og rus i Oslo kommune (NERO)

1.8 Sammenheng

Leve hele livet er en reform for å skape et mer sammenhengende tjenestetilbud til eldre og deres pårørende. Målet er å gi eldre økt trygghet og forutsigbarhet gjennom pasientforløp og overganger mellom eget hjem, sykehus og sykehjem og færre ansatte å forholde seg til. Målet er også å ta vare på de som tar vare på sine nærmeste, og gi pårørende støtte og avlastning, slik at de ikke sliter seg ut.

Slik skal eldre og deres pårørende få mulighet til å leve livet – hele livet.

Tilbakemeldinger fra dialogmøtene og kunnskap på området tyder på at mange eldre og deres pårørende opplever at tjenestene er for oppstykket og mangler helhet og kontinuitet. Det fører til utrygghet og bekymringer, og rammer særlig dem med størst behov.

Oppsummert er utfordringene:
- For lite personsentrert tilnærming
- For lite avlastning og støtte til pårørende

- For lite kontinuitet og trygghet, for mange ansatte å forholde seg til og usikkerhet om eller når hjelpen kommer
- For mange brudd og krevende overganger mellom tjenestetilbud i kommunene
- For lite kontinuitet og trygghet i overgangen mellom de ulike tjenestenivåene

For å møte utfordringene foreslås fem løsninger, der målet er økt trygghet og forutsigbarhet i pasientforløpet til eldre og deres pårørende:

- Den enkeltes behov
- Avlastning og støtte til pårørende
- Færre å forholde seg til og økt kontinuitet
- Mykere overgang mellom hjem og sykehjem
- Planlagte overganger mellom kommuner og sykehus

1. Den enkeltes behov

Tjenestetilbud skal ta utgangspunkt i hva som er viktig for den enkelte. En personsentrert tilnærming innebærer å ivareta de eldre som hele mennesker, ikke bare deres sykdom og funksjonssvikt. Målet er at hvert enkelt menneske skal ta i bruk sine ressurser og opprettholde selvstendighet så langt som mulig. Det betyr å verdsette mennesket uavhengig av alder eller funksjonsevne. Den enkeltes livsfortellinger, verdier og ønsker skal danne utgangspunkt for helse- og omsorgstjenestens tilbud. Dette innebærer også å respektere og ta hensyn til språk, kultur og identitet.

For å få til dette må helse- og omsorgstjenesten blant annet kartlegge den enkeltes behov, utforme en individuell plan og sørge for jevnlige samtaler med bruker og pårørende.

Tabell 1.17 Lokale eksempler til inspirasjon, se også boks 8.2

Tittel	Hva	Hvem
Personsentrert omsorg til personer med demens	Ansatte arbeider etter personsentrert metode når de yter tjenester til personer med demens	Vågan kommune og Tasta sykehjem i Stavanger kommune
Arbeidslag arbeider personsentrert	Hjemmetjenesten er inndelt i arbeidslag. Primærkontakt eller arbeidslagsleder gjør kartlegging og lager tiltaksplaner	Hamar kommune
Hva er viktig for deg?	Læringsnettverk for gode pasientforløp med utgangspunkt i spørsmålet: Hva er viktig for deg?	Om lag 200 kommuner

2. Avlastning og støtte til pårørende

Mange pårørende har krevende omsorgsoppgaver og utsettes for store belastninger. Det er derfor viktig at pårørende får god støtte og avlastning, og at innsatsen deres anerkjennes. For å gi økt støtte og avlastning til pårørende, løfter reformen fram tre løsninger:

- Mer fleksible kommunale avlastningstilbud som møter pårørendes behov, med hensyn til tidspunkt, varighet og om tilbudet skjer i eget hjem, i institusjon eller på annen måte
- Informasjon og dialog blant annet ved bruk at digitale verktøy
- Pårørendeskoler og samtalegrupper som medvirker til læring og mestring

Langvarig og omfattende omsorgsinnsats kan øke risikoen for helseskader. En helhetlig pårørendepolitikk må ta høyde for dette og sette inn tiltak som hindrer at pårørende blir utbrent og selv får behov for hjelp.

Tabell 1.18 Lokale eksempler til inspirasjon, se også boks 8.3

Tittel	Hva	Hvem
Fleksible avlastnings-ordninger	Avlastningsordninger som også tilbyr tjenester på kveld og natt	Maurtuva Vekstgård i Inderøy kommune, Råkhaugen omsorgssenter i Molde kommune og Vittersø gård i Larvik kommune
Friskus – informasjon og dialog med pårørende	Et digitalt verktøy for kommunikasjon og samarbeid mellom kommune, lokalsamfunn, frivillige og pårørende	Førde, Voss og Naustdal kommuner, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, Nasjonalforeningen for folkehelsen og Røde Kors i Sogn og Fjordane
Informasjon til pårørende	Nettside for pårørende med aktuell informasjon	Gjøvik kommune
KOMP	Dataskjerm for enkel kontakt med familie og sosialt nettverk	Kreftforeningen og No Isolation
Helhetlig pårørendetilbud	Bredt pårørendetilbud til innbyggerne, blant annet lavterskeltilbud	Ålesund kommune
Pårørendeskoler og samtalegrupper	Pårørendeskoler og samtalegrupper for pårørende til personer med demens	258 kommuner

3. Færre å forholde seg til – økt kontinuitet

Brukere og pårørende har behov for tilgjengelighet, kontinuitet, trygghet og forutsigbarhet i tjenestene. Mange kommuner har tatt ulike grep for å bidra til dette, blant annet gjennom nye arbeids- og organisasjonsmodeller og alternative turnusordninger. Reformen løfter fram fire forslag til løsninger som kan bidra til at den enkelte bruker og deres pårørende får færre å forholde seg til, og opplever økt trygghet og kontinuitet i tjenestetilbudet:

Primærkontakt

Helse- og omsorgstjenesten bør organisere sine tjenester slik at beboere i sykehjem og eldre brukere i hjemmetjenestene får en fast primærkontakt. Hensikten med primærkontakten er at brukeren og deres pårørende skal oppleve trygghet gjennom en klar ansvarsfordeling og et nært forhold til én person. Primærkontakten skal bidra til en hverdag preget av kontinuitet og forutsigbarhet for de eldre.

Riktig hjelp til riktig tid

Alle brukere i hjemmetjenestene bør være sikret at hjelpen kommer til avtalt tid, og at de får beskjed ved endringer av tidspunkt. Målet er økt forutsigbarhet og trygghet for den enkelte bruker og deres pårørende. Det finnes ulike verktøy for å bidra til dette, blant annet elektroniske programmer som optimaliserer planleggingen av arbeidslister og oppgavefordeling.

Nye arbeids- og organisasjonsformer

For at brukerne skal få bedre kontinuitet i tjenestetilbudet, har mange kommuner prøvd ut ulike arbeids- og organisasjonsformer. Fellesnevneren for disse er at de i all hovedsak er funksjonsinndelte arbeidslag. Lagene utgjør en liten og stabil personalgruppe som er organisert slik at pasienter skal få en oversiktlig og trygg hverdag med forutsigbare tjenester.

Alternative turnusordninger

For å gi eldre bedre og mer helhetlige helse- og omsorgstjenester, har flere kommuner prøvd ut alternative turnusordninger. Alternative turnusordninger, for eksempel langturnus, kan bidra til mer tilpassede tjenester ved at den ansatte er mer til stede og at det blir færre skifter av ansatte i løpet av et døgn. Flere studier i Norge viser at langturnus reduserer stress for de ansatte, og skaper mer kontinuitet og tid til brukerne. Langturnus inneholder vakter med daglig og ukentlig arbeidstid som fraviker arbeidstidsbestemmelsene i arbeidsmiljølovgivningen. Avtaler om alternative turnusordninger er derfor en forhandlingssak mellom partene i arbeidslivet.

Tabell 1.19 Lokale eksempler til inspirasjon, se også boks 8.4

Tittel	Hva	Hvem
Primærkontakt	Alle eldre får tildelt primærkontakt for å sikre at brukeren får best mulig tilrettelagte tjenester og individuell oppfølging	Bodø, Eidskog, Tromsø, Sortland og Kristiansund kommuner
Hjelp til avtalt tid – logistikk	Logistikkløsning for mer optimale kjøreruter og bedre fordeling av oppgaver	Horten kommune
Tjenesteshop	Nettbasert kalender- og bestiller-funksjon der tjenestemottakere kan bestille kommunale tjenester til det tidspunktet som passer den enkelte	Larvik kommune
Digitale innbyggertjenester	Digital tjeneste som sender meldinger mellom innbygger, pårørende og hjemmetjeneste. Brukere kan bestille og avbestille timer	Helsenorge.no
Nye arbeids- og organisasjonsformer	Funksjonsinndelte arbeidslag i hjemmetjenesten	Hamar kommune
Alternative turnusordninger	Langturnus i bofelleskap for personer med utviklingshemming	Lillevollen bofellesskap i Bodø kommune
	En rekke ulike arbeidstidsordninger, blant annet langturnus	Bergen kommune
Tromsømodellen	Fast bemanning i helgene og flere heltidsstillinger gjennom særavtale med fagorganisasjonene	Tromsø kommune

4. Mykere overgang mellom eget hjem og sykehjem

Kommunene bør legge til rette for bedre pasientforløp og mykere overgang mellom eget hjem og sykehjem. For eldre brukere kan det bety større trygghet og mindre påkjenning ved flytting. For pårørende kan det bety mer avlastning og støtte før flytting, og invitasjon til å fortsette å bidra etter flytting. For ansatte kan det bety lengre vekslingsfelt og bedre overlapping ved flytting. For kommunen kan det bety mer samordnet bruk av ressursene på tvers av hjemmetjeneste og sykehjem og bedre overlapping mellom tjenestetilbudet. For staten kan det bety å vurdere om det er barrierer i statlig regelverk som hindrer samordning og gode pasientforløp mellom eget hjem og sykehjem.

Tabell 1.20 Lokale eksempler til inspirasjon, se også boks 8.5

Tittel	Hva	Hvem
Integrerte tjenester	Sykehjem er integrert med hjemmetjenesten. Ansatte gir hjelp både i hjemmet og i institusjon	Kvitsøy kommune
	Enkelte deler av hjemmetjenesten og institusjonstjenesten er integrert	Bardu kommune
Enkeltvedtak i sykehjem	Beboere i sykehjem får samme rett til vedtak om innholdet i tjenestetilbudet som hjemmeboende	Fræna kommune

5. Planlagte overganger mellom kommuner og sykehus

For å sikre gode overganger mellom tjenestenivåene, bør det legges til rette for tidlig planlegging og saksbehandling for utskriving i samråd med pasient og pårørende, og for gjensidig kompetanseoverføring mellom tjenestenivåene. Målet er god og sammenhengende behandling og oppfølging, og å hindre uønskede reinnleggelser.

Reformen foreslår å videreføre læringsnettverk for gode pasientforløp i perioden 2020–2022, slik at alle kommuner og helseforetak får mulighet til å delta i læringsnettverket. Formålet er å støtte kommunene og helseforetakene i å bedre overgangene i pasientforløpet og sikre brukernes behov for å møte helhetlige, trygge og koordinerte tjenester.

Tabell 1.21 Lokale eksempler til inspirasjon, se også boks 8.6

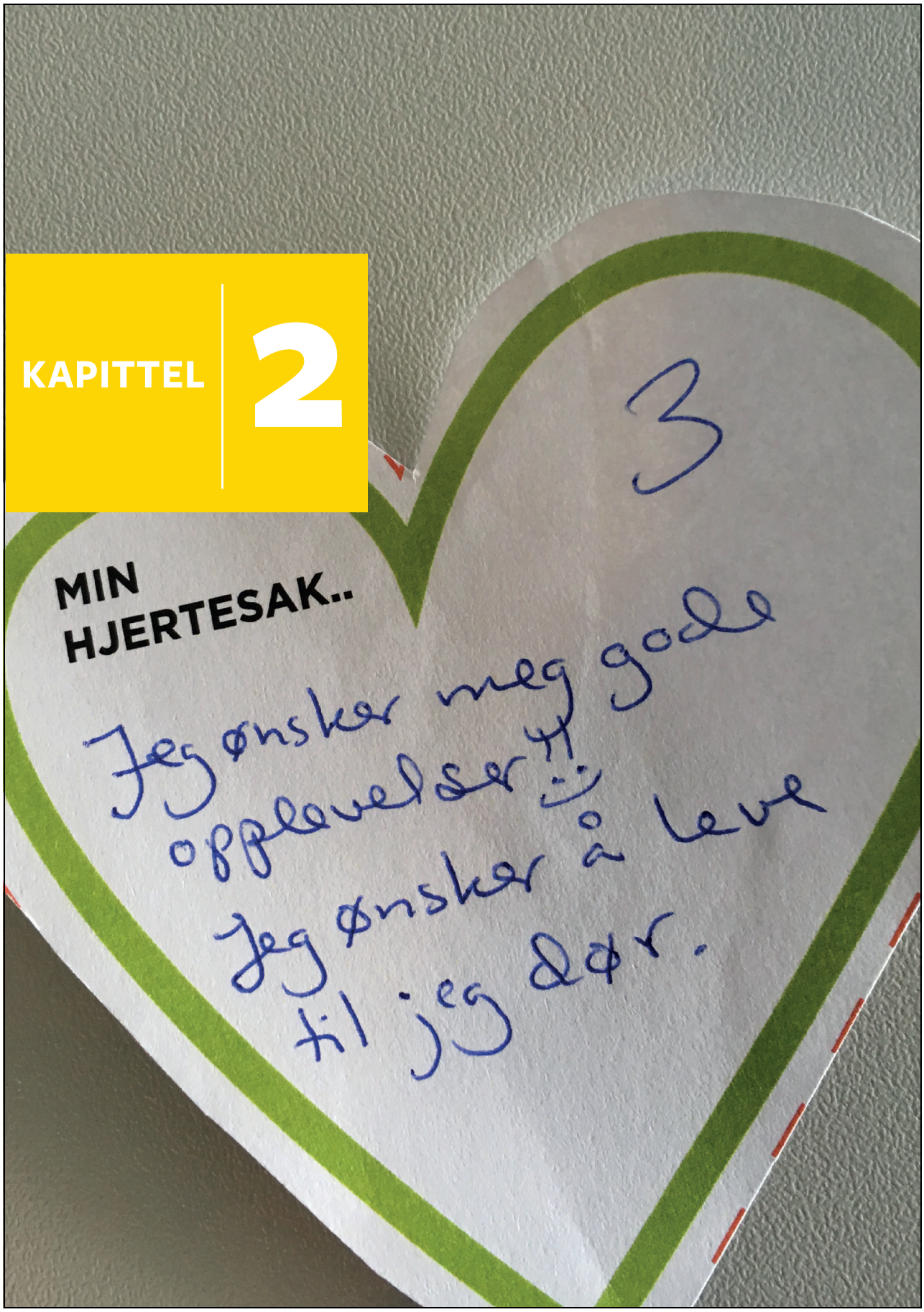
Tittel	Hva	Hvem
Tidlig planlegging og saksbehandling for utskriving	Samhandlingskontor mellom forvaltningsnivåene for å koordinere kommunene i samarbeid og forhandling med sykehusene	Akershus universitetssykehus og kommunene på Romerike
Tverrfaglig vurderingsteam	Tverrfaglig vurderingsteam i prosjektet Innovativ Rehabilitering i Indre Østfold	Helsehuset i Indre Østfold
Vurderingsteam	Vurderingsteam som har kontakt med sykehuset ved inn- og utskrivning av pasienter	Stovner bydel i Oslo kommune
Trygg utskriving fra sykehjem og sykehus	Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7 med nasjonalt læringsnettverk for å spre tiltakspakke for trygg utskriving	Helsedirektoratet Flere kommuner
Trygg utskriving	Team med ansvar for prosjekt Trygg utskriving med pasienten som likeverdig part	Kristiansund kommune
Gjensidig kompetanseoverføring	Retningslinjer for gjensidig kompetanseoverføring mellom sykehus og de kommunale helse- og omsorgstjenestene	St. Olavs hospital og kommunene i opptaksområdet
Strategi for helsetjenester til eldre	Strategi for helsetjenester til eldre	Diakonhjemmet og Oslo kommune
SAM-AKS	Samhandlingsprosjekt mellom avdeling for alderspsykiatri og kommunale sykehjem (SAM-AKS) for opplæring og veiledning i enkeltsaker	Avdeling for alderspsykiatri ved Sykehuset Innlandet HF
KVALAP	Kvalitetsregister i alderspsykiatri	Nasjonal kompetansetjeneste for Aldring og helse

1.9 Fundamentet for reformen

Samfunnet vil framover bli preget av at vi blir flere eldre, at andelen eldre i befolkningen vil øke, og at det etter hvert vil bli en sterk vekst blant de eldste eldre. På nasjonalt nivå dobles både andelen og antallet som er 80 år eller mer fram mot 2040. I tillegg vil framtida kunne innebære mangel på både arbeidskraft, pårørende og frivillige som er villige til å påta seg omsorgsoppgaver. Den største utfordringen vil kanskje være økende regionale forskjeller knyttet til de demografiske endringene. I 2040 vil mer enn hver tredje innbygger i mange distriktskommuner kunne være over 65 år.

Mange problemstillinger som følger av endringene i befolkningssammensetning blir ivaretatt i de meldinger og handlingsplaner som tidligere er lagt fram.

Regjeringen har tatt grep for å utvikle gode og bærekraftige løsninger gjennom ulike folkehelsetiltak, tiltak for økt kompetanse og kapasitet i tjenestene og ved utvikling av nye løsninger og arbeidsformer både i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og i spesialisthelsetjenesten. Dette følger blant annet av Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan 2016–2019, Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter og Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, samt Kompetanseløft 2020 og Omsorg 2020 med investeringstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger, demensplan og forsøk med statlig finansiering. Gjennomføringen av tiltakene i disse meldingene og planene danner grunnlaget for Leve hele livet.


KAPITTEL
2
MIN
HJERTESAK..
3
Jeg ønsker meg gode
opplevelser
Jeg ønsker å leve
til jeg dør.

Figur 2.1

2 Aldring og eldre – helse og velferd

Eldrepolitikk er mye mer enn helse- og omsorgspolitikk. Dagens og morgendagens eldre lever lenger, og mange har både 20 og 30 år som pensjonister foran seg. Mange lever aktive liv med god helse og livskvalitet, og deltar aktivt i samfunnet, både lokalt og sentralt, i familie, organisasjoner, arbeidsliv og kulturliv.

Folkehelsepolitikk og helse- og omsorgstjenester skal bidra til at vi kan fortsette å leve hele livet, fortsette å ta del i familieliv, kulturliv og samfunnsliv og ha en meningsfull tilværelse i fellesskap med andre, til nytte og glede for samfunnet.

Helse- og omsorgslovgivningen skiller ikke på alder. Den er lik for alle. Allmenne helse- og omsorgstjenester som gjelder alle, uavhengig av kjønn, alder, bosted og økonomi, er en av de viktigste styrkene ved velferdssamfunnet vårt. Når denne reformen velger å fokusere på de eldste aldersgruppene, er det for å se nærmere på og forsikre oss om at vi har ordninger og tjenester som er godt tilpasset og har nok bærekraft til å møte en framtid med flere eldre, flere eldste eldre og høyere andel eldre i befolkningen.

2.1 Aldring og alderdom

Aldring kan forstås både som biologiske, psykologiske, sosiale og kulturelle prosesser.

Den biologiske og fysiologiske aldersprosessen starter allerede i 20-årene. Kroppslig viser aldringen seg gjennom kjennetegn som redusert muskelstyrke, endringer i blodtrykk og redusert syn og hørsel. Denne reduksjonen fører ikke i seg selv til sykdom, men til økt sårbarhet for forskjellige påkjenninger.

Den psykologiske og kognitive aldersprosessen starter senere og arter seg annerledes. Tegn på kognitiv aldring kan være langsommere reaksjonsevne, langsommere tempo og glemsomhet. Noen opplever at aldring og reduserte funksjoner gir svekket selvbilde, noe som også øker sårbarheten.

Sosial alder viser seg gjennom sosiale kjennetegn som kontakt med andre, deltakelse i samfunnslivet, i arbeid, nabolag og familie. Den mest typiske sosiale aldersforandringen finner sted ved pensjonering. Ved avslutning av arbeidslivet opplever mange at kontaktnettet reduseres og at de ikke lenger blir verdsatt på samme måte som når de står i produktivt arbeid.

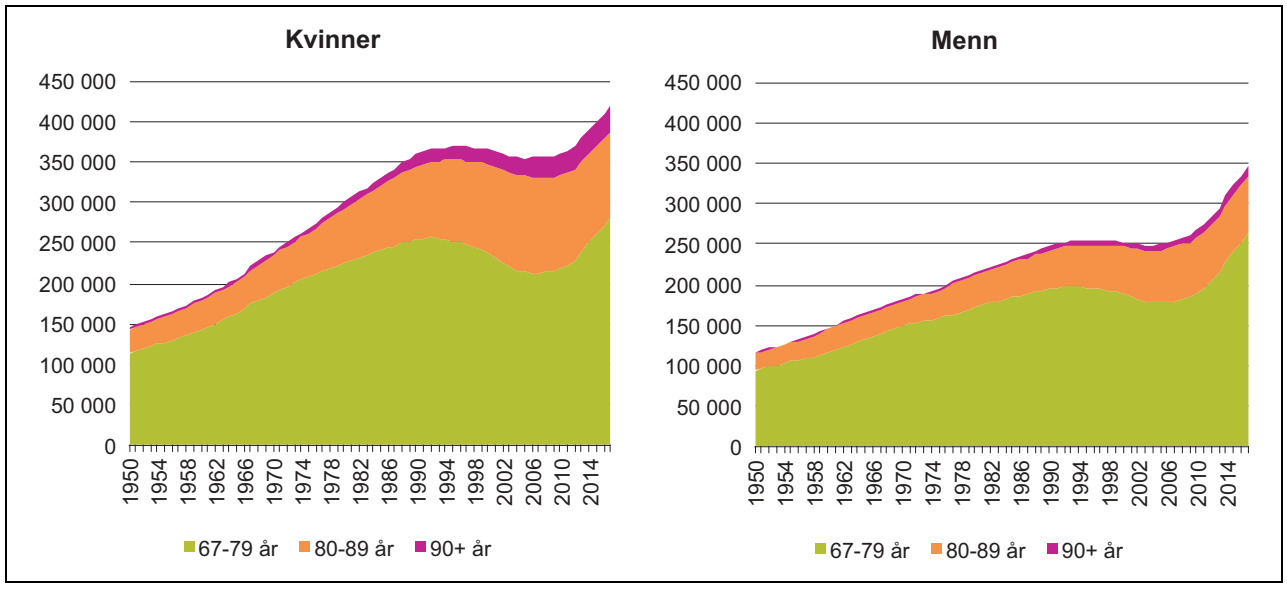
Overganger og rolleendringer preger den sosiale aldringsprosessen. De sosiale og kulturelle aldringsendringene handler også om hvordan samfunnet organiserer og deler livet inn i ulike livsfaser, og knytter plikter, oppgaver og forventninger til de ulike fasene: Barn/ungdom, voksne og eldre. Den tredje fasen er senere delt i den tredje og fjerde alder, der den siste beskriver livets siste periode, der flere får behov for bistand og hjelp.

I dagens samfunn er holdningene til eldre og aldring preget av ambivalens. Alle vil leve lenger, men ingen vil bli gamle. Vi hyller vitale, ungdommelige og aktive 80-åringer som fortsatt går Birkebeineren. Samtidig kommer det oppslag i avisene som ensidig beskriver gamle som syke og skrøpelige.

Aldring er forandring som innebærer både vekst og tap. På det psykologiske området kan det innebære vekst og utvikling nær sagt hele livet ut. Da handler det om vekst i modenhet, livsvisdom og mentale evner. Sosialt og kulturelt sett er spørsmål om vekst i status og anseelse mer avhengig av samfunnsmessige forhold. For mange av de som lever lenge innebærer alderdommen også tap av kollegaer, venner og ektefelle og roller som tidligere i livet har gitt mening og hatt samfunnsnytte.

Kroppslig starter aldringsprosessen tidlig i livet og innebærer aldersforandringer i form av redusert fysisk kapasitet og funksjonssvekkelse som er biologisk bestemt. Aldring er ingen sykdom, men med stigende alder øker risikoen for å bli syk. Fortsatt økende levealder og lavere dødelighet i eldre år, viser imidlertid at vi fortsatt ikke har realisert våre biologiske forutsetninger. Utvikling av gunstige levekår, miljøforutsetinger, levevaner, kosthold og sosial og fysisk aktivitet kan fortsatt påvirke aldringsprosessene.

Slik vil det også være meningsfullt å forstå aldring som en egenskap ved samfunnet. Vi står i



Figur 2.2 Antall menn og kvinner i befolkningen 67 år og eldre i perioden 1950–2017

Kilde: Befolkningsstatistikk, Statistisk sentralbyrå 2018

årene som kommer overfor demografiske endringer som vil påvirke de fleste markeder og samfunnsområder. Det aldrende samfunnet er først og fremst et resultat av etterkrigskullet som nå blir gamle, kombinert med økende levealder og lavere fødselstall.

Historiske utviklingstrekk

Norge har de siste sytti åra hatt en befolkningsøkning på nærmere 66 prosent. For aldersgruppen 67 år og eldre har veksten vært nesten tredoblet i samme periode, fra 264 000 innbyggere i 1950 til 766 000 innbyggere i 2017. I tillegg til å være flest i antall, har kvinner også hatt den største veksten i store deler av perioden. Siden begynnelsen av 2000-tallet har imidlertid veksten blant menn vært høyest. Det er verdt å merke seg at landet allerede har hatt en sterk vekst i andelen eldre over 80 år, men at denne veksten har flatet ut de siste ti år. Det er først og fremst de yngste eldre i aldersgruppen 67–80 år som nå vokser. Det vil gi seg utslag i sterk vekst i eldre over 80 år når vi nærmer oss 2030.

2.2 Eldres levekår og helse

Aldring er bare et stykke på vei forklart av medfødte forutsetninger. Like viktig er miljøbetingelsene som vi lever under. Lengre levealder kan vanskelig forklares innenfra, og er like mye forklart av levekår, livsstiler, sosiale relasjoner og medisinsk behandling (8).

Studier av aldring på befolkningsnivå gjør det tydelig at levekår og aldring henger nært sammen. Det er store sosiale forskjeller i forventet levealder blant eldre. I grupper som har lengre utdanning og god økonomi, er levealderen høyere enn i grupper med lavere utdanning og dårligere økonomi. Dette gjelder både i Norge og andre land.

Studier viser at Norge skårer høyt sammenliknet med andre land, både når det gjelder eldres økonomi, utdanning, arbeid og tilrettelagt miljø (9). Samtidig har Norge gått fra å ha verdens høyeste levealder til å havne et stykke ned på verdensrankingen, særlig for kvinner. Sammenliknet med andre OECD-land har Norge hatt en mindre gunstig utvikling i dødelighet særlig i de yngste og de eldste aldersgruppene (10).

Lokale forskjeller

Norge er et lite land med en nokså homogen befolkning og en universell velferdsstat som bidrar til å utjevne sosiale forskjeller. Av den grunn kan det være rimelig å anta at forskjeller mellom kommuner og lokalmiljøer er forholdsvis beskjedne også når det gjelder opplevd livskvalitet. Forskning viser imidlertid at det er betydelige forskjeller i livskvalitet fra kommune til kommune og fra bydel til bydel. Forskjellen mellom et utvalg bydeler øst og vest i Oslo er for eksempel betydelig. Lav skår på livskvalitet forklares primært av

levekårene i den aktuelle befolkningen, som lavere inntekt, dårligere helse og flere arbeidsledige (11).

Geografien kan gjøre det lettere eller vanskeligere å bo et sted, arbeidsmarkedet kan gi trygge eller utrygge utsikter, og godt sosialt samhold kan kompensere for dårlige levekår. Ulike kvaliteter ved stedet kan slå ulikt ut. Gjensidig tillit til naboer og øvrige medborgere er en ressurs for både individet og nærmiljøet, og antas ofte å være sterkest og mest utbredt på mindre steder med en stabil befolkning. Storbyen kan også ha sine lommer av tette naboskap og gjensidig tillit, og tilhørende høy grad av trivsel og trygghet. Nærmiljøet består også av formelle sosiale og politiske institusjoner, ikke minst kommunens tjenester og tilbud. Det kan være variasjon i tilgangen til velferdstjenester fra kommune til kommune, herunder tilgangen til helsetjenester og eldreomsorg (12).

Arbeid og frivillig innsats

Yrkesaktiviteten blant eldre har økt i årene etter pensjonsreformens innføring i 2011, ikke minst i aldersgruppen 62–66 år. Over halvparten av 63-åringene var i arbeid i 2016. Blant 69-åringer er andelen 14 prosent (13). Økningen i yrkesaktivitet har funnet sted både for kvinner og menn. Personer med høyere utdanning står atskilling lenger i arbeid enn personer uten høyere utdanning (14). Andelen mottakere av alderspensjon i aldersgruppen 67 år og over, som fortsatt er registrert i arbeid er fortsatt lav, men har steget jevnt fra 5,2 prosent i 2010 til 6,6 prosent i 2014. Økningen er jevnt fordelt mellom de som arbeider mindre enn 30 timer og de som arbeider 30 timer eller mer per uke.

Egenvurdert helsetilstand ser ut til å ha relativt stor innvirkning på de eldres aktiviteter. De som uttaler at helsa er utmerket eller meget god, bruker mest tid til frivillig arbeid og organisasjonsdeltakelse (15). Tiden pensjonister bruker på organisert og uorganisert frivillig arbeid anslås i en undersøkelse utført for Statens seniorråd til 45 000 årsverk i 2016, noe som gir et verdibidrag til samfunnet på over 25 mrd. kroner i året. Til forskjell fra yngre aldersgrupper har eldres frivillige innsats økt de siste tiårene. Kanskje har dagens pensjonister i større grad enn tidligere generasjoner blitt sosialisert inn i et aktivt og voksende organisasjonssamfunn, og tatt med seg denne aktiviteten inn i pensjonisttilværelsen, godt hjulpet av bedre helse og et høyere utdanningsnivå (16).

Frivillig arbeid er en måte å bidra til fellesskapet på. Deltakelse i frivillighet er høy i de nordiske landene, som har vært karakterisert som verdensmestre i frivillig arbeid sammen med Nederland (17). Frivilligheten er høy i Norden både blant yngre og eldre, og er særlig høy blant personer med høy utdannelse, god helse, et stort sosialt nettverk som er godt integrert i lokalmiljøet (18; 19). Selv om deltakelsen er høy sammenliknet med andre land, er den samlede tiden som brukes på frivillighet fortsatt lav (20; 21). Det kan dermed være et betydelig potensial for å øke den frivillige innsatsen.

Helse

Helsa og familien ses av både unge og gamle som viktigst for livskvaliteten. De materielle levekårene kommer i andre eller tredje rekke, kanskje til dels fordi den materielle velstanden er såpass god i dagens Norge.

Seks av ti 80-åringer vurderer sin egen helse som god eller svært god. Andelen med god helse synker med alderen, fra nesten 90 prosent blant de yngste (16–24 år) til 75 prosent blant de middelaldrende (45–66 år) og til knapt 60 prosent blant de aller eldste (22). Helse- og levekårsundersøkelser og internasjonale studier viser at selv om forekomsten av sykdommer øker, har andelen eldre med hjelpebehov gått noe ned, eller vært stabil de siste 20 til 30 årene (23; 24).

Selv om flere eldre enn tidligere rapporterer god funksjonsevne og i større grad enn tidligere klarer hverdagens utfordringer, er det også mange som lever lenge med kroniske sykdommer og funksjonssvikt. For mange kan aldring innebære sansetap og svekket syn, hørsel, lukt og smak. Nesten alle som har passert 75 år oppgir for eksempel at de sliter med hørselen i sosiale sammenhenger. Forekomsten av mange sykdommer øker med økende alder. Eldre har i tillegg ofte flere sykdommer samtidig, og andelen som har flere kroniske sykdommer er derfor høyere hos de eldste, særlig de over 80 år. Forskning har vist at blant personer over 75 år, har mer enn halvparten fire eller flere sykdommer som de trenger behandling for (15). Flere eldre vil leve med kreft. Færre vil dø av hjertesykdom, og flere vil få demens. Det er anslått at om lag 70 000 personer i Norge har demens. Mange hjerneslagpasienter får nedsatt funksjonsevne og trenger hjelp i hverdagen. Forekomsten av brudd i Norge er blant de høyeste i verden. Hoftebrudd har størst konsekvenser. Mange brudd skyldes redusert benmasse (osteoporose) kombinert med et fall. Fore-

komsten av brudd i Norge er blant de høyeste i verden. Det anslås at det skjer om lag 9 000 hoftebrudd i året i Norge. En av seks dør innen det har gått ett år, en av fire går fra å bo hjemme til å bo på institusjon (225). Fallskader er rangert som den sjette viktigste bidragsfaktoren til helsetap i Norge.

Forskning på eldres helse og sykelighet de siste årene viser at eldre ikke nødvendigvis har fått færre år med sykdom enn før, kanskje snarere flere (15). Likevel ser det ut til at de klarer seg bedre med disse sykdommene enn tidligere. Det kan henge sammen med høyere utdanning, bedre mestringsevne, bedre medisinsk behandling, og fysiske omgivelser og teknologi som tilrettelegger for at eldre kan klare seg selv.

I den eldre befolkningen er depresjon (12–19 prosent) og angst (5–10 prosent) de vanligste psykiske lidelsene (25). Hos pasienter i sykehjem er det anslått at så mye som 40 prosent har symptomer på psykiske lidelser. Nyere studier viser at sosial isolasjon og ensomhet er knyttet til økt risiko for alvorlige sykdommer og tidlig død (26).

En økende andel beholder egne tenner hele livet. Samtidig har den eldre befolkningen større problemer med tannhelsen sammenliknet med den yngre befolkningen. Bivirkninger av legemidler og reduksjon i kognitive og fysiske funksjoner fører til økende risiko for tannhelseproblemer. Eldre dominerer blant dem med høyest utgifter til tannbehandling (27).

Det er lite som tyder på at det er forskjeller mellom den samiske befolkningen og andre når det gjelder forventet levetid, helsetilstand og forekomst av sykdom (28; 29; 30). Sykdomsbildet skiller seg lite fra den øvrige norske befolkningen. Forskning tyder også på at helseproblemer som oppleves av andre urfolk i den polare region, som for eksempel økt risiko for diabetes, hjerte- og karsykdom, infeksjonssykdommer og lungekreft, ikke slår ut på samme måte i Norge (28). Det er grunn til å tro at dette har sammenheng med sosio-økonomiske forhold i vårt land. Det er likevel behov for tilrettelegging av helse- og omsorgstjenester for den samiske befolkningen, tilpasset samisk språk, kultur, tradisjoner og sykdomsforståelse (31).

Norge blir i økende grad preget av mangfold i befolkningen. Blant alle i Norge som er 70 år eller mer, er bare 4 prosent innvandrere. Om 30 år kan denne andelen ha økt til 15 prosent. Innvandrere er ingen homogen gruppe, og de helserelaterte utfordringene varierer. Enkelte sykdommer har en betydelig høyere forekomst i enkelte grupper av innvandrere, enn i den øvrige befolkningen. Det er også betydelige kjønnsforskjeller i yngre aldersgrupper, som jevnes noe ut i eldre år (32). Statistikken viser likevel at forekomsten av kronisk sykdom, nedsatt funksjonsevne og andelen med minst en diagnose er omtrent den samme for innvandrere med lang botid som den er for den øvrige befolkningen (15).

Fordi det kan være store forskjeller mellom eldre, blant annet når det kommer til helse, kan det være nyttig å skille mellom følgende tre hovedgrupper:

1. Eldre personer med god helse, som lever et aktivt liv uten helseproblemer langt inn i alderdommen
2. Personer som eldes normalt med en eller flere kroniske sykdommer som ikke påvirker livskvaliteten nevneverdig. De klarer seg fint hjemme med oppfølging fra fastlege
3. Personer med tidlig aldring, vanligvis personer under 75 år med flere helseproblemer – både akutte og kroniske. De har høyt forbruk av helsetjenester og høy risiko for institusjonalisering

De to første gruppene utgjør omtrent 80 prosent av eldre, mens 20 prosent tilhører den siste gruppen (7).

Sosiale relasjoner og sosial støtte

Livet selv setter sine spor. Historiske begivenheter og levevilkår påvirker aldringsforløpet for den enkelte på godt og vondt. Individet er også selv en aktør i sin egen aldring, ofte i samspill med sine nærmeste, som normalt er en sosial støtte og en kilde til hjelp og omsorg. De nærmeste relasjonene kan også være byrdefulle i deler av livet. Familien står sentralt i de flestes liv og gir en grunnleggende sosial og følelsesmessig forankring. For noen representerer familien likevel et savn og en sorg.

Eldre spiller ofte en sentral rolle når det gjelder omsorg for barnebarn og avlastning for yrkesaktive barn (33). Barnebarn er også viktig for mange eldres livskvalitet. Rollen som besteforeldre er sentral i mange eldres liv, og bygger broer mellom generasjonene.

Endringer i familiemønster, fallende fruktbarhet og økt gjennomsnittsalder for førstegangsfødende, gjør imidlertid at færre får oppleve å bli besteforeldre (34; 35). Mens besteforeldre tidligere hadde mange barnebarn å forholde seg til, hender det nå at et barn har flere sett besteforeldre og reservebesteforeldre.

Vi blir tildelt en familie, men velger selv våre venner. Vennskap er dermed en høyst personlig relasjon, oftest også likeverdig og preget av gjensidighet, balanse og tillit. I vennskapet ligger særegne trekk og verdier av betydning for livskvalitet, som vanskelig kan erstattes av andre relasjoner.

Ensomhetsfølelsen rammer innvandrere dobbelt så ofte som andre, viser tall fra Statistisk sentralbyrå. Hele 39 prosent av innvandrerne sier at de ofte eller av og til er ensomme mot 21 prosent hos resten av befolkningen i Norge. Dårlig kontakt med det norske samfunnet og svekket familienettverk bidrar til sosial isolasjon.

Vennskap kan ha fått stigende betydning i moderne samfunn, der individualisme og autonomi er sentrale verdier, og vi kan vise hvem vi er gjennom hvem vi omgås (36; 37; 38). Det store flertallet av befolkningen har jevnlig kontakt med venner. 47 prosent av menn og 57 prosent av kvinner i alderen 70 år og over treffer venner ukentlig eller oftere. De kan ha mistet gode venner i dødsfall, og dårlig helse kan sette sine grenser. Bare få er likevel uten gode venner, menn litt oftere enn kvinner (8).

Bolig

Boligen er både en arena for sosialt samvær, en kilde til identitet og en ramme om mange av våre viktigste behov. De fleste ønsker å bo hjemme så lenge som mulig. Mange eldre eier store og gamle boliger som gjennomgående er dårlig tilpasset beboere med nedsatt funksjonsevne, og kan ha tungvint adkomst og flere etasjer med trapper. For mange eldre kan det være vanskelig å flytte, og mange blir derfor boende i en bolig selv om den er dårlig egnet (39). Omtrent halvparten i alderen 50 år og over, har en bolig de ikke vurderer som egnet for eldre år. Data fra Levekårsundersøkelsen 2007 (39) viste at 30–40 prosent av seniorene bor i boliger med ytre eller indre hindringer.

En rekke forhold ved boligen og bomiljøet kan påvirke helsen. Tilgang på bolig, boligens beskaffenhet og beliggenhet har betydning for den enkeltes helse. Dårlig inneklima, trangboddhet og ytre forurensing er eksempler på faktorer i og rundt boligen som kan forårsake helseproblemer. De samme faktorene kan påvirke attraktiviteten på boligen, og påvirke hvem som vil kjøpe den og bo der. Slik kan sosiale forskjeller i helse også være knyttet til boligen (40).

Det er en betydelig samfunnsøkonomisk gevinst ved at eldre kan bli boende i egen bolig og få pleie og omsorg her framfor å måtte flytte på institusjon (41). I egen bolig er det lettere å tilpasse helse- og omsorgstilbudet til den enkeltes behov, og det er lettere å mobilisere familie, venner og det sosiale nettverket. I tillegg kan eldre holde seg friskere lenger ved at egne ressurser utnyttes bedre. For mange eldre er det viktig å slippe å bryte opp fra kjente og kjære omgivelser.

Nærmiljø

Mange eldre gir uttrykk for at lokalmiljøet har stor betydning for deres livskvalitet. Nærmiljøets kvaliteter og muligheter får større betydning for pensjonistene fordi de tilbringer mer tid der enn folk som er i arbeid. De er avhengige av å få dekket mange av sine ulike behov der og ha en nærhet til det meste: offentlige og private tjenester, handel og service, sosiale møteplasser, kulturtilbud og arrangementer, turveier og grøntområder. Slik tilgjengelighet i nærmiljøet er grunnleggende for å få muligheten til et hverdagsliv der de i stor grad kan fungere selvstendig og klare seg selv.

Nabolag der folk kjenner hverandre og hjelper hverandre ved behov kan være en vesentlig kilde til trygghet og trivsel. Betydningen av naboer kan bli særlig viktig i eldre år, fordi de er de geografisk nærmeste, mens de sosialt nærmeste ofte bor lenger borte. Nabolag har for øvrig også grenser for tilgjengelighet. Naboer kan være lette å be om litt hjelp, ta inn posten når en er bortreist eller følge med om noe skjer. Mer omfattende og varige behov går ofte lenger enn naboskapsnormene rekker, og blir som regel et ansvar for helse- og omsorgstjenestene og den nære familien. Vissheten om å ha vennlige naboer, som det går an å spørre om det skulle være nødvendig, kan under alle omstendigheter representere en vesentlig kilde til trygghet.

Det er betydelig variasjon kommuner imellom når det gjelder naboskapsintegrasjon (11). Jo større kommune, desto mindre kontakt. Nabokontakten er vanligvis tettere på landet enn i byene. I de minste kommunene hadde 56 prosent mye kontakt med naboene, mot 13 prosent i de største kommunene. Småsteder kan imidlertid også være sårbare på grunn av lange avstander og fraflytting, der unge flytter ut og gamle blir igjen. Dette har bidratt til en voksende etterspørsel etter sentrumsnære seniorboliger (8).

Økonomi

Generelt har eldres økonomi blitt klart bedre de siste årene. Seniorer over 67 år har hatt en gunstig inntektsutvikling av flere grunner. Dagens

pensjonister har bedre pensjonsopptjening enn gårsdagens. De har oftere tjenestepensjon og mer oppsparte midler (42). Dagens seniorer står dessuten noe lenger i arbeid. Også dette bidrar til å løfte økonomien for eldre som gruppe, men ikke alle nyter godt av denne utviklingen.

I Norge har andelen med lavinntekt blant de over 67 år falt de siste årene. Nedgangen i andelen med lavinntekt blant eldre skyldes flere forhold. Nye alderspensjonister har de senere årene et høyere pensjonsgrunnlag enn tidligere årskull. En økning av minste pensjonsnivå har også bidratt til en nedgang i andelen med lavinntekt blant de eldre (43).

En rimelig god økonomi kan være en nødvendig forutsetning for sosial deltakelse. Sammenlignet med andre, har pensjonistene som gruppe, en forholdsvis lav inntekt, men fordi de gjerne har betalt ned sin gjeld, klarer de fleste seg likevel godt.

Det er like fullt betydelig økonomisk ulikhet også blant norske seniorer (42). Fortsatt er det personer og grupper med lave inntekter og dårlig råd. Blant disse er aleneboende minstepensjonister og innvandrere. Pensjonister med dårlig råd har ellers tilgang til sosiale stønader på linje med andre, så som bostøtte, hjelpestønad og sosialhjelp. Av disse er bostøtte den viktigste, og gir for mange et vesentlig tilskudd ved høye boutgifter, f.eks. ved flytting til en ny senior- eller omsorgsbolig.

Lavinntekt og fattigdom kan ha negativ innflytelse på helsen fordi et rimelig nivå av levekår krever en viss inntekt. Økt inntekt gir statistisk sett bedre helse, men den positive effekten avtar gradvis med økende inntekt. Imidlertid vil eldre med større økonomisk handlingsrom kunne tilrettelegge bolig og nærmiljø, samt kjøpe seg tjenester som kan bidra til å øke deres funksjonsnivå.

Utdanning

Befolkningens utdanningsnivå har økt kraftig de siste tiårene, og hvert nye fødselskull oppnår i hovedsak et høyere utdanningsnivå enn forrige kull (15).

Sammenhengen mellom utdanning og helse er sterkere enn sammenhengen mellom inntekt og helse (15). Helsen generelt er bedre blant personer med høy utdanning. I Norge har levealderen økt for alle utdanningsgruppene siden 1960-tallet, men de med høy utdanning har hatt den beste utviklingen. Det vil derfor trolig slå positivt ut at en økt andel av framtidas eldre vil ha bedre utdanning sammenliknet med dagens situasjon.

Samtidig er det store geografiske variasjoner i utdanningsnivået til framtidas eldre. Særlig ser vi at fylker med storbyer og store utdanningsinstitusjoner har en befolkning med klart høyere utdanning enn fylker med mer rurale bosettingsmønstre, og at økningen i andelen med høyere utdanning har vært sterkere i storbyfylkene. Dette innebærer at de regionale forskjellene i utdanningsnivå blant eldre trolig vil øke framover (15).

Levevaner, livsstil og mestringsevne

Den største andelen av tidlig død og tapte leveår i den norske befolkningen skyldes de ikke-smittsomme sykdommene som hjerte-karsykdommer, diabetes type 2, kroniske lungesykdommer og kreft. Fysisk aktivitet, sunt kosthold, røykfrihet og redusert alkoholbruk vil gi god beskyttelse og redusere risiko for utvikling av kroniske sykdommer. I følge Folkehelseinstituttet er det fire nøkkelfaktorer som er viktige for helse i eldre år: Høy kognitiv aktivitet, høy fysisk aktivitet, et aktivt sosialt liv og et godt kosthold.

Vi lever lenger, men det er noe usikkert om de ekstra leveårene medfører bedret helse. Vi har begrenset med kunnskap om hvordan sykeligheten endrer seg når levealderen øker, eller hvor stor del av levealdersøkningen som skyldes medisinske framskritt og livsforlengende behandling. Forskning gir ikke noe entydig svar på om økt antall leveår gir gjennomsnittlig flere, færre eller like mange år i god helse. Mye tyder likevel på at flere lever lenger med bedre funksjonsnivå (15).

Resultater fra studier i Sverige, England, USA og Norge kan likevel tyde på at eldre er friskere, mer funksjonsdyktige og har bedre hukommelse enn tidligere (23; 44; 45; 46; 47; 48; 49). En stor landsdekkende helseundersøkelse blant eldre i Sverige (SWEOLD) viste imidlertid det motsatte for en del helseutfall blant de eldste (23).

Eldre synes i alminnelighet å mestre dårlige levekår bedre. Det å ha lav inntekt, dårlig helse eller å bo alene gir mindre utslag for livskvaliteten blant personer over 70 år enn blant yngre (50). Eldre mennesker har hatt mer tid til å tilpasse seg sin livssituasjon, og kan ha lært seg å mestre negative hendelser bedre enn tidligere i livet.

Det er lite kunnskap om hva som bekymrer de eldre og hvordan de klarer å uttrykke dette. Et studie av eldre hjemmetjenestemottakere viser fire hovedkategorier av bekymringer (51):

1. Bekymringer knyttet til deres forhold til andre, det vil si være en byrde for andre, miste selvråderett og sosiale bånd

2. Bekymringer knyttet til helserelaterte spørsmål
3. Bekymringer knyttet til aldring og kroppslig svekkelse, blant annet eksistensielle utfordringer med å takle hverdagen, framtida og døden
4. Bekymringer knyttet til livsfortelling og verdispørsmål, det vil si å miste tilknytning til medmennesker og ikke fungere som aktivt samfunnsmedlem

Den tidlige alderdommen oppleves generelt som god, til dels som svært god. Personer i 60-årene og langt inn i 70-årene er minst like tilfredse som yngre og opplever mindre negative følelser. Den sene alderdommen er mer krevende. Relativt mange over 75 år er deprimerte og ensomme og mindre tilfreds enn fem år tidligere. At det især er de siste årene som er så kritiske for livskvaliteten, er i tråd med internasjonal litteratur fra mange land (52). Studier som har fulgt personer fram til de dør, viser et særlig kraftig fall i livskvalitet de aller siste årene (53; 54).

2.3 Eldres bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester

Utbyggingen av de kommunale helse- og omsorgstjenestene de siste tre tiårene har først og fremst sammenheng med ulike handlingsplaner og reformer, som:

– Samlet de viktigste tjenestetilbudene i eldreomsorgen på kommunalt nivå
– La ansvaret for bo- og tjenestetilbudet til nye yngre brukergrupper til kommunene

Samtidig har tjenestetilbudet endret karakter, ved å legge større vekt på helsetjenester framfor sosiale forhold og praktisk hjelp i hverdagen.

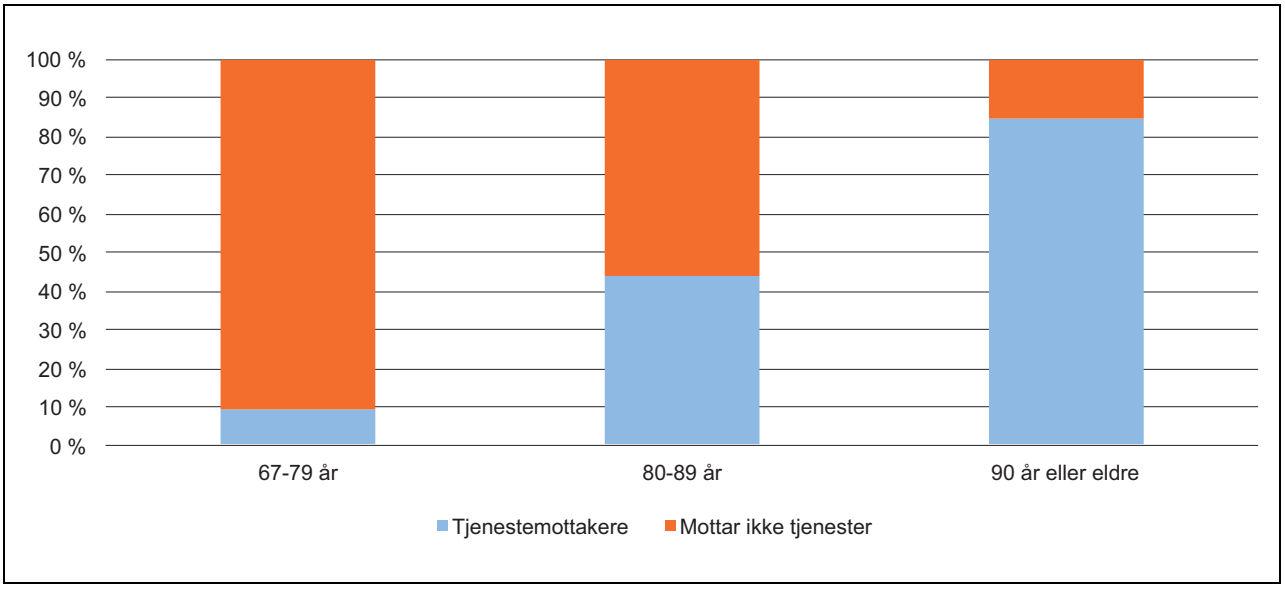
De fleste eldre er i jevnlig kontakt med fastlege

Med flere eldre hjemme og større satsing på hjemmebasert omsorg, blir kontakten med fastlegen viktig. Eldre over 67 år utgjør 14 prosent av befolkningen, men står for 24 prosent av konsultasjonene hos fastlegene.

I 2015 var 89 prosent av eldre mellom 67 og 79 år og 93 prosent av eldre mellom 80 og 89 år i kontakt med fastlege. Aldersgruppen 80–89 år var hos fastlegen nesten seks ganger i året (55). Blant eldre over 80 år er det flere menn enn kvinner som bruker fastlegen. Hos de aller eldste er det færre som har jevnlig kontakt med fastlegen. Det skyldes sannsynligvis at de i større grad får dekket sine medisinske tjenester fra sykehjem og spesialisthelsetjeneste (56). Samtidig var hele 37 prosent i den samme aldersgruppen i kontakt med legevakt.

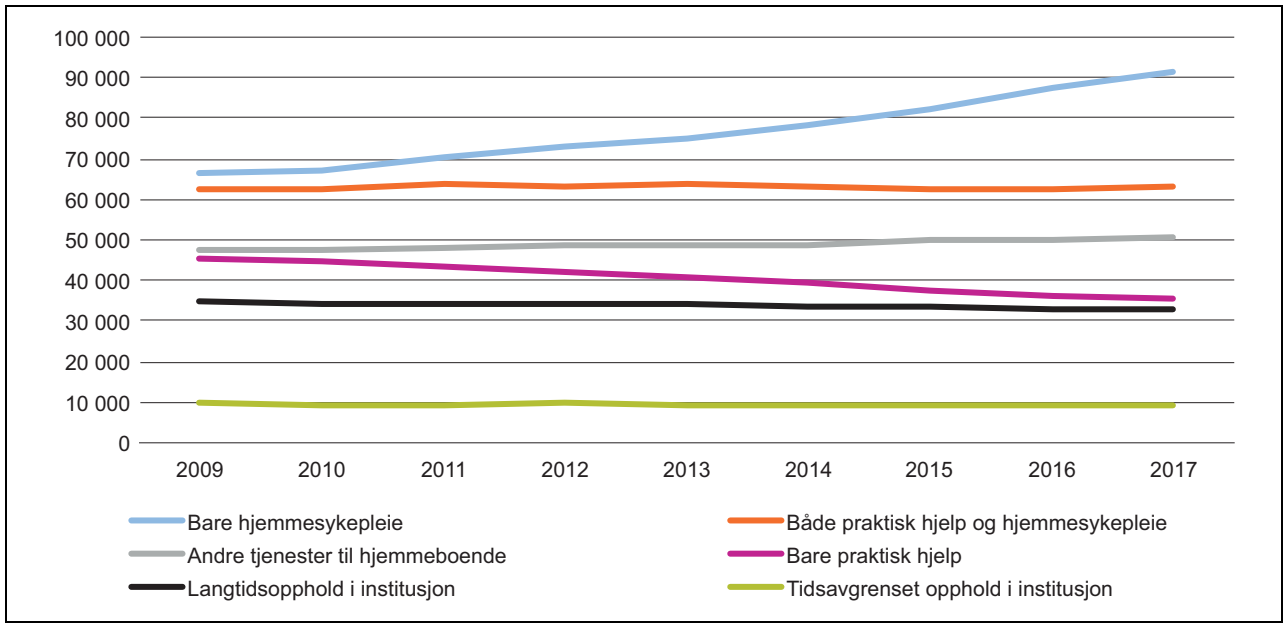
Eldre går regelmessig til tannlegen

Flere enn 9 av 10 eldre har vært hos tannlege i løpet av siste 12 måneder (57). Av de som er over 80 år, oppgir nesten to av tre at de vurderer sin tannhelse som god. Eldre som oppholder seg på sykehjem eller mottar hjemmesykepleie over len-



Figur 2.3 Andel mottakere av omsorgstjenester i aldersgruppene 67–79 år, 80–89 år og 90 år og eldre per 31.12.2017

Kilde: Statistisk sentralbyrå Statistikkbanken (foreløpige tall)



Figur 2.4 Mottakere av ulike omsorgstjenester per 31.12 2009–2017

Kilde: Statistisk sentralbyrå Statistikkbanken

gre tid, har vederlagsfri rett til nødvendig tannhelsetjeneste fra fylkeskommunen. Fylkeskommunen skal gi et regelmessig og oppsøkende tilbud.

Flere eldre trener hos fysioterapeut

Eldre over 67 år utgjør en økende andel av pasientgrunnlaget hos private avtalefysioterapeuter. I 2015 var 26 prosent av pasientene over 67 år, og nesten 7 prosent av pasientene over 80 år gamle.

Mer enn halvparten over 80 år mottar omsorgstjenester

En ikke ubetydelig andel av befolkningen mottar en eller flere kommunale omsorgtjenester (ulike former for hjemmetjenester, aktivitetstilbud og heldøgns tjenester i omsorgsbolig eller institusjon) gjennom året. I 2017 var det over 360 000 som i løpet av året mottok kommunale omsorgstjenester.

Per 31. desember 2017 var det 283 000 brukere av en eller flere kommunale omsorgstjenester. Av dem var 169 000 eller 60 prosent 67 år og eldre. Mens tallet på mottakere av omsorgstjenester totalt har økt med 16 000 fra 2009, har det vært en nedgang på nesten 2000 brukere blant eldre i samme periode. Dette kan først og fremst sees i sammenheng med at det er blitt færre eldre i aldersgruppen 80–89 år.

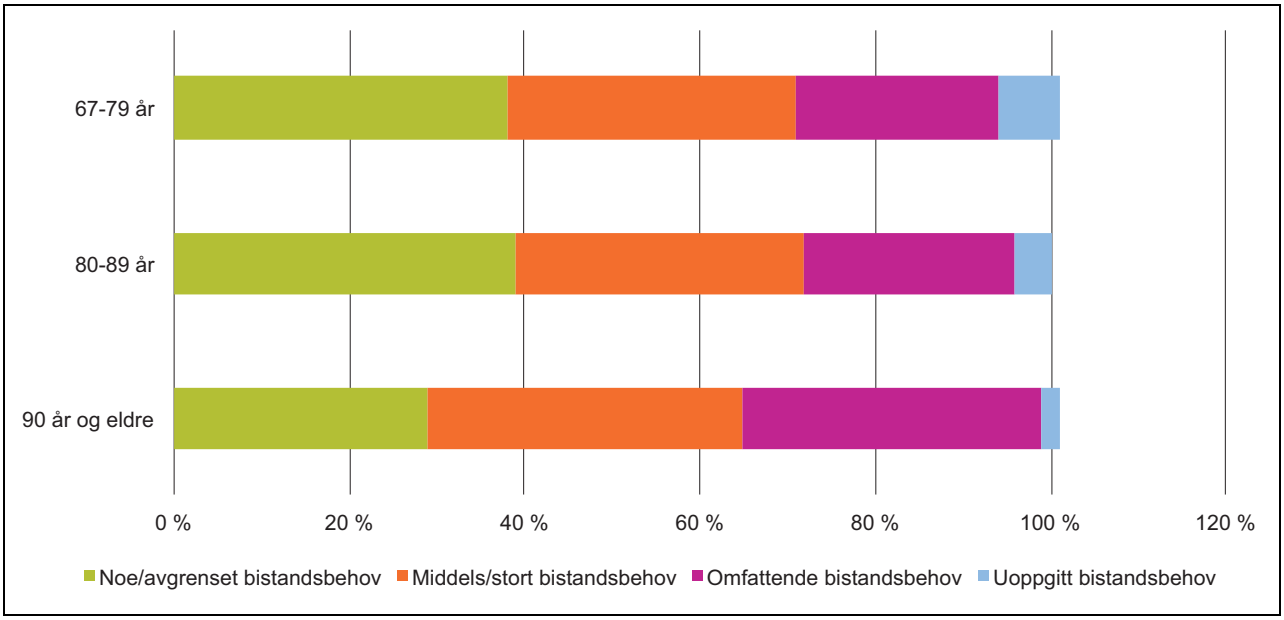
Andelen mottakere av omsorgstjenester stiger med økt alder, med et gjennomsnitt på knapt 10 prosent i aldersgruppen 67–79 år, vel 43 prosent i 80–89 år, til et gjennomsnitt på 85 prosent i aldersgruppen 90 år og eldre. De aller fleste mottar tjenestene i eget hjem.

Det er tallet på mottakere av helse- og sosialtjenester i hjemmet som vokser

Siden 2009 har det vært en betydelig økning i antall mottakere av helse- og sosialtjenester i hjemmet, i form av sykepleie, vernepleie, ergoterapi, sosialfaglig og pedagogisk bistand m.v. Samtidig har vært en nedgang i mottakere av hjemmehjelp og praktisk bistand. Tallet på mottakere av tjenester i institusjon og øvrige tjenester holder seg ganske stabilt. Det har blant annet sammenheng med veksten i tallet på yngre tjenestemottakere, og økningen i mer omsorgsboligbaserte tjenestetilbud både til eldre og yngre mottakere.

Størst bistandsbehov blant eldre over 90 år

Mottakere av omsorgstjenester over 90 år har klart størst bistandsbehov. 34 prosent av denne gruppen har omfattende behov for bistand og 36 prosent har middels til stort bistandsbehov. I aldersgruppen 67–89 år har nesten 4 av 10 tjenestemottakere bare noe/avgrenset bistandsbehov.



Figur 2.5 Mottakere av omsorgstjenester etter bistandsbehov 67 år og eldre i 2016

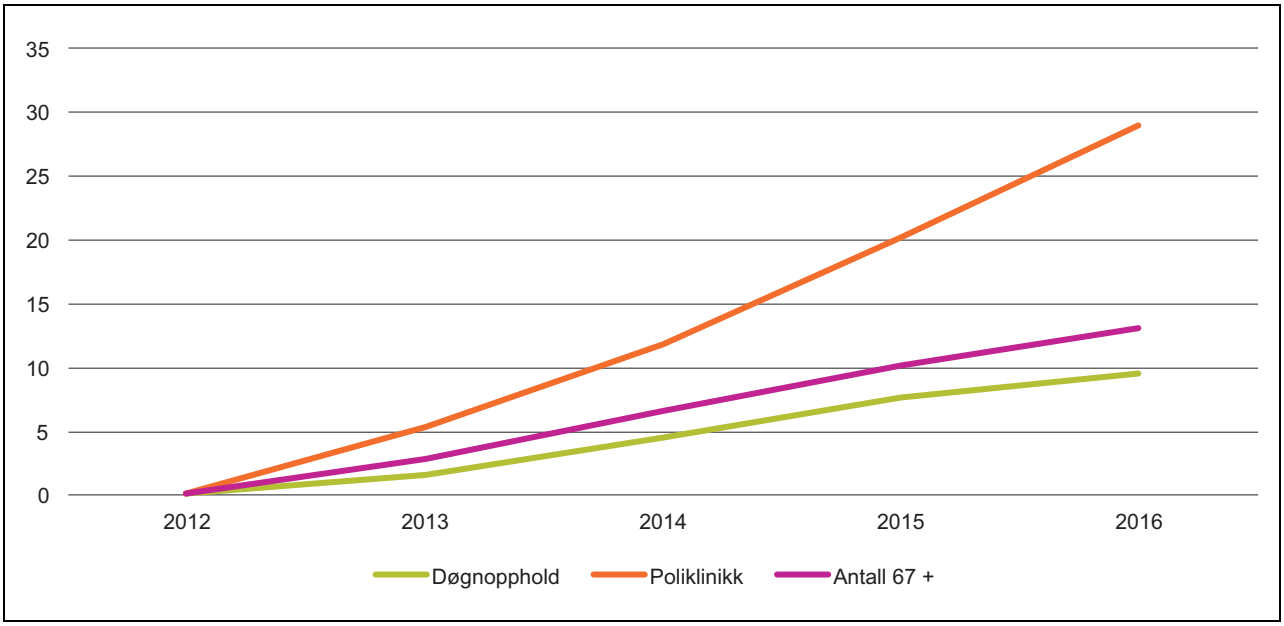
Kilde: Iplos. SSB-rapport 2017/26

2.4 Eldres bruk av spesialisthelsetjenester

Endringene i befolkningens alderssammensetning reflekteres i bruken av spesialisthelsetjenester, ettersom andelen av befolkningen som mottar slike tjenester øker gradvis med høyere alder, både for menn og kvinner. I perioden 2012–2016 (58) økte antall personer over 67 år som mottok behandling i spesialisthelsetjenesten med 17 prosent, mens befolkningsveksten var på 14 prosent.

Det er først og fremst en betydelig økning i poliklinisk behandling i alle aldersgrupper, også for de eldste over 90 år. Samtidig er det en reduksjon i døgnopphold per innbyggere blant eldre under 90 år, og gjennomsnittlig liggetid går ned for pasienter over 67 år (58).

Om lag 80 prosent av befolkningen over 80 år hadde kontakt med et helseforetak, et privat syke-



Figur 2.6 Prosentvis endring i bruk av somatiske spesialisthelsetjenester fordelt på døgnopphold og poliklinikk blant eldre 67 år og over (2012–2016)

Kilde: Helsedirektoratet 2017 (58)

hus eller en avtalespesialist i 2016. De utgjorde 4 prosent av befolkningen og 8 prosent av pasientene i 2016 og sto for 17 prosent av totalt ressursbehov i spesialisthelsetjenesten. Ø-hjelpsinnleggelser inklusive kirurgi utgjør nesten 60 prosent av estimerte ressurser for aldersgruppen 80–89 år og nesten 80 prosent for de som er 90 år eller eldre. Målt per innbygger har det likevel vært en nedgang i denne typen innleggelse for alle eldre (58).

Endringer i befolkningens helsetilstand, utvikling av medisinsk teknologi og endret organisering av helsetjenester er forhold som kan påvirke framtidig behov for tjenestetilbud og ressurser. Økt forventet levealder kombinert med store fødselskull etter 2. verdenskrig fører til at antall eldre i befolkningen øker, og vil fortsette å øke framover.

At eldre pasienter i snitt hadde kortere opphold på sykehus i 2016 enn i 2012, må sees i sammenheng med nye og mindre belastende behandlingsmetoder som kan gjøres poliklinisk, bedre logistikk i sykehusene og samhandlingsreformens mål om å redusere liggetiden på sykehus. Det er ulikheter i antall liggedøgn for medisinske ø-hjelpsinnleggelser for små og større kommuner, og størst forskjeller for eldre over 90 år. Kommunegruppen med flest liggedøgn hadde 2,5 ganger flere liggedager enn kommunegruppen med færrest liggedøgn.

Sett i sammenheng med det kommunale tjenestetilbudet har de minste kommunene samlet sett flest mottakere per innbygger av både helsehjelp i hjemmet og langtidsopphold i institusjon, og færrest liggedøgn på sykehus for begge aldersgruppene.

2.5 Morgendagens eldre og framtidas helse- og omsorgstjenester

2.5.1 Demografiske endringer

Demografisk sett er Norge ett av de landene i Europa som vil ha de minst dramatiske endringene i alderssammensetningen i befolkningen. Dette skyldes delvis at vi allerede har gjennomgått slike endringer, og delvis at vi har hatt noe høyere fødselstall.

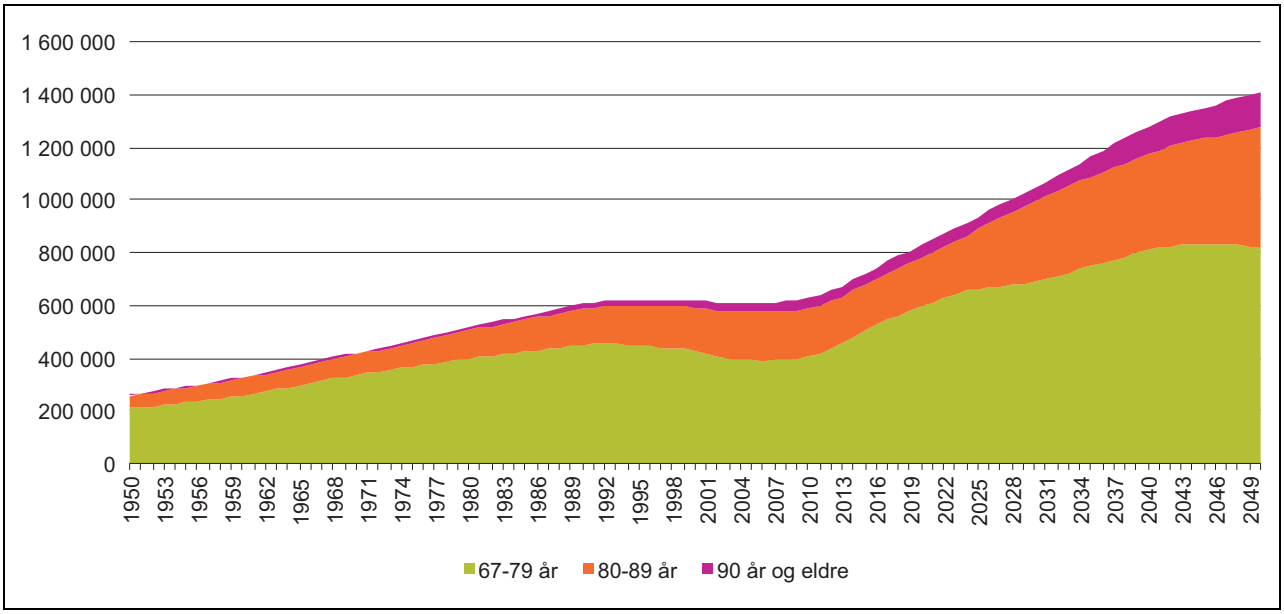
En million eldre 67 år+ om ti år

Folketallet i Norge ble i forrige århundre mer enn fordoblet, fra 2,2 mill. i 1900 til 4,5 mill. i 2000. I følge Statistisk sentralbyrås befolkningsframskrivinger kan folketallet fortsette å stige jevnt til 5,9 mill. i 2030 og 6,7 mill. i 2050.

Antall personer over 67 år vil nesten fordobles fra 2000 til 2050. Antall personer 80 år og eldre kan komme til å øke fra 190 000 i 2000 til i overkant 350 000 i 2030 og nesten 590 000 i 2050.

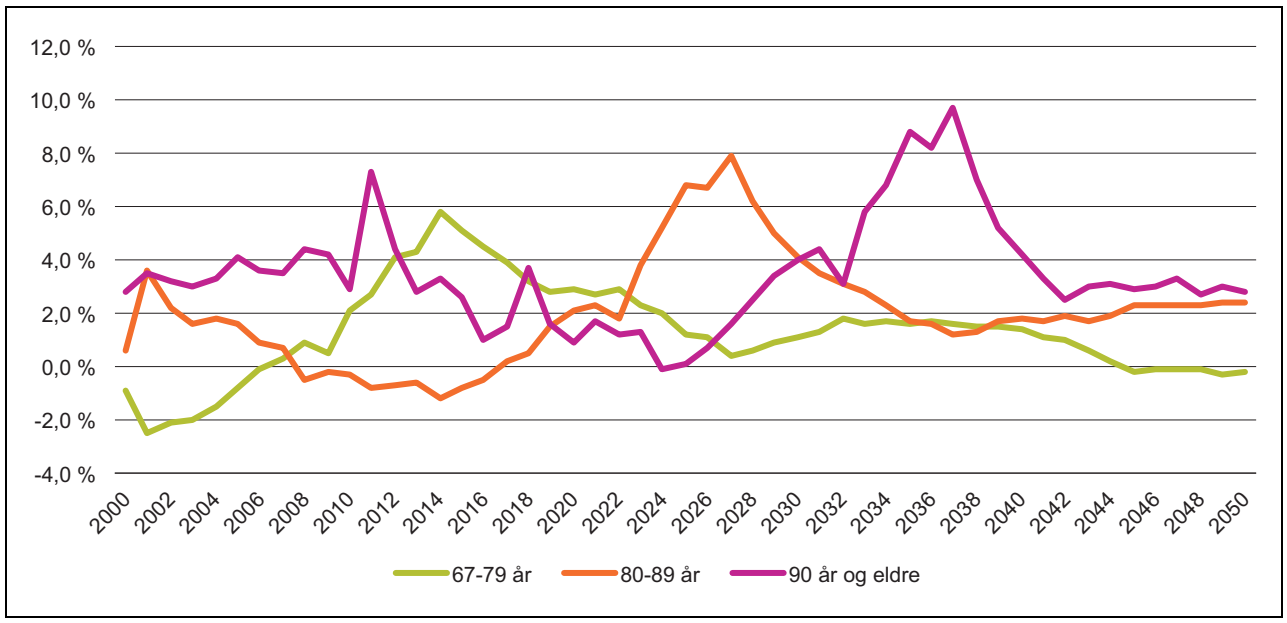
Nå er det de yngste eldre som øker

Norge er midt i en periode der det er tallet på de yngste eldre som vokser i befolkningen. Mens aldersgruppen 67–79 år vokste med 14 prosent



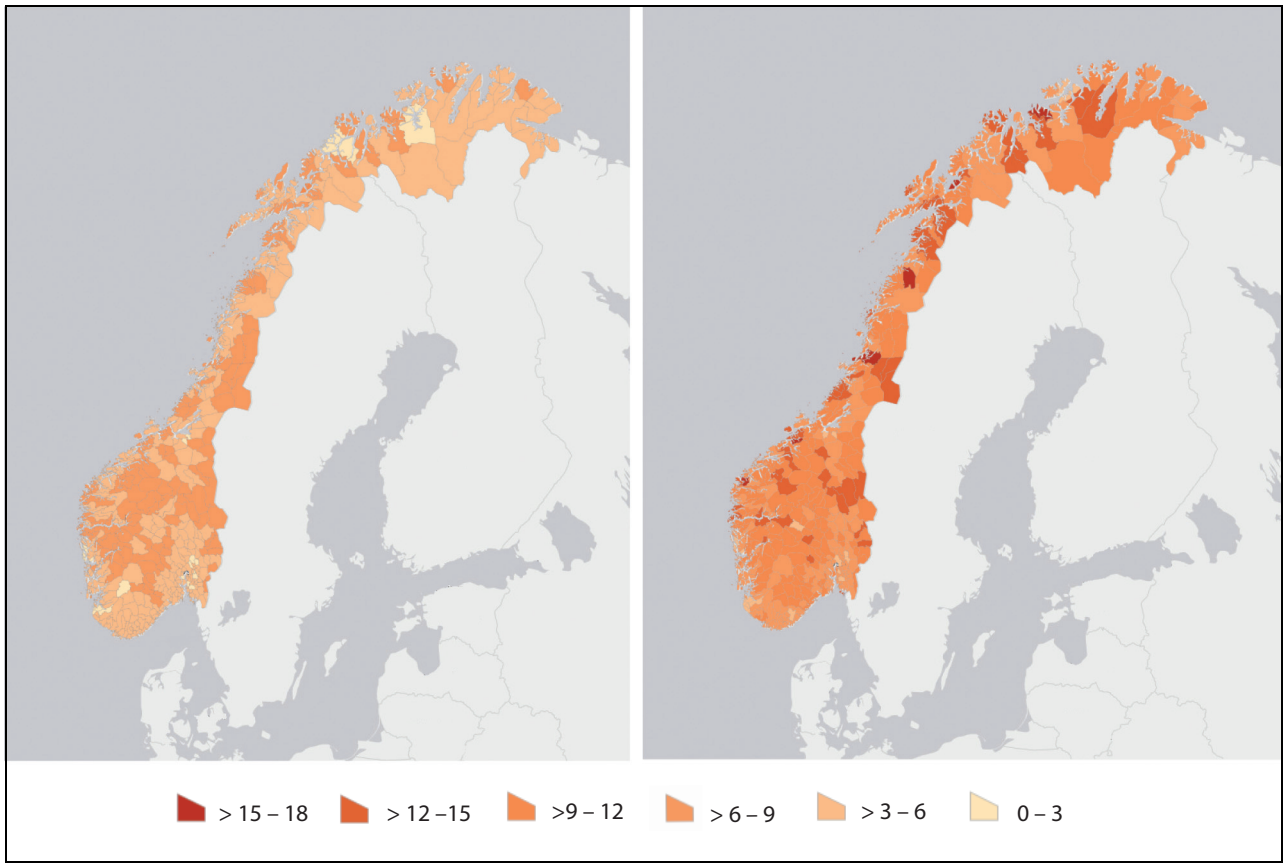
Figur 2.7 Antall personer i aldersgruppen 67 år og eldre 1950–2050

Kilde: Statistisk sentralbyrå 2016. Middelalternativet (MMMM) i befolkningsframskrivningene.



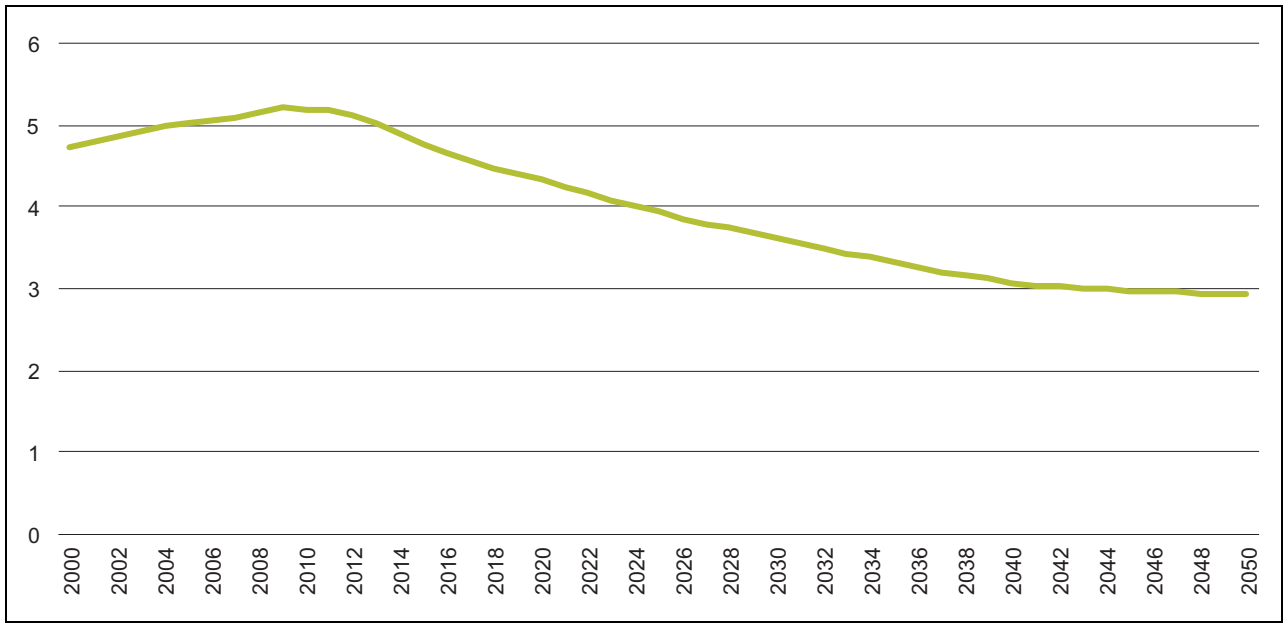
Figur 2.8 Prosentvis årlig endring i antall personer 67 år og over i perioden 2000–2050

Kilde: Statistisk sentralbyrå 2016. Middelalternativet (MMMM) i befolkningsframskrivningene.



Figur 2.9 Andel personer 80 år og over i kommunene i 2016 og 2040 i prosent

Kilde: Statistisk sentralbyrå 2016. Middelalternativet (MMMM) i befolkningsframskrivningene.



Figur 2.10 Antall personer i yrkesaktiv alder (16–66 år) per antall eldre i gruppen 67 år og mer (Koeffisienten for aldersbæreevne) 2000–2050

Kilde: Statistisk sentralbyrå 2016. Middelalternativet (MMMM) i befolkningsframskrivningene.

fra 2012 til 2016, gikk tallet på eldre 80–89 år ned med vel 2 prosent Samtidig ble det 9 prosent flere eldre over 90 år.

Dette er en særlig utfordring for kapasiteten i hjemmetjenester og lettere helse- og omsorgstilbud. Etter hvert som de store kullene blir 80 og 90 år forskyves også veksten i antall eldre, med en sterk økning i gruppen 80–89 år i slutten av 2020-årene og i gruppen 90 år og eldre i 2030-årene. Økningen blant de aller eldste vil da komme til å stille krav til videre utbygging av tilbudet til de som har det største tjenestebehovet. Figur 2.7 viser nasjonale tall, men det vil være store variasjoner mellom kommunene og regionene i Norge.

Den største utfordringen er regional

Et viktig budskap fra Statistisk sentralbyrås regionale framskrivninger er at økningen i antall eldre vil bli svært ujevnt fordelt over kommunene på grunn av store geografiske forskjellene i befolkningens aldring (15). Dette vil kanskje vise seg å være den største demografiske utfordringen Norge vil stå overfor.

Alderssammensetning og aldersbæreevne

Aldersbæreevnen viser forholdet mellom den yrkesaktive befolkningen og den eldre delen av befolkningen, og er viktig for framtidas økonomiske bæreevne og for velferdstilbud og helse- og omsorgstjenester. I 2000 var det 4,7 personer i yrkesaktiv alder per eldre, mens koeffisienten for aldersbæreevne reduseres til 3,6 i 2030 og 2,9 i 2050. På regionalt nivå opplever flere distriktskommuner allerede en svakere aldersbæreevne. Nedgangen i andel personer i yrkesaktiv alder i forhold til andel eldre, vil trolig bli en utfordring både for personellsituasjonen i helse- og omsorgssektoren og for verdiskaping og velferdsutvikling.

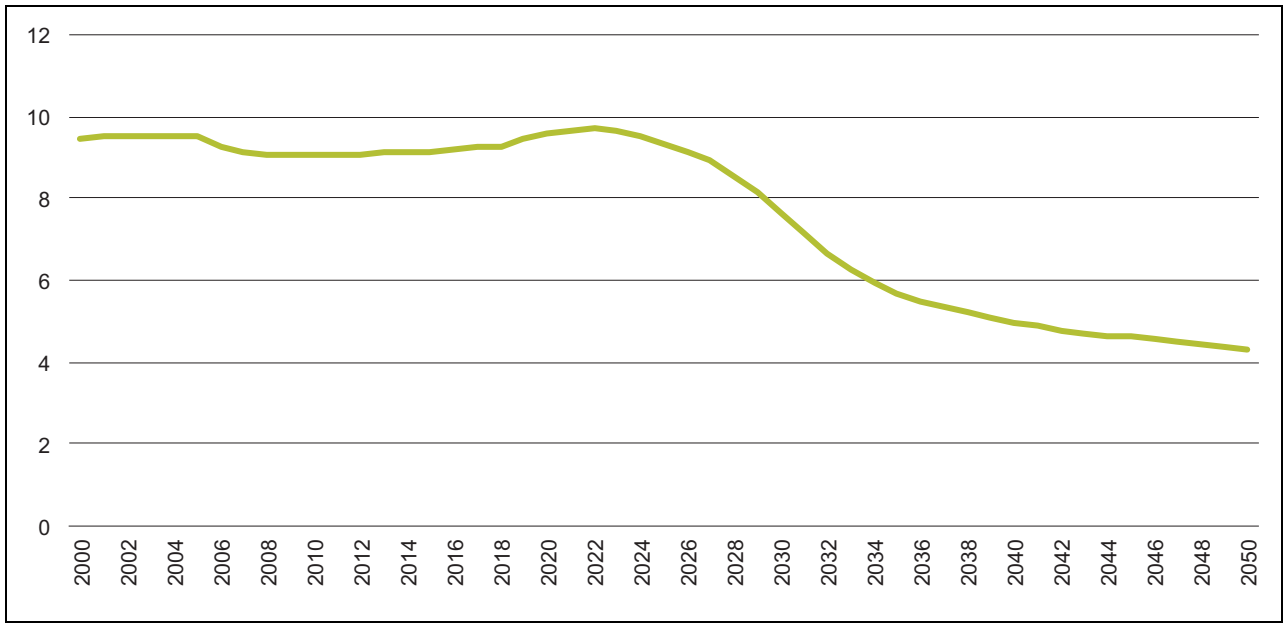
I tillegg til den økonomiske belastningen det innebærer å få flere brukere av helse- og omsorgstjenester, kan flere kommuner få problemer med å rekruttere arbeidskraft til helse- og omsorgssektoren (15). Samtidig viser utviklingen i sysselsetting blant eldre at det er en tendens til at flere velger å stå lenger i jobb. Det kan avhjelpe situasjonen noe (59).

Omsorgsgivere i familienettverket

Endringer i befolkningens alderssammensetning har betydning for hvor mange familieomsorgsgivere de aller eldste kan støtte seg på, og vil kunne påvirke framtidige familieomsorgsmønstre.

FNs familieomsorgskoeffisient, eller forholdet mellom antall personer over 85 år og antall personer i alderen 50–66 år, er et demografisk uttrykk for potensiell omsorgsevne.

Familieomsorgskoeffisienten faller fra 9,3 i 2018 til 4,3 i 2050. Den kan gi et noe forenklet bilde av utviklingen framover, fordi det er flere



Figur 2.11 Antall personer i aldersgruppen 50–66 år per person i aldergruppen 85 år og over (Familieomsorgskoeffisienten) 2000–2050

Kilde: Statistisk sentralbyrå 2016. Middelalternativet (MMMM) i befolkningsframskrivningene.

utviklingstrekk enn alderssammensetningen som har betydning for potensiell omsorgsyting i familien, og fordi kulturelle endringer også påvirker omsorgsyting. I Norge har familieomsorgen vist seg å være stabil i omfang de siste 20–30 år (38; 60). Det kan synes som om familie og offentlig omsorg utfyller hverandre, gitt visse vilkår for dette. Familien kan stille opp om de slipper å måtte ta hele ansvaret.

Egne ressurser

I følge Statistisk sentralbyrå vil framtidas eldre trolig være annerledes sammensatt enn dagens eldre når det gjelder viktige kjennetegn med betydning for ressurssituasjon, helse og funksjonsevne. Framtidas eldre har høyere utdanning, en mer fordelaktig økonomisk situasjon, bedre boforhold og færre vil bo alene. Forskning og statistikk på eldres helse og sykelighet de siste årene viser at eldre ikke nødvendigvis har fått færre år med sykdom enn før – kanskje snarere flere. Likevel ser det ut til at de klarer seg bedre med disse sykdommene enn tidligere, og er bedre i stand til å håndtere utfordringer i hverdagen (15).

2.5.2 Framskrivninger av de kommunale omsorgstjenestene

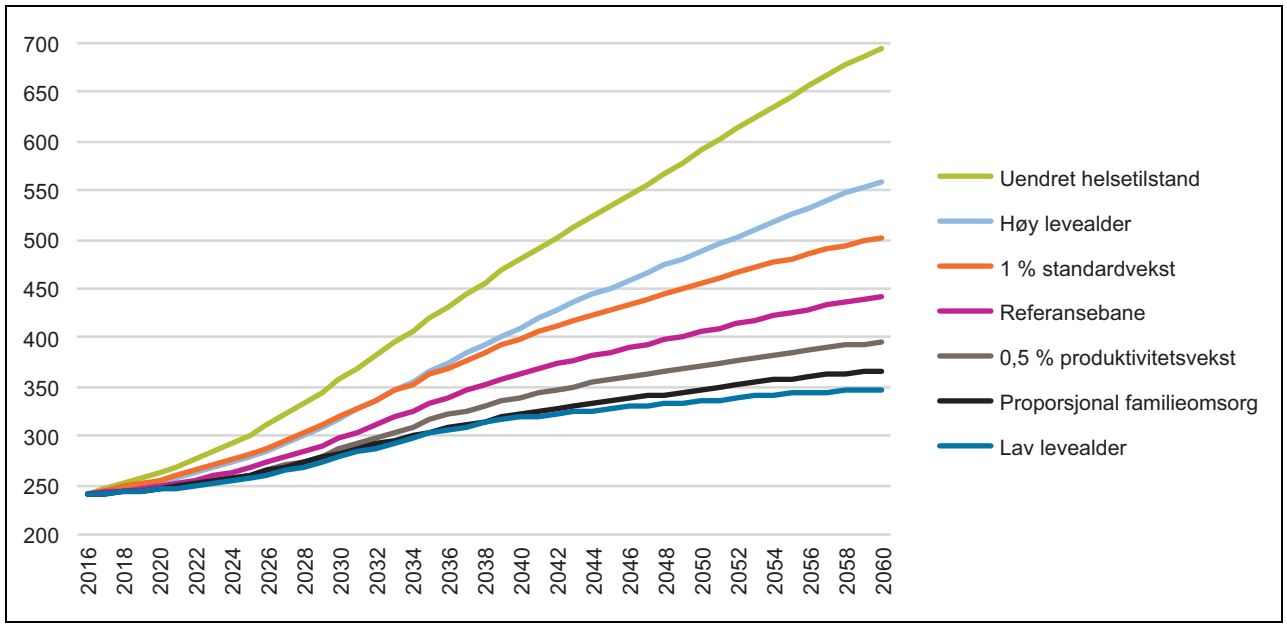
Statistisk sentralbyrås framskrivninger av mottakere og behovet for personell og heldøgns omsorgsplasser i omsorgstjenestene fram til 2060, bygger på forutsetninger om noen av de viktigste drivkreftene for etterspørselen etter omsorgstjenester: demografi, sykelighet, omfang av familieomsorg, standard på tjenestene og produktiviteten (61).

Ulike kombinasjoner av forutsetninger spenner ut et relativt stort variasjonsområde for etterspørselen etter omsorgstjenester, behovet for arbeidsinnsats og heldøgns omsorgsplasser fram mot 2060.

Referansebanen bygger på følgende forutsetninger:

- Middelalternativet (MMMM) i Statistisk sentralbyrås siste framskrivninger fra 2016
- Konstant standard og produktivitet på 2016-nivå
- Utsatt sykelighet, der sykelighet reduseres i takt med økende levealder
- Uendret pårørendeomsorg der omfanget holder seg konstant på 2014-nivå

Det vil alltid være betydelig usikkerhet knyttet til slike tallmessige framskrivninger. Det foreligger lite forskning på trendene i behovet for omsorgstjenester som framskrivningene kan basere seg på. Det er i tillegg viktig å understreke at framskrivningene ikke har tatt hensyn til virkningene av de strategiene og tiltakene regjeringen har utformet for å forebygge eller redusere veksten av omsorgsbehovet i framtida. Framskrivningene er



Figur 2.12 Framskrivning av mottakere av omsorgstjenester fram til 2060. Per 1000 personer.

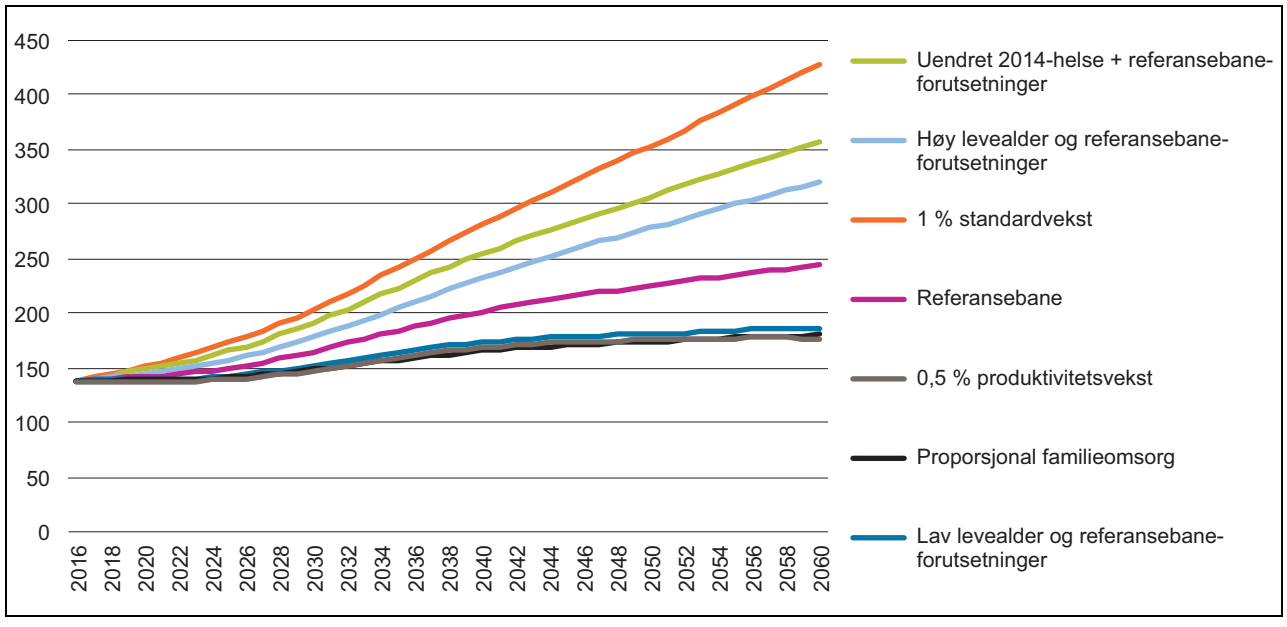
Kilde: Statistisk sentralbyrå (61)

derfor ikke ment som et forsøk på å forutsi framtida, men som illustrasjoner til debatten om hva slags framtid vi kan skape, og hvilke forutsetninger det er viktig å påvirke.

Mottakere av omsorgstjenester

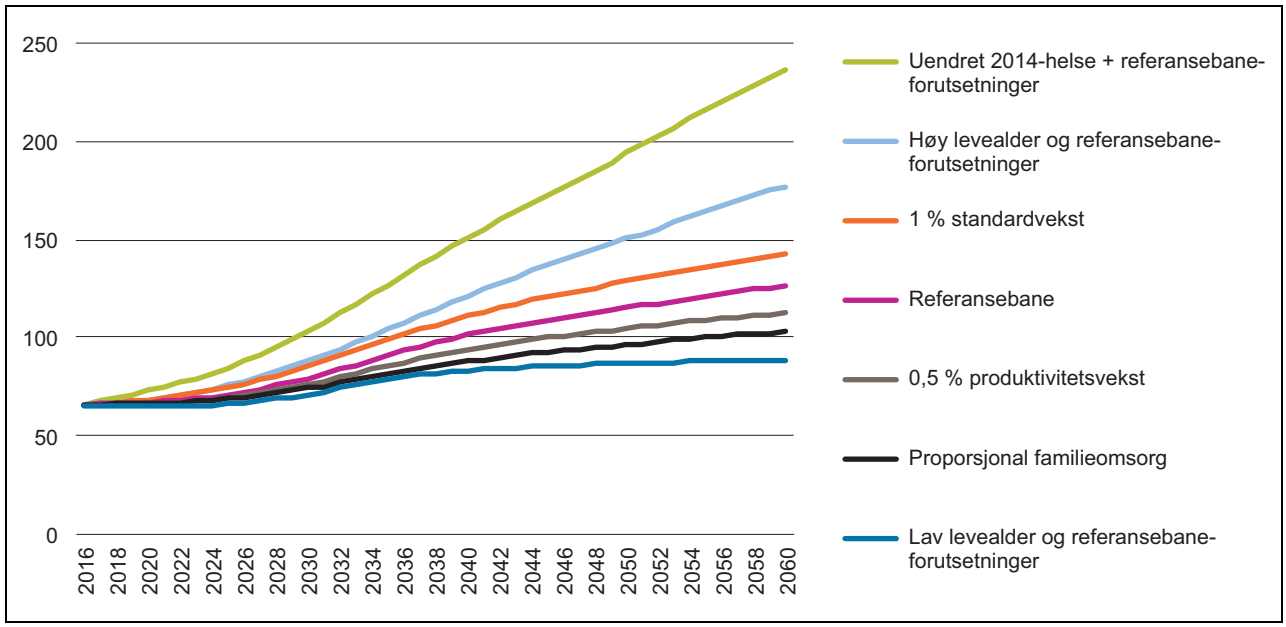
Med de forutsetninger som er lagt inn i referansebanen, kan antall mottakere av omsorgstjenester øke med nærmere 25 prosent eller om lag 60 000 mottakere fram til 2030, og i overkant av 80 prosent fram til 2060. Denne veksten kan bli vesentlig høyere dersom en eller flere av følgende utviklingstrekk slår til i stedet for forutsetningene i referansebanen:

- levealderen øker mer enn i referansebanen
- tjenestestandarden heves fra dagens nivå
- uendret helsetilstand for gitt alder og kjønn
- redusert pårørendeomsorg



Figur 2.13 Framskrivninger av årsverk i omsorgstjenestene til 2060. Per 1000 årsverk.

Kilde: Statistisk sentralbyrå (61)



Figur 2.14 Framskrivninger av heldøgns omsorgsplasser til 2060. Per 1000 plasser.

Kilde: Statistisk sentralbyrå (61)

På den annen side kan man heller ikke utelukke at antall brukere vil endres lite fra dagens nivå (61). Det kan skje gjennom en kombinasjon av vekst i produktiviteten og familieomsorgen, samtidig som helsetilstanden bedres og levealderen øker mindre enn i referansebanen.

Personellbehov

Referansebanen gir en svært nøktern framskrivning av framtidig personellbehov, der antall årsverk i omsorgssektoren kan øke med nærmere 20 prosent eller om lag 27 000 årsverk fram til 2030, og i overkant av 75 prosent fram til 2060. Denne økningen vil være mindre hvis levealderen øker i henhold til lavalternativet, hvis produktiviteten øker med 0,5 prosent per år, eller hvis familieomsorgen beholder sin andel av den samlede årsverksinnsatsen.

På den annen side vil en standardheving alene på bare 1 prosent per år, bringe årsverksbehovet opp i 428 000 i 2060. Om vi ikke ser en bedring av helsetilstanden, vil det også ha en sterk effekt på bemanningsbehovet. Det samme kan skje om levealdersøkningen forsterkes, eller pårørendeomsorgen reduseres.

Statistisk sentralbyrå har ikke gjort noe forsøk på å vurdere sannsynligheten for de ulike framskrivningene. Statistisk sentralbyrås vurdering er likevel at det er mer sannsynlig at referansebanen undervurderer veksten i etterspørselen etter arbeidskraft (61), først og fremst fordi det kanskje er lite realistisk å unngå standardheving av disse tjenestene i årene som kommer.

Behov for heldøgns omsorgsplasser

Av referansebanen framgår det at summen av omsorgsboliger og institusjonsplasser for beboere med behov for heldøgns tjenestetilbud, vil kunne øke med nærmere 20 prosent eller om lag 13 000 plasser fram til 2030, og i overkant av 90 prosent fram til 2060. Økningen blir vesentlig raskere dersom helsetilstanden ikke forbedres fra dagens nivå, hvis standarden heves og hvis levealdersøkningen blir som i høyalternativet.

2.5.3 Framskrivninger av samlet behov for sysselsatte i helse og omsorg

I 2016 sto helse- og omsorgssektoren for om lag 21 prosent av sysselsettingen i Norge. Samfunnsøkonomisk Analyse har i en rapport sammenstilt ulike framskrivninger av sysselsettingsbehovet i helse- og omsorgssektoren fram mot 2035 og antyder en behovsvekst på om lag 75 prosent eller fra 400 000 til om lag 700 000 personer i løpet av 20 år. Analysen viser at dersom det legges til grunn at helse- og omsorgssektoren i stor skala tar i bruk teknologiske løsninger, vil dette trolig innebære en noe lavere samlet etterspørselsvekst etter sysselsatte, men desto høyere etterspørsel etter helsepersonell med høy utdanning (62).

I en analyse utført for Helsedirektoratet (63) har samme miljø vurdert etterspørselen etter sysselsatte innen helse- og omsorgsyrker fram mot 2040 i fire ulike scenarier, med bakgrunn i tall fra framskrivninger gjort av SSB (64). I det ene fordobles sysselsettingsbehovet fram mot 2040, og de ulike scenariene varierer fra om lag 700 000 til 900 000 sysselsatte i 2040.

Veksten er sterkest når helse- og omsorgssektoren er prioritert på bekostning av andre offentlige tjenester og privat næringsliv. Lavere vekst er det der veksten vil komme fra privat næringsliv som tilbyr private helse- og omsorgstjenester nasjonalt og for eksport. Samlet sett gir disse scenariene en lavere etterspørsel, «*siden ikke alle vil ha råd til å kjøpe private helse- og omsorgstjenester, og som følge av at privat sektor typisk har et større insentiv til å drive fram mer arbeidsbesparende løsninger. Resultatet er høyere akademikerandel*».

Implementering av nye teknologiske løsninger er antatt å ha betydning for endringer i standarden og produktiviteten på tjenestene. Scenarioanalysene viser at det er all grunn til å tro at det er mulig å løse noen av dagens helse- og omsorgsoppgaver med langt mindre menneskelig rutinearbeid. Det er imidlertid usikkert i hvilken grad arbeidsbesparende og velferdsfremmende teknologiske løsninger vil bli tatt i bruk (62).

Kompetansebehovsutvalget, som ble oppnevnt for å gi en best mulig faglig vurdering av Norges kompetansebehov konkluderer i sin første rapport (65) blant annet med at

> *«Den demografiske utviklingen innebærer at det blir store behov innen helse- og omsorgssektoren, selv om teknologiske framskritt og organisatoriske endringer kan bidra til å dempe etterspørselsveksten noe.»*

Utfordringer – men også muligheter

Alle disse framskrivningene viser at helse- og omsorgssektoren uansett vil stå overfor betydelige kapasitetsmessige utfordringer i tiårene som kommer, og at disse utfordringene vil være ulikt fordelt regionalt og på kommunenivå. De synliggjør imidlertid også en bredde av påvirkbare forutsetninger og muligheter, som inviterer til å ta grep som nyanserer og reduserer konsekvensene av rene demografiske framskrivninger:

- Nye generasjoner eldre har andre ressurser enn tidligere eldregenerasjoner å møte alderdommen med, og må utfordres til å bruke dem til å planlegge og mestre egen tilværelse og ha et aktivt liv i fellesskap med andre
- Det vil åpenbart være klokt å støtte og ta godt vare på pårørende som påtar seg omsorgsoppgaver, og legge forholdene godt til rette for samarbeid med lokalsamfunn og frivillig sektor
- I helse- og omsorgssektoren ligger det store muligheter i å utvide fagkompetansen, ta i bruk nye metoder, ny logistikk, alternative arbeidsordninger, velferdsteknologi, nye boformer og nye innovative løsninger, framfor rene effektiviseringstiltak som reduserer tjenestetilbudet til den enkelte og fører til at ansatte må løpe enda fortere i korridoren

2.6 Pårørendeomsorg – og omsorg for pårørende

Den frivillige og i hovedsak familiebaserte omsorgen, er nesten på størrelse med den kommunale omsorgstjenesten. En av fem eldre som bodde hjemme i 2008 fikk regelmessig hjelp fra slekt, venner eller naboer. Et forsiktig anslag med utgangspunkt i Levekårsundersøkelsen fra 2008 viser at det ble utført nesten 100 000 årsverk i ulønnet omsorgsarbeid til syke, eldre og funksjonshemmede i og utenfor husholdningen (66).

Det er ingen selvfølge at dette vil vare i tiårene som kommer. Snarere taler både endringer i befolkningens alderssammensetning, familieforhold og bosettingsstruktur for at familiens omsorgsevne kan bli svekket. Dette er en av de mest krevende utfordringene vi står overfor på omsorgsfeltet. Det er derfor viktig å støtte og avlaste pårørende og legge til rette for familiens mulighet til å kombinere yrkesaktivitet med omsorg for sine nære.

Pårørende er en uvurderlig ressurs, både for sine nærmeste og for helse- og omsorgstjenesten. Den er også en fornybar ressurs om den blir tatt godt vare på.

Pårørende kan være både livspartner/ektefelle, barn og barnebarn, venner, kollegaer og andre nærpersoner. I tillegg til å utføre omsorgsoppgaver, tar mange pårørende en aktiv rolle som koordinator for sine nærmeste. De følger med på tjenestetilbudet som gis til sine nærmeste, går i dialog med kommunen og andre tjenesteytere, og hjelper sine nærmeste å klage dersom de opplever tjenestetilbudet som utilstrekkelig. Mange pårørende fungerer som koordinator og omsorgsytere over mange år. I følge Pårørendealliansen er nær en fjerdedel aktive pårørende i 15 år eller mer.

Boks 2.1 Pårørendealliansen

Pårørendealliansen er en frittstående paraplyorganisasjon som har som mål å synliggjøre pårørende og arbeide for å forbedre deres vilkår og rettigheter, uavhengig av hvem man er pårørende til. Organisasjonen arbeider blant annet med å finne løsninger som kan gjøre pårørendes hverdag enklere, og ønsker å være en aktiv pådriver i utformingen av en pårørendepolitikk i Norge som sidestiller alle pårørendegrupper. Organisasjonen står også bak en større pårørendeundersøkelse som kan besvares via organisasjonens nettside.

Kilde: https://parorendealliansen.no/

Det er kulturelle forskjeller i hvordan og i hvilken utstrekning pårørende yter omsorg. Blant enkelte innvandrergrupper er omsorg for foreldre og nære familiemedlemmer en selvfølgelighet. Mange innvandrere kommer fra samfunn hvor familiestrukturer, bånd og forventninger om omsorg fra familien i alderdommen kan være sterkere enn hos mange eldre i majoritetsbefolkningen. En undersøkelse fra 2007 viser samtidig at 54 prosent av den voksne befolkningen i Norge mener barn bør ta ansvar for omsorg når foreldrene trenger det, mens 14 prosent mener barn bør ha foreldrene boende hos seg når foreldrene ikke kan ta vare på seg selv. Samtidig mener drøyt 70 prosent at omsorg er en oppgave som bør utføres av samfunnet (66).

Samfunnet har endret seg over tid og utviklet større aksept for ulike familie- og samlivsformer. Det innebærer også at tjenestene framover, i større grad enn tidligere, vil møte brukere og pårørende som lever eller har levd i likekjønnede parforhold. Høyere skilsmisserater og nye familiekonstellasjoner innebærer også at tjenestene må forholde seg til et mer komplekst nettverk av pårørende rundt den enkelte bruker.

Samfunnets omsorgstilbud ville trolig bryte sammen om den uformelle omsorgen forsvant eller ble kraftig redusert. Flere utredninger og meldinger viser til at det er viktig at omsorgen som ytes av pårørende opprettholdes på dagens nivå. Samtidig vet vi at pårørende som yter omsorg er mer utsatt for fysiske og psykiske plager enn befolkningen for øvrig, noe som kan tilskrives belastningen omsorgsarbeidet medfører. Fordelingen av arbeidsbyrden mellom offentlig omsorg og pårørende endrer seg dramatisk i overgangen mellom eget hjem og sykehjem. Innsatsen fra pårørende kan være så omfattende at den går på helsa løs før innleggelse, mens den av ulike grunner nesten blir fraværende i sykehjemmet når kommunen overtar døgnansvaret (67; 68; 69). En jevnere ressursfordeling mellom offentlig omsorg og pårørendes innsats før og etter flytting, er derfor et tema for denne meldinga, jf. kapittel 8. Mulighet for fortsatt deltakelse i arbeids- og samfunnsliv kan motvirke de negative effektene av omsorgsarbeidet, og det blir viktig å sikre ordninger hvor pårørendes ønske om og mulighet til å bidra forvaltes på en slik måte at det ikke skapes nye helseutfordringer i form av utbrente og deltidsarbeidende pårørende. Pårørende er en fornybar ressurs, forutsatt at vi lykkes med en bærekraftig ressursutnyttelse i tråd med den eldre og de pårørendes ønsker og behov.

2.7 Sivilsamfunn og frivillighet

I et velferdssamfunn er det offentlige ansvaret for helse- og omsorgstilbudet nedfelt i helse- og omsorgslovgivningen. Det betyr ikke at alle oppgaver kan løses av helse- og omsorgstjenestene. Kommunen er ikke bare en forvaltning, den er også et lokalsamfunn med familier, sosiale nettverk, organisasjoner, bedrifter og tiltak. For å skape et omsorgsfullt samfunn, er alle involvert i denne oppgaven. Nye innovative løsninger finner vi først og fremst i mellomrommene og samspillet mellom alle samfunnets ulike omsorgsaktører.

Norge er et land med et godt utbygd sivilsamfunn, og i europeisk målestokk skiller Norge seg ut med en meget høy grad av organisasjonstilhørighet (70). Frivilligheten forandrer samfunnet gjennom sine initiativ og sin rolle som fellesskapsbygger og identitetsskaper. Mange opplever å bli integrert og få sin sosiale tilhørighet gjennom frivillig sektor. Frivilligheten har en svært viktig plass i samfunnslivet (71; 72). Dette gjelder særlig i kultur- og idrettssektoren, men også i helse- og omsorgssektoren.

Satellittregnskapet for ideelle og frivillige organisasjoner (2013) indikerer at det frivillige og ideelle arbeidet i Norge utgjorde nærmere 148 000 årsverk i 2014. Den samme statistikken sier at det er om lag 100 000 ulike lag og foreninger i Norge. 79 prosent av befolkningen er medlem av en eller flere frivillige organisasjoner (73).

Over halvparten av alt frivillig arbeid legges ned i kultur- og fritidsorganisasjoner, inkludert idrett. En mindre del går til omsorgssektoren, der

frivillige organisasjoner bidrar med mellom 5 000 og 10 000 årsverk. Rundt 75 prosent av de frivillige bak denne innsatsen er over 50 år. Mange fra minoritetsbefolkningen deltar med frivillig innsats. De engasjerer seg mindre i kultur- og fritidssektoren, men er mer aktive innen velferd, rettighetsarbeid og religiøse organisasjoner (16).

Frivillig innsats utenom de frivillige organisasjonene er i vekst (74). I nordisk sammenheng skiller Norge seg ut ved at den mer prosjektorienterte frivilligheten etter hvert har fått større plass, på bekostning av den tradisjonelle som er knyttet til langvarig medlemskap i en organisasjon (75).

Ser vi historisk på dette, finner vi at frivillighet i omsorgssektoren har vært mindre omfattende i Norge enn i andre deler av Europa. Dette skyldes trolig tanken bak utbyggingen av det skandinaviske velferdssamfunnet (72; 76; 77). Frivillig innsats forstås som et supplement til den offentlige velferden. Erfaringer fra de nordiske landene viser at en relativt omfattende offentlig organisert og finansiert omsorg ikke utkonkurrerer frivillighet. Tvert imot kan erfaringene tyde på at redusert offentlig omsorg også medfører redusert frivillig innsats. Frivilligheten tilfører samfunnet store økonomiske verdier. En gjennomtenkt og kompetent organisering er en av suksessfaktorene for å sikre økt frivillighet i omsorgstjenesten.

En undersøkelse gjennomført av KS viser at det er et stort omfang av samarbeid mellom kommunen og frivillige organisasjoner innenfor kommunale tjenesteområder. Det er imidlertid bare 20 prosent av kommunene som har utviklet en lokal frivillighetspolitikk. Et stort flertall mener at det vil være behov for tettere samarbeid med frivillig sektor i framtida (78). En studie viser også at samarbeid med frivillige har betydning for kvaliteten i eldreomsorgen (79).

2.8 Uønsket variasjon eller nødvendig mangfold

Det er ikke vanskelig å finne eksempler på variasjoner i helse- og omsorgstjenestetilbudet, både mellom sykehus, kommuner, internt i kommunene og mellom ulike brukergrupper. Mange av disse variasjonene avspeiler et mangfold som må være til stede i et land som Norge, og for tjenestetilbud til mennesker med svært ulike behov. Noen av dem kan imidlertid også være det en kan kalle uønskede variasjoner, spesielt om de bryter med forsvarlighetskravet i lovgivningen.

I denne meldingen har vi valgt å sette fokus på tre områder, der data tyder på at det foreligger store ulikheter, og forsøke å finne ut om slike variasjoner har rimelige forklaringer, eller om de representerer en variasjon som kan være til ugunst for eldre tjenestemottakere:

- Ulikhet i tjenestetilbudet til yngre og eldre tjenestemottakere
- Ulikhet i kommunal tjenesteprofil sykehjem/hjemmetjenester
- Variasjon i reinnleggelser av eldre i sykehus

Generelt om kommunal variasjon

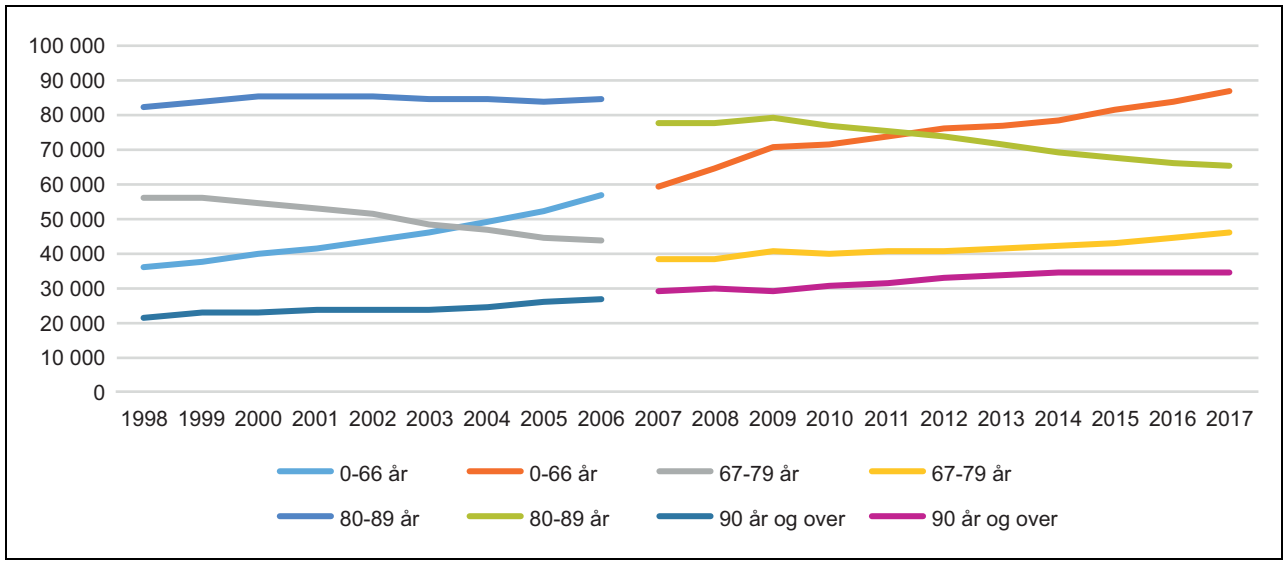
Kommunenes stilling som selvstendig rettssubjekt gir dem stor grad av lokalt selvstyre og handlefrihet. Det er en målsetting at kommunale helse- og omsorgstjenester skal tilpasses lokale behov og prioriteringer. Dette innebærer at ikke all variasjon mellom kommunene kan regnes som uønsket, og at lokal kunnskap ofte er en forutsetning for å tolke påvist variasjon.

På den annen side definerer lov om kommunale helse- og omsorgstjenester skranker for det lokale handlingsrommet ved at alle innbyggere har rett til nødvendige og forsvarlige tjenester. Forskning, fagkunnskap og verdier gir dessuten en retningsgivende norm for hva som er god kvalitet, som i en del tilfeller er fastsatt i faglige retningslinjer og veiledere. Ut fra dette er det ikke ønskelig med stor variasjon mellom kommuner i kvaliteten i tjenestene.

Enkelte grunnleggende egenskaper ved kommunale helse- og omsorgstjenester bidrar til at variasjon oppstår. Primærhelsetjenestens oppgave er blant annet å motta pasienter i første hånd, til forskjell fra pasienter som mottas via henvisning til spesialisthelsetjenesten. Det finnes med andre ord en spennvidde som kan gå fra helt uproblematiske til akutte, livstruende tilstander. Mange av de som behandles i kommunene har dessuten uavklarte eller sammensatte tilstander, der kunnskapsgrunnlaget for hva som er riktig behandling er mye svakere enn de langt mer definerte tilstandene som behandles i spesialisthelsetjenesten. Dette tilsier større grad av variasjon enn i spesialisthelsetjenesten.

2.8.1 Ulikhet i tjenestetilbud til yngre og eldre

Den sterke veksten i yngre brukere av hjemmetjenester, er et av de tydeligste utviklingstrekkene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene de siste tiårene. Mens sykehjem og hjemmetjenester for 30 år siden i hovedsak var eldreomsorg, var nær 40 prosent av de vel 355 000 som mottok



Figur 2.15 Antall mottakere av omsorgstjenester etter alder 1998–2017

[1] Mottakere er her beboere i institusjoner for eldre og funksjonshemmede og mottakere av hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand.

[2] Fram til 2006 ble tallet på mottakere innhentet per summariske skjema. Fra og med 2007 er data hentet fra IPLOS-registeret . Tall fra 2007 og senere lar seg derfor ikke uten videre sammenligne med tidligere år.

Kilde: Statistikkbanken / Statistisk Sentralbyrå

helse- og omsorgstjenester gjennom året i 2016 under 67 år (80).

Dette er i hovedsak et resultat av statlige reformer og endringer i oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjeneste og kommune som har kommet i kjølvannet av reformen for mennesker med utviklingshemming, opptrappingsplan for psykisk helse og til sist samhandlingsreformen.

Veksten i nye yngre brukergrupper har reist spørsmålet om denne utviklingen kan ha skjedd på bekostning av de eldre, og om det er ulikhet i tjenestenivå for eldre og yngre mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester, til tross for at tjenestetilbudet reguleres i samme lovgivning. Statistisk sentralbyrås Statistiske Analyser om eldres bruk av helse- og omsorgstjenester spør om eldre får mindre enn før, og viser til at eldres andel av utgiftene både til pleie og omsorg og somatiske tjenester i sykehus gikk betydelig ned i perioden 1998–2011 (81).

I flere forskningsrapporter blir det hevdet at yngre brukeres behov fortrenger eldres tjenestetilbud og skaper prioriteringsutfordringer:

> *«Et av hovedfunnene er at kommuner som opplever økt press fra yngre brukere av hjemmetjenester, reduserer det institusjonsbaserte tilbudet til eldre. Reduksjonen kompenseres ikke gjennom økt satsing på hjemmetjenester til eldre.» (82)*

Flere forskere har sett nærmere på dette, delvis på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, og spør blant annet om det delvis er etablert forskjellige omsorgsregimer for yngre versus eldre brukere (83).

I en rapport som stiller spørsmålet om yngre og eldre brukere av hjemmetjenesten har ulike behov eller utsettes for forskjellsbehandling, blir det konkludert med at alder utgjør en uuttalt norm og blir lagt til grunn for vurdering av bistandsbehov (84). Dette blir nyansert i en kvantitativ studie som legger større vekt på helsemessige årsaker til variasjon (85).

Flere av rapportene som har framhevet de store forskjellene i tjenestetilbud til eldre og yngre brukere av hjemmetjenester, bygger på gjennomsnittstall for ressurstildeling til ulike aldersgrupper. Nærmere analyser av Iplos-data viser at den høye gjennomsnittlige bruken av hjemmetjenester i aldersgruppen 0–66 år i hovedsak skyldes de av brukerne som kommer inn under den statlige toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester, mens de øvrige brukerne med omfattende bistandsbehov i denne aldersgruppen mottar om lag det samme som brukere i aldersgruppen 67 år og eldre med omfattende bistandsbehov (86; 87):

> *«For øvrige er det egentlig svært små forskjeller mellom samtlige brukere av heimebaserte tjenes-*

ter under og over 67 år når vi holder utenfor de 5.700 brukerne (eller 3,3 pst) brukere med omfattende bistandsbehov under Toppfinansieringsordningen.» (87)

De betydelige forskjellene i gjennomsnittlig hjemmetjenestetilbud til yngre og eldre brukere er altså knyttet til finansieringsordninger som er begrenset til tjenestemottakere under 67 år. Det gjelder både brukerstyrt personlig assistanse (BPA) og tilskuddsordningen til ressurskrevende tjenester, som i budsjettet for 2018 har en overslagsbevilling på over 9,6 mrd. kroner. Personer over 67 år med store bistandsbehov omfattes i dag ikke av disse ordningene.

Til tross for at eldre og yngre brukere mottar tjenester etter samme lovgivning, som ikke gjør forskjell på alder, er det variasjoner i tjenestetilbudet som utfordrer den kommunale prioriteringen av ressurser, dels fordi:

- alder ser ut til å være en faktor som blir lagt til grunn i vurdering av behov i saksbehandling ved tildeling av tjenester
- statlige finansieringsordninger med aldersgrensebestemmelser ser ut til å fungere slik at yngre og eldre med store bistandsbehov ikke blir behandlet likt

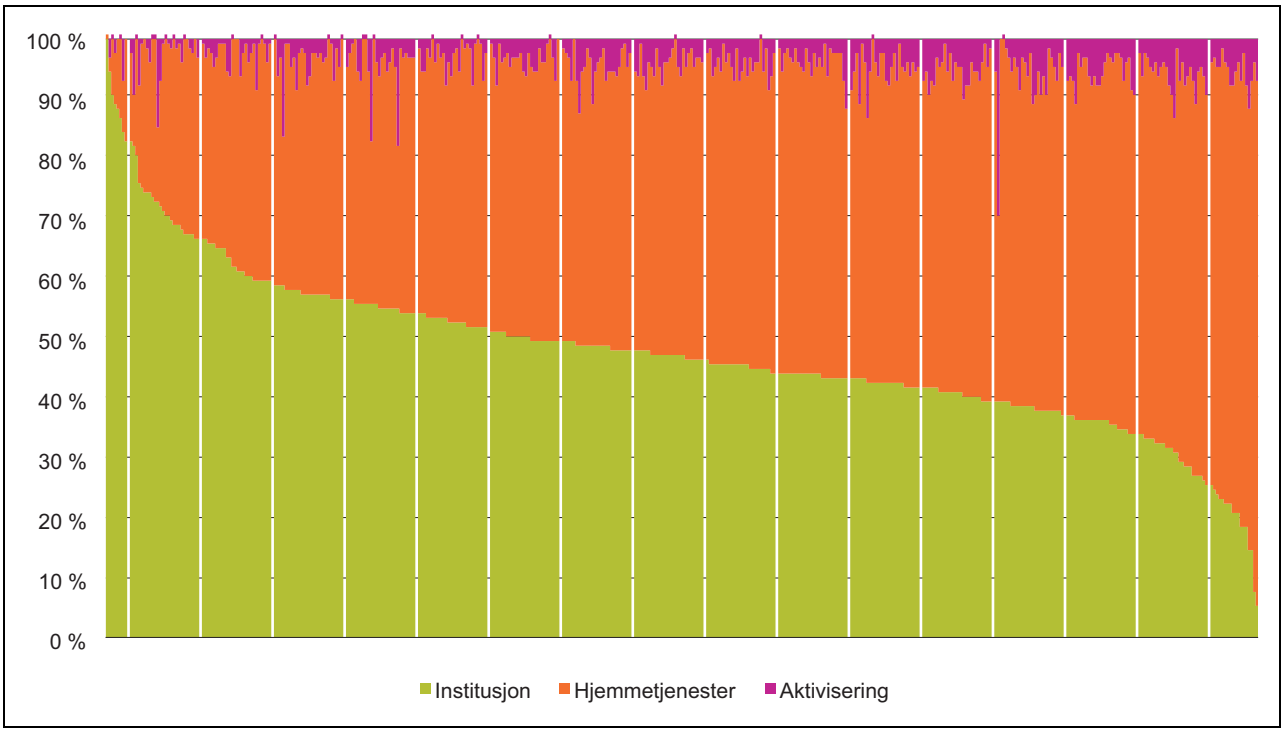
Det er derfor grunn til å se nærmere på utilsiktede virkninger av aldersbegrensninger i enkelte finansieringsordninger. Samtidig må den lokale saksbehandlingen være basert på at det er likhet for loven både for gammel og ung, og at det må være det faktiske behovet til den enkelte som legges til grunn ved tildeling av tjenester, og ikke alder.

2.8.2 Ulik tjenesteprofil

Norske kommuner bruker ressursene til helse- og omsorgstjenester forskjellig. Av de ressursene som går til omsorgstjenestene i kommunene, prioriterer mange kommuner sykehjem. Andre prioriterer helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende, og midler til aktivisering. Variasjonen i tjenesteprofil mellom kommunene kan illustreres i utgiftsfordeling på hjemmetjenester, aktivitet og institusjon:

Når det gjelder variasjon i tjenesteprofil, går det i Samdatarapporten for 2016 fram at:

- De største kommunene har et lavere nivå av helsetjenester i hjemmet for eldre innbyggere enn små og mellomstore kommuner, og et høyere nivå av langtidsopphold på institusjon
- Det er høyere dekningsrate for helsetjenester i hjemmet i små kommuner enn i de store kommunene



Figur 2.16 Variasjon i brutto driftsutgifter fordelt på institusjon, hjemmetjenester og aktivisering i landets kommuner 2017

Kilde: Statistisk Sentralbyrå, Statistikkbanken, KOSTRA

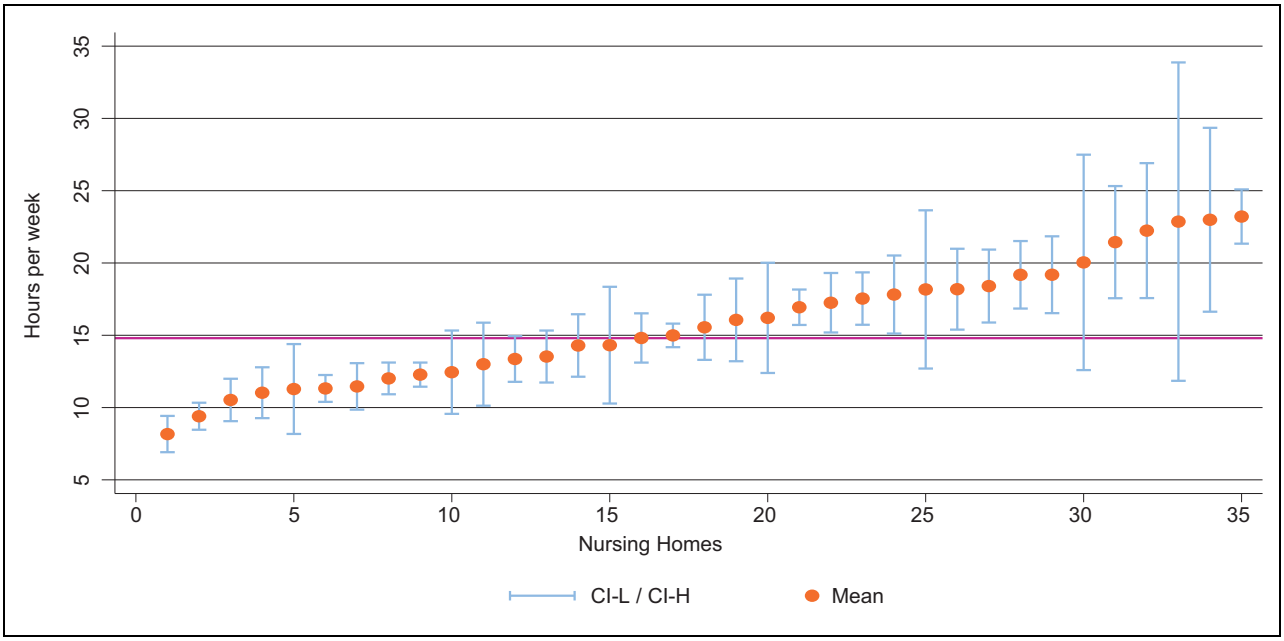
- Kommuner som relativt sett har et lavt nivå av både helsetjenester i hjemmet og institusjonstjenester til eldre tenderer til å ha et høyere nivå av liggedager på sykehus for utskrivningsklare pasienter enn andre kommuner
- Størst variasjon i kommunale helse- og omsorgstjenester finner vi for rehabilitering i og utenfor institusjon, tildeling av individuell plan og bruk av fysioterapeuter
- Det er store variasjoner i dagtilbudet som er en av tjenestene med størst variasjon innenfor omsorgstjenestene

Over mange år har vi sett en generell utvikling der ressursene til institusjonsomsorg er omtrent konstant, mens vi har en klar vekst i andelen ressurser til hjemmetjenester, omsorgsboliger og aktivitetstilbud. Dette kan ha sammenheng med mange forhold:

- Den sterke veksten i tallet på yngre tjenestemottakere, har bidratt til veksten i utbyggingen av omsorgsboliger og hjemmetjenester. Det har gjennom flere tiår vært nasjonal politikk å gi de unge bo- og tjenestetilbud utenfor institusjon. Alderssammensetningen i befolkningen i den enkelte kommune vil derfor også avspeiles i kommunens tjenesteprofil
- Samtidig har kommunene gått i noe ulik retning på eldreomsorgens område. Flere kommuner har valgt å bygge omsorgsboliger i stedet for sykehjem, eller omgjort institusjonene til omsorgsboliger, og organisert tjenestetilbudet som en del av hjemmetjenesten. Enkelte undersøkelser kan tyde på at dette gir en mer effektiv utnyttelse av økonomiske og faglige ressurser og et bedre samlet tjenestetilbud (88)
- Statistikken skjuler ellers at det mer enn før er uklare grenser mellom hva som kan regnes som helse- og omsorgstjenestetilbud i institusjon og i omsorgsbolig eller eget hjem. På mange måter handler det om hvordan tjenestetilbudet er organisert, og etter hvert mindre om tjenestetilbudets omfang, innhold og kvalitet. Om en vil danne seg et bilde av de reelle variasjonene mellom kommunene, er det derfor avgjørende å se på og sammenligne det samlede tjenestetilbudet

Et prosjekt utført for KS Storbynettverk (88) har forsøkt å identifisere faktorer knyttet til organisering, ledelse og kultur som kan forklare de store forskjellene i ressursbruk mellom de fem største byene i Norge: Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger og Kristiansand. Et hovedfunn fra dette arbeidet er at forskjeller i tjenesteprofil som ser ut til å forklare forskjeller i ressursbruk:

> *«Våre funn tyder på at høy andel hjemmetjenester og lav andel institusjonstjenester bidrar til lavere ressursbruk. Dette henger naturligvis sammen med at institusjonstjenester generelt sett genere-*



Figur 2.17 Variasjon i timetall og ressursbruk i sykehjem i Trondheim kommune.

Variation in individual care. Mean and 95 % confidence interval for each nursing home, Total average=14.8
Kilde: Døhl, Øystein; Helge Garåsen, Jorid Kalseth and Jon Magnussen (2014)

rer høyere ressursbruk enn hjemmebaserte tjenester. Dette bildet er særlig tydelig for kommunene Kristiansand, som har lavest ressursbruk, og Stavanger, som har høyest ressursbruk.»

Sykehjem er heller ikke et entydig begrep. En undersøkelse (67) viser stor variasjonen i antall timer individuell hjelp ved sykehjem i Trondheim kommune. Timetallet varierer fra 7 timer pr uke til nesten 35 timer per uke. Variasjonen er også stor innenfor den enkelte institusjon.

En sykehjemsplass er altså ikke en sykehjemsplass i den forstand at det er et noenlunde likt pakketilbud til den enkelte. Sykehjemmene brukes til mange ulike formål og utfra lokale forhold og behov. Dette kan også illustreres ved det store spennet i gjennomsnittlige kostnader pr plass fra kommune til kommune. Om vi ser på 95 prosent av kommunene, varierer den gjennomsnittlige kostnad per sykehjemsplass fra 750 000 og 1 450 000 kroner per år.

De observerte variasjonene i tjenesteprofil kan altså både være begrunnet med de mange brukerens ulike behov eller avspeile noe av det mangfoldet som må være til stede i et land som Norge. De kan også være uttrykk for lokale politiske prioriteringer, preferanser og ønsker, og være tilpasset særlige lokale forhold og behov. Det er først når tjenestetilbudet bryter med forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenestelovgivningen og god faglig praksis, det er sterke grunner til å bruke variasjon som utgangspunkt for inngrep fra statlige myndigheter.

Variasjonene i tjenesteprofil er imidlertid svært store. I tillegg til forsvarlighetskravet, bør derfor både kommuner og tilsynsmyndigheter legge vekt på hva som er god faglig standard og vurdere hvordan de samlede ressursene best kan brukes til å skape et best mulig tjenestetilbud. Det innebærer et løpende kvalitetsutviklingsarbeid, der sammenlignende analyser mellom kommunene kan benyttes til å vurdere hva som er godt begrunnede ulikheter og hva som anses å være uønskede variasjoner. Det er grunn til å tro at et slikt arbeid vil redusere variasjonene.

2.8.3 Reinnleggelser av eldre i sykehus

I 2016 ble totalt 15,9 prosent av pasienter som er 67 år eller eldre innlagt på nytt innen 30 dager etter et sykehusopphold. Om lag 73 000 primærinnleggelser i sykehus ble inkludert i beregningene. Pasienter med astma, kols, eller hjertesvikt har størst sannsynlighet for reinnleggelse. Reinnleggelse defineres som akutt innleggelse av pasienter som er 67 år og eldre innen 30 dager etter primæropphold i sykehus, og er en nasjonal kvalitetsindikator.

Analyser foretatt av Folkehelseinstituttet (89) av data fra 2012–2016 viser at forekomsten av reinnleggelser varierte betydelig både mellom kommunene og mellom helseforetakene.

Det er flest innleggelser på mandager (19,2 prosent), mens det er flest utskrivninger på fredager (22,1 prosent). Pasienter som ble lagt inn i helgen, hadde større sannsynlighet for reinnleggelse enn pasienter som ble lagt inn i løpet av arbeidsuken. På den annen side var sannsynligheten for å bli reinnlagt lavere for pasienter som ble skrevet ut i løpet av helgen.

Sannsynlighet for reinnleggelse var i stor grad avhengig av hvilken diagnosegruppe pasienten tilhørte. Lavest sannsynlighet for reinnleggelse har pasienter som hadde vært lagt inn med brudd. Dette var også den største pasientgruppen. Høyest var den for pasienter som hadde vært innlagt med astma/kols.

Analysen fra Folkehelseinstituttet viser en marginal, men signifikant økning i reinnleggelse fra 2012 til 2016. Folkehelseinstituttet (89) peker på at faktorer som geografiske forskjeller, kommunestørrelse, bosetning og avstand til nærmeste sykehus kan ha betydning for hvorvidt pasienter oftere legges inn og reinnlegges i spesialisthelsetjenesten. I tillegg kan sosiale forskjeller, sivilstand og om pasienten bor alene eller sammen med noen påvirke sannsynligheten for reinnleggelse. Evnen til egenomsorg og muligheten til å forstå og gjennomføre opptrening og oppfølging etter sykehusopphold vil selvfølgelig også være avgjørende.

Det er mange aktører i dette bildet. Reinnleggelser kan være uttrykk for avtalte ordninger med lavterskelsenger, der pasientene selv bestemmer om de ønsker å legges inn, men de kan også reflektere svakhet og mangler både i spesialisthelsetjenesten og i de kommunale tjenestene. Når pasientene trenger innleggelse på sykehus, skal informasjon om tilstanden og undersøkelser som er gjort ligge ved for at sykehuslegene raskt skal kunne stille diagnose og iverksette behandling. Riksrevisjonen har beskrevet (90) i en rapport at mellom 80–90 prosent av sykehusene opplever jevnlig at henvisningene ikke inneholder den informasjonen de trenger for å kunne gjøre en korrekt vurdering og prioritering av pasienten. I tillegg til kvaliteten på behandlingen i sykehus, kan sannsynligheten for en reinnleggelse derfor også avhenge av tilgangen på kompetente kom-

munale helsetjenester og samhandling mellom tjenestenivåene.

Det er satt i gang flere tiltak for bedre samhandling mellom sykehus og kommuner, blant annet læringsnettverk og bedre utskrivningsrutiner ved sykehus og sykehjem.

I pasienterfaringsundersøkelser Folkehelseinstituttet har gjennomført, er det et tydelig funn at pasientene ønsker at informasjon og forhold rundt utskrivningen skal bli bedre (91). Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24/7 har utformet en tiltakspakke for å forbedre utskrivningen ved sykehus og sykehjem. Sentrale tiltak er å starte planlegging av utskrivning allerede ved innkomst, formidle viktig informasjon til alle parter i tide, gjennomføre strukturerte samtaler og utarbeide sjekkliste før utskrivning.

Gode pasientforløp for eldre og kronisk syke er et annet tiltak for å møte disse utfordringene. I løpet av perioden 2016 til 2019 skal det gjennomføres åtte læringsnettverk over hele landet. Totalt vil rundt 200 kommuner delta i arbeidet. Målet er å sikre brukernes behov for å møte helhetlige, koordinerte og trygge tjenester. Læringsnettverkene skal forbedre overgangene i pasientforløpet, både internt i kommunene og sykehusene, og mellom sykehus og kommune. Et av virkemidlene i dette arbeidet er å flytte oppmerksomheten fra Hva er i veien med deg? til Hva er viktig for deg? Se for øvrig kapittel 8.

2.9 Aldring og framtidig bærekraft

Det store spørsmålet i årene som kommer er hvordan vi kan sikre ordninger, tjenester og løsninger som er bærekraftige i møte med tre av de viktigste demografiske utfordringene vi står overfor:

1. De mange nye eldre

Befolkningsutviklingen vil bli preget av at vi blir flere eldre, at andelen eldre i befolkningen vil øke, og at det etter hvert vil bli en sterk vekst blant de eldste eldre. På nasjonalt nivå dobles både andelen og antallet som er 80 år eller mer fram mot 2040.

Det som først og fremst nyanserer denne utfordringen er at de nye eldre selv har helt andre ressurser enn tidligere generasjoner å møte alderdommen med. De har høyere utdanning, bedre boliger, bedre økonomi og har vokst opp under andre forhold. Det er noe av grunnen til at de lever lenger og har en annen helsetilstand, funksjonsevne og mestringsmuligheter.

Å bare bygge ut dagens tjenestetilbud i takt med den demografiske utvikling, vil derfor være et for enkelt og dårlig svar i møte med nye eldregenerasjoner. Denne meldingen inviterer derfor de eldre selv og befolkningen for øvrig til å være med på skape et mer aldersvennlig Norge, som legger til rette for aktiv deltakelse og for å ta i bruke seniorressursene på en annen måte enn i dag. Det berører alle samfunnsområder, markeder og sektorer, slik de demografiske endringene også vil gjøre. For helse- og omsorgstjenestene vil det blant annet bety å være mer ressursorientert og legge større vekt på proaktivitet, tidlig intervensjon, forebygging og hverdagsmestring, ofte med utgangspunkt i det grunnleggende spørsmålet: Hva er viktig for deg? De fleste ønsker å delta og greie seg selv så lenge som mulig, og det er også det beste for felleskapet og framtidig bærekraft.

Norges aldring er svakere enn andre land vi ofte sammenligner oss med. Mange andre land i Europa får en sterk vekst i tallet på eldre samtidig med generell befolkningsnedgang og svært lave fødselstall. Vi vil derfor kunne ha stor nytte av å delta i internasjonalt arbeid på dette området, og se hvilke løsninger andre land med betydelig større utfordringer har valgt, og hvordan disse løsningene fungerer. Active ageing and solidarity between generations er overskriften på dette arbeidet både i regi av FN og EU.

2. Større geografiske ulikheter

På samme måte som det er store forskjeller i aldringen av befolkningen landene imellom, står også norske kommuner og regioner overfor helt ulike utfordringer knyttet til de demografiske endringene. Den nasjonale befolkningsveksten, slik Statistisk sentralbyrå framskriver den, vil bli svært ujevnt geografisk fordelt. Den vil først og fremst komme i byer og større kommuner som fra før har en relativt ung befolkning, mens mange kommuner som i dag har en høy andel eldre samtidig vil få befolkningsnedgang. Som en konsekvens av lave fødselstall og manglende innflytting fra andre kommuner eller fra utlandet, vil derfor aldringen bli sterkest og skje raskest i distriktene. I 2040 vil mer enn hver tredje innbygger i mange distriktskommuner være over 65 år.

Dette bildet forsterkes av at de eldres ressurser også er ujevnt fordelt. De fylkene der vi kan forvente den sterkeste aldringen framover, er ifølge Statistisk sentralbyrå samtidig fylker der de

eldre har lavest utdanningsnivå og minst økonomiske ressurser, mens de mest ressurssterke eldre bor i fylkene der aldringen vil bli svakest (15).

For helse- og omsorgstjenestene framstår det derfor som en betydelig utfordring å få en bærekraftig balanse mellom tilbud og behov for helse- og omsorgstjenester, når både tilgangen på pårørendeomsorg svikter fordi yngre familie har flyttet og tilgangen på arbeidskraft og helse- og sosialpersonell blir liten. Nye kommunale oppgaver må framover derfor også ses i lys av en mer ujevn befolkningsstruktur og ta hensyn til de mulighetene distrikts-Norge har for å påta seg oppgaver utover de som følger av den raske aldringen av befolkningen i egen kommune. Statistisk sentralbyrå peker på at det spesielt er Hedmark, Oppland, Sogn og Fjordane, Telemark og Nordland som kan forvente høye omsorgsbyrder framover, og at de kommunene som er i en slik situasjon ofte også ligger mindre sentralt til, med lang reisevei for eventuelle pendlende fagfolk. I tråd med kommunereformens intensjoner, kan imidlertid nabokommuner med ulik alderssammensetning utjevne noe av denne utfordringen ved å vurdere å slå seg sammen.

3. Rekruttering

Rekruttering av arbeidskraft og fagutdannet helse- og sosialpersonell til helse- og omsorgstjenestene står på denne bakgrunn som en av de viktigste utfordringene som følge av befolkningsutviklingen. Det samme gjør god tilrettelegging og oppfølging av pårørende og frivillige omsorgsytere. Dette gjelder både nasjonalt og ikke minst som følge av større geografiske ulikheter i aldersammensetningen.

Framtida kan innebære mangel på både arbeidskraft og pårørende og frivillige som er villige til å påta seg omsorgsoppgaver. Å arbeide videre med å finne mer fleksible og bærekraftige løsninger som gjør det mulig å kombinere omsorgsarbeid med yrkesaktivitet vil derfor være en utfordring både for arbeidslivet og helse- og omsorgstjenestene.

Det er mange kvinner og for få menn i dagens helse- og omsorgstjeneste. Kvinnene beveger seg også etter hvert over i de fleste bransjer og sektorer. Mens menn etter hvert tar større ansvar for omsorgsoppgaver på familiearenaen, er det fortsatt et fåtall som velger utdanning og yrke innenfor helse- og omsorgssektoren. Prosjektet Menn i helse viser imidlertid vei på dette området, og etter hvert som det har fått fotfeste i stadig større deler av landet, ser vi at flere og flere menn kvalifiserer seg for og finner gode og meningsfulle arbeidsmuligheter i sykehjem og hjemmetjenester. Det er vanskelig å tenke seg at rekrutteringsutfordringene kan løses uten at menn i større og større omfang gjør sitt inntog i helse- og omsorgssektoren.

På samme måten som helse- og sosialarbeidere vurderes som attraktiv arbeidskraft i andre bransjer og finner seg arbeid der, må også helse- og omsorgssektoren åpne seg for å konkurrere om personell med annen fagbakgrunn og erfaring, for eksempel innenfor serviceyrker og hotell- og restaurantfag. Bredere rekruttering innebærer også at tradisjonelle helsefag, i større grad kan suppleres med personell med sosialfaglig, pedagogisk eller kulturfaglig bakgrunn, i tråd med reformen Leve hele livet sitt fokus på aktivitet og fellesskap, måltider og miljøarbeid. Det frigjør også helsepersonellressursene til å konsentrere innsatsen mer om helseoppgavene.

Bærekraftige løsninger

De kvantitative utfordringene som følger av endringene i befolkningssammensetning blir i første rekke ivaretatt gjennom veksten i kommunesektorens frie inntekter og sykehusenes aktivitetsvekst. Det følges også opp i de meldinger og handlingsplaner som tidligere er lagt fram blant annet om helse- og sykehusplan, folkehelse og primærhelsetjenester, gjennom Kompetanseløft 2020 og Omsorg 2020 med investeringstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger, demensplan og forsøk med statlig finansiering. Status for dette arbeidet er det redegjort for i kapittel 3.

Denne meldingens hovedfokus vil imidlertid være å finne nye og innovative løsninger på de mer kvalitative utfordringene knyttet til aktivitet og fellesskap, mat og måltider, helsehjelp, kontinuitet og sammenheng og en mer aldersvennlig samfunnsutvikling. Forslagene til løsninger bygger på erfaringer som allerede er gjort i enkeltkommuner, sykehus, organisasjoner og næringsliv.

Det handler om å gjøre enkelte ting på andre måter enn før, og skape forenkling, fornyelse og forbedring gjennom innovasjon. Nye arbeidsmetoder, nye samarbeidsformer, ny teknologi og nye løsninger vil gi noen av svarene på hvordan vi i fellesskap kan skape et mer bærekraftig samfunn i møte med aldringsutfordringene.



Figur 3.1

3 Grunnlaget for reformen

Det er de senere årene lagt fram flere meldinger og planer for å møte de store demografiske utfordringene samfunnet står overfor. Denne reformen bygger på initiativ og tiltak som allerede er satt i gang for å utsette og forhindre sykdomsutvikling, fremme mestring og livskvalitet og styrke kompetansen, kvaliteten og kapasiteten i helse- og omsorgstjenestene. I det følgende gis en kort oversikt over de meste sentrale meldingene og planene. Disse utgjør fundamentet i kvalitetsreformen for eldre – Leve hele livet.

3.1 Meldinger til Stortinget

3.1.1 Folkehelsemeldingen

Med Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter, fastsetter regjeringen tre nasjonale mål for folkehelsepolitikken:

- Norge skal være blant de tre landene i verden som har høyest levealder
- Befolkningen skal oppleve flere levekår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller
- Vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen

Hovedinnretningen er tiltak i alle sektorer som fremmer en helsevennlig livsstil for alle. Nye innsatsområder for folkehelsepolitikken er aktive eldre, å inkludere psykisk helse i folkehelsearbeidet og å legge til rette for helsevennlige valg. I meldingen har regjeringen blant annet lansert en mobilisering mot ensomhet, og det er gitt tilskudd til aktiviteter for å få flere ensomme eldre med på sosiale og fysiske aktiviteter.

Det er også inngått et samarbeid med KS om et kommunalt folkehelseprogram. Bedre helsedata og analyser er viktig for å få bedre oversikt over befolkningens helse, og det er etablert et nasjonalt sykdomsbyrdeprosjekt.

Fysisk aktivitet i form av styrke- og balansetrening er særlig viktig for godt voksne og eldre for å opprettholde selvstendighet, forebygge fall og mestre dagliglivets aktiviteter. Regjeringen vil legge fram en handlingsplan for fysisk aktivitet. Videre er regjeringen i gang med å utarbeide en handlingsplan for friluftslivet hvor eldre vil være en av målgruppene.

Regjeringen vil legge fram en ny stortingsmelding om folkehelse våren 2019.

3.1.2 Legemiddelmeldingen

Meld. St. 28 (2014–2015) Legemiddelmeldingen – Riktig bruk – bedre helse, skal bidra til bedre folkehelse. Med meldingen setter regjeringen fire nasjonale mål for legemiddelpolitikken:

- Sikre god kvalitet ved behandling med legemidler
- Legemidler skal ha lavest mulig pris
- Likeverdig og rask tilgang til effektive legemidler
- Legge til rette for forskning og innovasjon

Legemidler brukes både for å forebygge og behandle sykdommer, og for mange pasienter innebærer legemiddelbehandling bedre livskvalitet og færre sykehusinnleggelser. I takt med økende legemiddelbruk i befolkningen øker imidlertid også risikoen for alvorlige bivirkninger og legemiddelinteraksjoner.

Pasientens legemiddelliste og legemiddelgjennomgang

For å unngå skadelige bivirkninger er det viktig at legemiddelbruken hos eldre følges nøye opp, for eksempel med regelmessige kontroller. Legemiddelfeil er en av de hyppigst forekommende uønskede hendelsene. Regjeringen har derfor innført krav om legemiddelgjennomgang på sykehjem. Denne trådte i kraft 1. januar 2017. Det skal gjennomføres legemiddelgjennomgang for pasient med langtidsopphold i sykehjem ved innkomst og minst en gang årlig. Utover dette skal legemiddelgjennomgang utføres når det er nødvendig av hensyn til forsvarlig behandling.

En oppdatert oversikt over legemidlene som hver enkelte pasient bruker, antas å være det viktigste enkelttiltaket for å bedre pasientsikkerheten på legemiddelområdet. Forskriftsendringer

som er nødvendige for å etablere pasientens legemiddelliste, ble vedtatt 8. desember 2017. Første skritt videre vil være at pasienter som har elektronisk multidose får tilgang til sin legemiddelliste på helsenorge.no høsten 2018. Regjeringen tar sikte på at nasjonal innføring av pasientens legemiddelliste kan starte i 2021.

3.1.3 Primærhelsetjenestemeldingen

I Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, skisserer regjeringen en rekke tiltak som skal bidra til at brukerne får mer helhetlige helse- og omsorgstjenester. Tverrfaglige team, økt kompetanse og bedre ledelse er sentrale satsningsområder. Dette er endringer som vil gi bedre tjenester til eldre innbyggere.

En teambasert tjeneste

For å gi mer sammenhengende tjenester og et bedre tilbud til blant annet eldre med kronisk sykdom skal det i 2018 gjennomføres to ulike piloter; en med primærhelseteam, og en med oppfølgingsteam

Primærhelseteam er en utvidet allmennlegepraksis bestående av fastlege, sykepleier og helsesekretær. Våren 2018 starter en pilotering av primærhelseteam i åtte kommuner og tre bydeler. Målet er å se om ny organisering av fastlegetjenestene kan gi et bedre tilbud til pasienter på fastlegens liste. Piloten skal gjennomføres over tre år og følgeevalueres.

Oppfølgingsteam skal gi syke med store og sammensatte behov et bedre tilbud. En viktig del av piloten er å prøve ut et nytt digitalt verktøy for å identifisere pasienter som har behov for tverrfaglig oppfølging, og som blant annet kan ha risiko for sykehusinnleggelse. Piloten skal gjennomføres over tre år og følgeevalueres.

Læringsnettverk for gode pasientforløp

Læringsnettverk for gode pasientforløp for eldre og kronisk syke gjennomføres i perioden 2016–2019. Til sammen 200 kommuner med tilhørende helseforetak deltar i inneværende periode. Målet er å sikre at brukerne får helhetlige, koordinerte og trygge tjenester.

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) ble etablert 1. desember 2017. KPR skal gi mer kunnskap og åpenhet om hvordan helse- og omsorgstjenestene fungerer. Det er viktig for å gi brukerne og pasientene enda bedre tjenester. Det nye registeret vil være et viktig redskap for kommunale og statlige myndigheter i styringen, finansieringen og evalueringen av helse- og omsorgstjenestene.

3.1.4 Kvalitet- og pasientsikkerhetsmeldingen

Regjeringen la høsten 2017 fram Meld. St. 6 (2017–2018) Kvalitet og pasientsikkerhet. Målet med meldingen er større åpenhet og økt bevissthet rundt kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet, både i helsepolitikken og på alle nivå i tjenesten.

Pasientsikkerhetsprogrammet

Ett av de viktigste tiltakene i Meld. St. 6 (2017–2018) Kvalitet og pasientsikkerhet, er Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7. Pasientsikkerhetsprogrammet er rettet mot både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og har tre overordnede mål:

- Redusere pasientskader
- Bygge varige strukturer for pasientsikkerhet
- Forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten

Pasientsikkerhetsprogrammet arbeider ut mot kommunene gjennom to løp. Det ene er samarbeid med Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester for spredning av konkrete tiltakspakker gjennom læringsnettverk. Det er i regi programmet utarbeidet flere tiltakspakker som er relevante for kommunene, herunder å forebygge trykksår og fall, riktig legemiddelbruk, samstemming av legemiddellister, forebygging av undernæring og tidlig oppdagelse av forverret tilstand. Det andre sporet er oppbygging av helhetlige pasient- og brukersikre kommuner. Fem kommuner deltar i piloten pasient – og brukersikker kommune. Pasient- og brukersikre kommuner innebærer at det skal etableres systematisk og vedvarende arbeid med pasient- og brukersikkerhet på alle nivå i kommunal helse- og omsorgstjeneste, fra kommuneledelsen til de som arbeider tett på pasienter og brukere hver dag

3.1.5 Meldingen om Nasjonal helse- og sykehusplan

I Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan 2016–2019, gir regjeringen rammene

for utviklingen av sykehustjenestene. Planen er en viktig del av regjeringens arbeid for å skape pasientens helsetjeneste. Utgangspunktet er demografiutviklingen, med mer enn dobling av befolkningen over 75 år fram mot 2030. Siden sykdom øker med alderen er det særlig den eldre befolkningen som har behov for sykehusenes tjenester. Gjennomsnittlig bruker 70-åringene mer enn dobbelt så mye spesialisthelsetjenester som 40-åringene. Nasjonal helse- og sykehusplan skal sikre trygge sykehus og bedre helsetjenester, uansett bosted. Planen framhever også betydningen av desentraliserte spesialisthelsetjenester og samlokalisering med kommunale tjenester. Det gir større mulighet for helhetlige pasientforløp for eldre, som ofte er avhengig av tjenester fra begge nivå.

Det planlegges en ny helse- og sykehusplan som skal legges fram i 2019. Planen skal skissere den overordnede strategien for å realisere pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte. Teknologi, samhandling, kompetanse og psykisk helsevern vil være sentrale temaer.

3.2 Omsorg 2020

Omsorg 2020 er regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020. Den inneholder en rekke tiltak for å styrke kvaliteten, kompetansen og kapasiteten i sykehjem og hjemmetjenester og for å utvikle nye og mer bærekraftige løsninger.

3.2.1 Investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser

Investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser i institusjon og omsorgsboliger skal stimulere kommunene til å fornye og øke tilbudet av plasser i sykehjem, institusjoner og omsorgsboliger.

Investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser ble styrket betydelig i 2014 ved at regjeringen økte statens andel fra 35 til 50 prosent ved bygging og rehabilitering av plasser. Dette har ført til et taktskifte i kommunenes byggeplaner.

Stortinget har i Innst. 110 S (2017–2018) bedt regjeringen sørge for at investeringstilskuddet til sykehjem og heldøgns omsorgsboliger likebehandler nybygg og oppgradering og modernisering av eksisterende bygningsmasse. Regjeringen vil komme tilbake til dette i budsjettsammenheng.

Regjeringen samarbeider med KS for å bygge flere heldøgnsplasser og for å få bedre oversikt over behovet. Med bakgrunn i dette samarbeidet og en analyse gjennomført av Statistisk sentralbyrå, er det lagt til grunn et behov for om lag 2500 plasser årlig i årene fram mot 2030.

3.2.2 Forsøk med statlig finansiering

Forsøksordning med statlig finansiering av omsorgstjenesten startet opp 1. mai 2016. Målet er å undersøke om statlig finansiering kan bidra til økt likebehandling over kommunegrensene og sikre at brukernes behov dekkes på en bedre måte enn i dag. Forsøket gjennomføres i seks kommuner og omfatter to modeller.

Forsøket følgeevalueres. Erfaringene så langt, spesielt for kommuner i forsøkets modell A, er at brukermedvirkningen er styrket og kompetansen og samhandlingen har økt.

I regjeringsplattformen for perioden 2017–2021 legges det opp til å forlenge og utvide forsøket. Regjeringen vil komme tilbake til dette i budsjettsammenheng.

3.2.3 Nasjonalt velferdsteknologiprogram

Morgendagens omsorgstjeneste må legge til rette for at brukerne i større grad blir en ressurs i eget liv. Velferdsteknologi gir eldre mulighet til å bevare livskvalitet, mestring og selvstendighet lenger. Det gir også eldre mulighet til å bo hjemme lenger. Økt bruk av velferdsteknologi er en av flere faktorer som kan bidra til en bærekraftig omsorgstjeneste i framtida. Nasjonalt velferdsteknologiprogram har som mål at velferdsteknologi skal være en integrert del av tjenestetilbudet i omsorgstjenestene innen 2020.

Som del av programmet er det utviklet en metodikk for tjenesteinnovasjon (kalt Veikart for tjenesteinnovasjon). Videre har KS i samarbeid med SINTEF og Høgskolen i Sørøst-Norge utviklet Velferdsteknologiens ABC, en tverrfaglig opplæringspakke for ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Målet er å gi ansatte i helse- og omsorgstjenestene grunnleggende kompetanse i velferdsteknologi og tilgang til nødvendige arbeidsverktøy for å vurdere, ta i bruk og følge opp tjenester og tiltak der velferdsteknologi brukes.

Nasjonalt velferdsteknologiprogram ledes av Helsedirektoratet i samarbeid med Direktoratet for e-helse og KS.

Trygghet og mestring

Som del av velferdsteknologiprogrammet, har flere kommuner prøvd ut teknologier for trygghet og mestring, blant annet varsling- og lokali-

seringsteknologi, fallsensorer, elektroniske medisineringsstøtte og elektroniske dørlåser. Resultatene fra utprøvningen gjorde at programmet i 2017 gikk over fra pilotering til spredning og implementering i nye kommuner. 234 kommuner gjennom 28 samarbeidsprosjekter fikk i 2017 tilskudd til dette. Det skal bygges videre på erfaringer og kompetanse utprøvningskommunene har opparbeidet.

Avstandsoppfølging

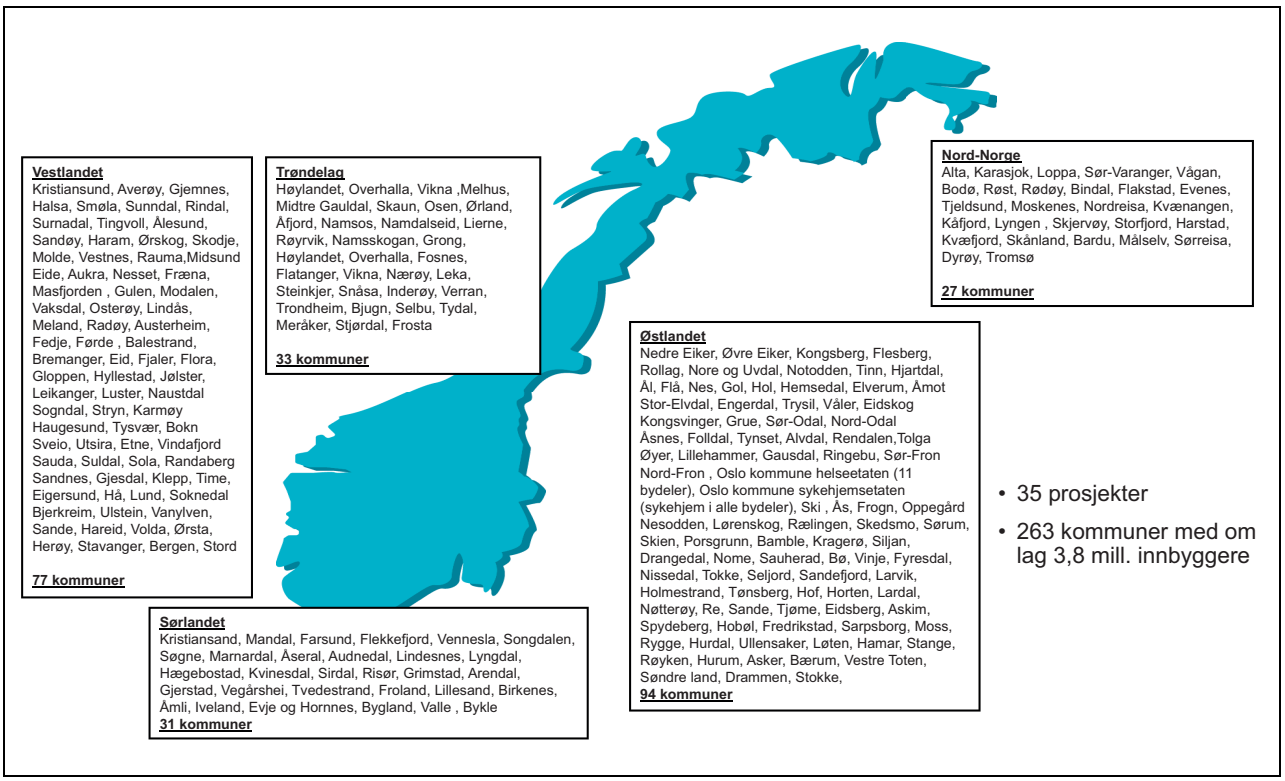
Medisinsk avstandsoppfølging av kronisk syke er et utprøvingsprosjekt under Nasjonalt velferdsteknologiprogram. I prosjektet får pasienter med kroniske lidelser oppfølging hjemmefra via nettbrett og mobile sensorer. Pasienter og brukere forteller om bedre kontroll på egen helse, mer frihet og trygghet, og færre legebesøk og sykehusinnleggelser. Kommunene rapporterer om økt omsorgskapasitet og bærekraft. Prosjektet avsluttes våren 2018, og det vil utarbeides en endelig gevinstrapport fra prosjektet høsten 2018. Det skal bygges videre på erfaringene og kompetansen som er opparbeidet i prosjektet for medisinsk avstandsoppfølging. Høsten 2018 vil utprøvningen videreføres og rettes inn mot pilotene for primærhelseteam der dette er mulig. Formålet er å få tilstrekkelig kunnskap om avstandsoppfølging for å gi grunnlag for nasjonale anbefalinger og nasjonal innføring.

Teknologi for å motvirke ensomhet

For å mobilisere eldre og pårørende på måter som kan motvirke ensomhet og styrke det sosiale nettverket er det opprettet en tilskuddsordning for å utvikle og prøve ut teknologiske verktøy. Tiltaket skal legge til rette for møteplasser og samhandling mellom generasjoner for eksempel gjennom tilbud om datahjelp fra unge til eldre mennesker. Resultatene så langt viser at eldre kan bli mindre ensomme ved å få opplæring i informasjonsteknologi. En positiv effekt er at de føler seg mer inkludert i samfunnet når de mestrer digitaliserte ordninger som banktjenester og selvangivelse.

Arkitektur og infrastruktur

En viktig del av velferdsteknologiprogrammet er arbeidet med nasjonal arkitektur og infrastruktur for realisering av velferdsteknologiske løsninger. Felles arkitektur skal bidra til helhetlige tjenester hvor ulike løsninger fungerer sammen uavhengig av leverandør, kommunegrenser og aktør i helse- og omsorgssektoren.



Figur 3.2 Spredning og implementering av utprøvd trygghetsteknologi

Kilde: Helsedirektoratet/Direktoratet for e-helse

I regjeringsplattformen for perioden 2017–2021 står det at regjeringen vil legge til rette for at flere kommuner tar i bruk velferdsteknologi.

3.2.4 Demensplan 2020

Demensplan 2020 er regjeringens femårsplan for å forbedre tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. Målet er å skape et mer demensvennlig samfunn som tar vare på og integrerer personer med demens i fellesskapet. Brukerne har hatt en sentral rolle i utvikling av planen. Planen løfter fram tiltak som lovfesting av dagaktivitetstilbud for hjemmeboende personer med demens, brukerskoler for personer med demens og modeller for systematisk oppfølging etter diagnose. Andre tiltak er modeller for hjemmetjenester til personer med demens og pårørendeskoler.

Regjeringen vil i løpet av 2018 sende på høring forslag til endring av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester som fastsetter en plikt for kommunene til å tilby et dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens.

3.2.5 Program for en aktiv og framtidsrettet pårørendepolitikk

Som del av Omsorg 2020 er det etablert et eget program for en aktiv og framtidsrettet pårørendepolitikk. Målet med Pårørendeprogrammet er å anerkjenne og støtte pårørende som står i krevende omsorgssituasjoner. Programmet skal også styrke kvaliteten på tjenestene til brukerne og deres pårørende.

I 2017 styrket regjeringen pårørendes rettsstilling. En ny lovbestemmelse i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester tydeliggjør kommunens plikt til å tilby støtte til pårørende i form av blant annet avlastning, veiledning og omsorgsstønad. Kommunen skal også vurdere de pårørendes behov, og utforme et helhetlig tilbud som både ivaretar den enkelte bruker og deres pårørende.

I regjeringsplattformen for perioden 2017–2021 står det at pårørende er en ressurs, og støtten til og samarbeidet med pårørende skal styrkes. Regjeringen vil legge fram en egen pårørendestrategi.

3.2.6 Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet

Helse- og omsorgsdepartementet har sammen med Frivillighet Norge og KS utarbeidet en nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet 2015–2020. Strategien skal legge til rette for samarbeid mellom offentlig og frivillig sektor og bidra til å rekruttere flere frivillige til helse- og omsorgssektoren. Et viktig mål med strategien er å styrke den enkeltes sosiale nettverk og redusere ensomhet.

Stiftelsen Livsglede for eldre arbeider for å styrke den aktive omsorgen og sette brukernes sosiale og kulturelle behov i sentrum. Tiltaket skal bidra til at alle sykehjem som ønsker det, får opplæring, støtte og veiledning til å sette i system aktiviteter og gode opplevelser for den enkelte sykehjemsbeboer. Verdighetssenteret i Bergen driver opplæring av koordinatorer for frivillig arbeid og spredning av opplæringsprogrammet Omsorg ved livets slutt. Tilskuddene til Livsglede for eldre og Verdighetssenteret er styrket i regjeringsperioden.

3.2.7 Andre tiltak

Rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig

Regjeringen har lovfestet rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig og har samtidig pålagt kommunene å lage forskrifter med kommunale kriterier for tildeling av plass. Kommunene skal også føre ventelister over pasienter som oppfyller disse kriteriene, men som med forsvarlig hjelp kan bo hjemme i påvente av langtidsplass. Dette skal bidra til mer forutsigbarhet for eldre og deres pårørende.

Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Helsedirektoratet sørge for tertialvis rapportering av antall brukere som står på venteliste etter vedtak om at de oppfyller kommunens kriterier for langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Det er også bedt om rapportering over antall brukere som står på venteliste for korttidsopphold der dette er tilgjengelig hos kommunene.

Trygghetsstandard

Regjeringen har tatt initiativ til å utvikle en trygghetstandard for sykehjem. Trygghetsstandarden skal konkretisere hvordan sykehjemmet kan sikre god ledelse, organisering, profesjonell praksis, innovasjon og måling av resultater. Helsedirektoratet har, sammen med representanter for bruker- og pårørendeorganisasjoner, KS, yrkesorganisasjonene og aktuelle fagmiljø utarbeidet en første versjon av trygghetsstandard. Denne piloteres nå i fire kommuner: Tromsø, Sortland, Kristiansund og Eidskog. Piloteringen omfatter tre temaområ-

der: Ernæring, mat og måltider, aktivitet og omsorg mot livets slutt. Trygghetsstandarden vil videreutvikles i løpende samarbeid med de fire pilotkommunene. Prosjektet følgevalueres. Prosjektet avsluttes i 2018. Sluttproduktet skal være et kvalitetsutviklingssystem for sykehjem som kan tas i bruk i hele landet.

Kvalitetsindikatorer og nasjonal bruker- og pårørendeundersøkelse

Regjeringen vil at pasienter, pårørende og publikum skal få bedre kunnskap om kvaliteten på behandlingen i helsetjenesten. Helsedirektoratet har ansvaret for å utvikle et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helse- og omsorgstjenestene. Det er utviklet 31 indikatorer for de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Regjeringen vil innføre flere kvalitetsindikatorer for omsorgssektoren basert på bruker- og pårørendeerfaringer. Det er etablert et nasjonalt program for bruker- og pårørendeundersøkelser som startet opp høsten 2017. Programmet ledes av Helsedirektoratet med deltakere fra KS, Kommuneforlaget, Oslo kommune og Folkehelseinstituttet.

I regjeringsplattformen for perioden 2017–2021 står det at regjeringen vil legge til rette for å utvide bruken av objektive kvalitetsindikatorer og målinger av brukertilfredshet i kommunene, og sikre åpenhet om denne kunnskapen.

Forebyggende hjemmebesøk

Helse- og omsorgsdepartementet ga våren 2016 ut Rundskriv I-2/2016 Om forebyggende hjemmebesøk i kommunene. Rundskrivet er del av regjeringens satsning på å styrke de eldres ressurser, og å sikre dem gode og trygge helse- og omsorgstjenester. Forebyggende hjemmebesøk fremmer helse og mestring, og gir eldre mulighet til å leve et aktivt og selvstendig liv også når helsen blir redusert. Helsedirektoratet har utarbeidet veiledere som beskriver hvordan kommunene kan etablere og gjennomføre forebyggende hjemmebesøk. I regjeringsplattformen for perioden 2017–2021 står det at regjeringen vil stimulere til at flere kommuner gjennomfører forebyggende hjemmebesøk for eldre.

3.3 Utdanning og forskning

3.3.1 Kompetanseløft 2020

Regjeringen vil ha en faglig sterk kommunal helse- og omsorgstjeneste med dyktige ansatte som kan gi god helsehjelp og omsorg. Kompetanseløft 2020 er regjeringens plan for å sikre god kompetanse, rekruttering og fagutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Tiltakene omfatter alle nivå i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og favner bredt. Samlet er det bevilget om lag 1,6 mrd. kroner til Kompetanseløft 2020 i 2018.

Kompetanseløft 2020 består av seks strategier:

- Sikre god rekruttering og stabil bemanning av helse- og sosialfaglig personell
- Sikre at grunn- og videreutdanningene har god kvalitet og er tilpasset tjenestens behov
- Heve kompetansen hos de ansatte med mål om styrket forskning, innovasjon og kunnskapsbasert praksis
- Legge til rette for tjenesteutvikling, teamarbeid og innovasjon
- Bidra til god praksis, faglig utvikling, større faglig bredde og kunnskapsspredning
- Bidra til bedre ledelse gjennom målrettet satsing på økt lederkompetanse

Riktig kompetanse på riktig sted er avgjørende for at brukerne skal få gode helse- og omsorgstjenester. Personell i de kommunale helse- og omsorgstjenestene trenger i mange tilfeller høyere og bredere kompetanse enn i dag. For å heve kvaliteten på tjenestene i kommunene, har regjeringen lagt fram lovendringer som stiller krav til hvilke profesjoner kommunene må sørge for å ha for å gi innbyggerne gode og forsvarlige tjenester. Fra 1. januar 2018 stilles det krav om at kommunene skal ha knyttet til seg lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor og helsesøster. Fra 1. januar 2020 skal kommunene i tillegg ha knyttet til seg ergoterapeut og psykolog.

God ledelse er en forutsetning for tjenester av god kvalitet og for gjennomføring av reformen Leve hele livet. Gjennom Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten tilbys ledere i den kommunale- og fylkeskommunale helse- og omsorgstjenesten en utdanning skreddersydd behovet i sektoren. Hittil har om lag 250 personer fullført utdanningen. Et samarbeid mellom Nasjonal ledelsesutvikling i helseforetakene (NLU) og KS skal blant annet bidra til å styrke ledelsen og samhandlingen på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene skal, sammen med KS, utrede felles lederutviklingsprogram med sikte på iverksettelse fra 2019.

Regjeringen har med virkning fra 1. januar 2017, fastsatt Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Den stiller klarere krav til lederskap i helse- og omsorgstjenesten. Forskriften er tydelig

på hvilke oppgaver plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere omfatter. Det slås tydelig fast et det er toppledelsen som har dette ansvaret. Dette er et hovedverktøy for å jobbe systematisk med kvalitetsforbedring i tjenestene.

Gjennom Kompetanseløft 2020 er det satset på desentraliserte utdanningsløp, som har vist seg å være særlig effektivt for å sikre rekruttering og stabil bemanning i områder som ligger langt fra utdanningsinstitusjoner. Nærmere 4300 kandidater har fullført en grunn- eller videreutdanning med tilskudd knyttet til Kompetanseløft 2020 i 2016. I tillegg er 9400 personer under utdanning.

Kommunene kan gjennom et eget kompetanse- og innovasjonstilskudd søke om midler til både grunn-, videre- og etterutdanning av sine ansatte og til innovasjonsprosjekter for å utvikle nye og bedre løsninger i omsorgssektoren.

Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester og andre kunnskaps- og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenestene bidrar med oppdatert kunnskap som kan styrke kvaliteten i tjenestene. I tillegg pågår det nærmere 30 tiltak knyttet til kompetanseheving av ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, blant annet i etikk.

Faglig bredde kan vurderes både gjennom variasjon av faggrupper i tjenesten og gjennom konkrete tiltak for å tilføre nye behandlings- og oppfølgingsmetoder. For å utvikle og spre miljøbehandlingsmetoder og arbeidsformer er det opprettet et nasjonalt kompetansemiljø for kultur, helse og omsorg. Det er videre utviklet et opplæringsprogram om miljøbehandling og integrert bruk av musikk og sang til ansatte i omsorgstjenestene. I tillegg dekker oppstart av Mitt livs ABC høsten 2016 et lenge etterspurt opplæringstilbud til ansatte som arbeider med mennesker med utviklingshemming.

Ny organisering av tjenestene i team vil føre til at nye personellgrupper får nye roller og oppgaver. Blant annet kan sykepleiere med videreutdanning i avansert klinisk sykepleie fylle nye roller i oppfølging av eldre gjennom sin utvidete kliniske kompetanse. Regjeringen har derfor etablert en tilskuddsordning for nettopp videreutdanning for sykepleiere i avansert klinisk sykepleie.

Blant andre viktige tiltak er krav om at alle nye leger som ansettes i den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter 1. mars 2017, skal være spesialister i allmennmedisin eller under spesialisering.

Det pågår også et arbeid for å sikre at relevante grunn- og videreutdanninger besvarer kompetansebehovet i tjenestene. Som en oppfølging av Meld. St. 13 (2011–2012) Utdanning for velferd – Samspill i praksis, lages det et nytt system for styring av læringsutbytte i de helse- og sosialfaglige grunnutdanningene. Innholdet i utdanningene skal i større grad enn i dag utvikles og oppdateres regelmessig i tråd med tjenestenes behov.

3.3.2 Forskning og innovasjon

Regjeringen har lagt fram en langtidsplan for forskning og høyere utdanning for perioden 2015–2024. Denne er nå til revidering. En av prioriteringene i planen er fornyelse av offentlig sektor og bedre og mer effektive velferds-, helse- og omsorgstjenester. Regjeringen ønsker en offentlig sektor som er pådriver for innovasjon og kunnskapsutvikling i helse og omsorg. Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21 – strategien, Forskning og innovasjon i helse og omsorg (2015–2018) har et kunnskapsløft for kommunene som ett av sine innsatsområder.

De viktigste virkemidler for å få til mer praksisnær tjenesteforskning som er relevant for de kommunale helse- og omsorgstjenestene, ligger i Norges forskningsråds programmer. Følgende programmer, som finansieres av Helse- og omsorgsdepartementet, er relevante og aktuelle for forskning på og om eldre: Bedre helse og livskvalitet (BEDREHELSE), God og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering (BEHANDLING) og Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester (HELSEVEL). Det siste programmet skal bidra til forskning og innovasjon på kvalitet, kompetanse og effektivitet i helse-, omsorgs- og velferdstjenestene, og løfter fram pasientforløp, omsorgsforskning, tjenesteinnovasjon og innovasjoner gjennom velferdsteknologi.

Gjennom HELSEVEL øremerkes midler til Senter for omsorgsforskning, som er regionalt lokalisert ved fem høgskoler og universitet med helse- og sosialutdanning, med senteret på Gjøvik som koordinator. Denne satsingen skal styrke praksisnær forskning og bidra til å øke kvaliteten på et forskningssvakt område som omsorgsforskning har vært.

Helse- og omsorgsdepartementet har som ledd i oppfølgingen av HelseOmsorg21-strategien gitt Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse i oppdrag å utrede et helhetlig nasjonalt innovasjonssystem og innovasjonsmodell for helse- og omsorgstjenestene, samt utarbeide en veileder for tjenesteinnovasjon innenfor helse- og omsorgstjenesten. Endelig rapport ble levert i februar 2018.

3.4 Andre handlingsplaner og strategier

3.4.1 Opptrappingsplan for rusfeltet 2016–2020

Prop. 15 S (2015–2016) Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020) er regjeringens satsing på rusfeltet. Planen har en økonomisk ramme på 2,4 mrd. kroner i planperioden. Opptrappingsplanen tar for seg de tre innsatsområdene: tidlig innsats, behandling og oppfølgingstjenester.

Regjeringen vil i planperioden bidra til å øke oppmerksomheten om eldre og rus. Viktige tiltak er blant annet å øke kompetansen blant helse- og sosialpersonell og styrke behandlings- og oppfølgingstilbudet til et voksende antall eldre med rusproblemer. Opptrappingsplanen for rusfeltet skal bidra til en forbedret, forsterket, tverrsektoriell og samordnet innsats overfor grupper som står i fare for å utvikle rusproblemer og for personer med alvorlig rusavhengighet, samt deres pårørende. Hovedinnsatsen rettes mot kommunene der utfordringene er størst.

3.4.2 Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017–2019

Som oppfølging av Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, la regjeringen høsten 2016 fram Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017–2019. Planen retter seg i hovedsak mot brukere med funksjonsnedsettelser som følge av fysisk sykdom. Planen skal gjøre det lettere for innbyggere i alle aldre å få tilgang til tjenester. Blant annet er kravene for å få tilgang til logoped forenklet, og antallsbegrensningen på kiropraktorbehandling er avviklet.

I opptrappingsplanen inngår tiltaket ParkinsonNet. Det er en modell som skal gi personer med parkinson bedre tjenester. ParkinsonNet tar utgangspunkt i pasientens kunnskap om egen sykdom og tilpasset egentrening. Modellen prøves ut i et pilotprosjekt i perioden 2017–2019, i nært samarbeid med Norges Parkinsonforbund.

3.4.3 Strategi for god psykisk helse 2017–2022

Regjeringen har lagt fram en strategi for god psykisk helse, Mestre hele livet (2017–2022). Dette er den første strategien som spenner over hele psykisk helsefeltet, fra folkehelse til behandling og rehabilitering. Målet er at flere skal oppleve god psykisk helse og trivsel, og at de sosiale forskjellene i psykisk helse skal reduseres. Strategien vektlegger tidlig innsats for å fange opp de som trenger hjelp og gode, tilgjengelige og koordinerte tjenester til de som utvikler psykisk sykdom. Strategien retter seg mot hele befolkningen, men har et særskilt kapittel om barn og unge som i tråd med Stortingets anmodningsvedtak kan danne grunnlag for en opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse. Grepene og tiltakene som presenteres i strategien for øvrig er like aktuelle for eldre som for befolkningen for øvrig.

3.4.4 Opptrappingsplan mot vold og overgrep 2017–2021

Regjeringens Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021) inneholder en rekke satsinger for at voldsutsatte skal få bedre beskyttelse. Videre skal tjenestene ha god og riktig kompetanse og det forebyggende arbeidet skal styrkes.

Fra 1. januar 2018 er lovverket endret slik at helse- og omsorgstjenestenes ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep er tydeliggjort.

En rapport fra Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) i 2017 viser at eldre utsettes for vold i større grad enn tidligere antatt. Eldre som har vært utsatt for alvorlig fysisk vold eller overgrep tidligere i livet, er vesentlig mer voldsutsatt også i eldre år. Forebygging og tidlig avdekking vil dermed kunne bidra til å redusere forekomsten av vold og overgrep også blant eldre.

3.4.5 Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold 2017–2021

Regjeringen har lagt fram en nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021). Planen tydeliggjør at helse- og omsorgstjenesten og andre offentlige tjenester må ivareta ernæringshensyn og sørge for at de som trenger det, får god oppfølging av tjenestene. Bærekraftig kosthold, sammenhengen mellom kosthold og psykisk helse og måltidsglede er vektlagt i større grad enn tidligere. Flere tiltak i planen er relevante i arbeidet med riktig ernæring og gode måltidsvaner for eldre.

Mat, matlaging og måltider er sosiale aktiviteter som kan skape gode relasjoner og er aktuelt som tema i Helsedirektoratets tilskuddsordninger knyttet til mobilisering mot ensomhet. For å motivere til matglede og bedre matomsorg for eldre, er det samlet erfaringer fra Landbruks- og matde-

partementets konkurranse Gylne måltidsøyeblikk og etablert en nettverksgruppe. Dette arbeidet styrkes og videreutvikles i 2018.

Samarbeidet med matvarebransjen om å øke tilbud av og tilgjengelighet av sunne produkter, med redusert innhold av salt, mettet fett og sukker er forankret i en intensjonsavtale mellom helsemyndighetene og bransjen. Om lag 80 bedrifter har så langt sluttet seg til intensjonsavtalen

Innen helse- og omsorgstjenesten er kompetanseheving og implementering av nasjonale faglige retningslinjer, der kosthold er integrert, viktige tiltaksområder. Gode eksempler er lagt ut på nettsidene til Helsedirektoratet og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester.

Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring er under oppdatering og forventet ferdigstilt mot slutten av 2018. Ernæring er siden 2016 en del av pasientsikkerhetsprogrammet i sykehus, sykehjem og hjemmetjenester. Det er utviklet tiltakspakker for arbeidet. Fra 2016 er det etablert nasjonale kvalitetsindikatorer på oppfølging av ernæring i sykehjem og for hjemmeboende.

3.4.6 Strategi for seksuell helse 2017 – 2022

Regjeringen la i desember 2016 fram en strategi for seksuell helse (2017–2022). Strategien skal bidra til å sikre god seksuell helse i hele befolkningen. Strategien tar utgangspunkt i at seksualitet er en helsefremmende ressurs i alle livsfaser. Et tema i strategien er eldre og seksualitet. For eldre som bor i institusjon eller mottar tjenester i hjemmet, er det viktig at man ivaretar privatliv, verdighet og mulighet for samliv, så langt den enkelte ønsker dette. For ektepar og partnere vil det ofte være et ønske å fortsette samlivet også etter at en eller begge har kommet på sykehjem, og dette bør det legges til rette for.

3.4.7 Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade

Ulykker i Norge – nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade (2009–2014) skal bidra til å sikre god oversikt over ulykker i Norge, herunder ulykker som rammer eldre. Strategien ble forlenget frem til 2018 i Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter. Regjeringen har som del av arbeidet fastsatt mål om 10 prosent reduksjon av hoftebrudd. Registreringen av skader i Norsk pasientregister (NPR) er mangelfull, og det arbeides med å øke registrering og publisering av lokale data, og å utvikle et representativt datasett på ulykker. Strategien vektlegger også tverrsektorielt arbeid på nasjonalt og lokalt nivå, både med frivillige og private aktører. Helse- og omsorgsdepartementet gir sammen med Finans Norge tilskudd til Skadeforebyggende forum, der arbeid mot forebygging av ulykker blant eldre er sentralt. De har videre ansvar for koordinering av blant annet Trygge lokalsamfunn, der mange av kommunene har tiltak rettet mot ulykkesforebygging for eldre.

3.5 Meldinger og planer på andre departementers områder

Handlingsplan for Trygghet, mangfold, åpenhet

Regjeringen la i 2016 fram en handlingsplan mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk 2017–2020. Regjeringen har som mål å sikre lesbiske, homofile, bifile, trans- og interkjønnspersoners rettigheter, og skal blant annet bidra til økt bevissthet og kompetanse hos ansatte i helse- og omsorgstjenestene.

Handlingsplan for Universell utforming 2015 – 2019

Regjeringen vil arbeide videre for et universelt utformet samfunn, og la i 2015 fram Handlingsplan for universell utforming (2015–2019). Planen vektlegger blant annet informasjons- og kommunikasjonsteknologi og velferdsteknologi.

Digihjelpen

Kommunal- og moderniseringsdepartementet støtter kommuner som mangler veiledningstilbud i digital kompetanse til sine innbyggere. Den kommunale veiledningsordningen, Digihjelpen, skal legge til rette for at kommuner får etablert et permanent veiledningstilbud rettet mot innbyggere som ikke har tilstrekkelig digital kompetanse. Dette omfatter mange eldre. Våren 2018 lanserer KS en netthåndbok med gode råd til kommuner som ønsker å etablere eller forsterke et veiledningstilbud.

Framtidige meldinger og planer

Kulturdepartementet skal legge fram en stortingsmelding om den statlige frivillighetspolitikken i 2019. Videre arbeides det med ny lovgivning og en stortingsmelding om tros- og livssynspolitikk. Nærings- og fiskeridepartementet arbeider

med en stortingsmelding om helsenæringer, mens Barne- og likestillingsdepartementet skal utarbeide en ny strategiplan for likestilling av personer med funksjonsnedsettelser. Disse meldingene og planene vil også ha betydning for eldre og deres levekår og helse.

3.6 Behov for reform

Regjeringen har gjennom disse satsingene, meldingene og planene forberedt kommunene på å gjennomføre Leve hele livet. Mange av de pågående satsingene vil bli videreført i årene framover og utgjør fundamentet i kvalitetsreformen for eldre.

Samtidig er det fortsatt svikt på grunnleggende områder i tjenestetilbudet til eldre; mat, helsehjelp, aktivitet og fellesskap og sammenheng i tjenestene. Det gjør siste del av livet vanskelig å mestre for mange eldre. Det gjør mange pårørende slitne og frustrerte. Mange eldre opplever store forskjeller i helse, mestring, trivsel og trygghet i siste del av livet. Det er også variasjon i kvaliteten på tjenestetilbudet til eldre både innad og mellom kommuner og innad og mellom sykehus.

Det er derfor behov for å rette en særskilt innsats mot disse områdene, samtidig som reformen skal bidra til å skape et mer aldersvennlig Norge.

Basert på en omfattende dialog- og innspillsprosess, som beskrevet i kapittel 1, fremmes det i de følgende kapitlene forslag til konkrete løsninger på reformens hovedområder. Løsningene er basert på kommunenes egne erfaringer og kan gjennomføres gjennom lokale tilpasninger i den enkelte kommune.

Reformen Leve hele livet innebærer ikke at kommunene får nye oppgaver, men handler om å endre praksis og bidra til omstilling og kvalitetsutvikling av ordinær virksomhet. Flere av de foreslåtte løsningene kan bidra til mer effektive tjenester og et mindre omfattende tjenestebehov hos innbyggerne på sikt.

Sammen utgjør de allerede igangsatte tiltakene og de nye løsningene innholdet i kvalitetsreformen for eldre – Leve hele livet 2019–2023.



Figur 4.1

4 Et aldersvennlig Norge

De nærmeste tiårene vil endre den demografiske sammensetning av Norge betydelig. Det blir flere eldre, det blir en høyere andel eldre i befolkningen og det blir flere av de eldste eldre. De regionale og lokale forskjellene i alderssammensetning vil forsterkes innenlands på grunn av endringer i bosettingsmønsteret (15). Aldringen i Norge er imidlertid svakere enn i land vi sammenligner oss med.

Den demografiske utviklingen vil påvirke og ha konsekvenser for de fleste av samfunnets institusjoner, sektorer og markeder, og vil kreve nye løsninger og skape endringer på en rekke områder. Samtidig ser vi at store nye generasjoner eldre vil ha høyere utdanning, bedre helse, bedre boliger og bedre økonomi. Det kan bli av avgjørende betydning at de tar i bruk sine ressurser for å møte alderdommens utfordringer og muligheter.

Boks 4.1 Et aldersvennlig Norge er et Norge for alle

På flere av dialogmøtene ble det gitt uttrykk for at landet er dårlig forberedt på de raske endringene vi står overfor når det gjelder alderssammensetningen i befolkningen, og det ble blant annet pekt på Oslo sitt arbeid med å bli en aldersvennlig by:

Vi kjenner de demografiske framtidsutsiktene, men har ikke planlagt for et samfunn med mange flere eldre:
- *Boliger og bofellesskap vi kan bli gamle i*
- *Skikkelige transportordninger for eldre*
- *Universell utforming av bygninger, teknologi, transport, informasjon og fysiske omgivelser*
- *Og vi trenger en holdningskampanje mot aldersdiskriminering*

Det ble understreket at arbeidet med å skape et aldersvennlig Norge, må utvikles nedenfra gjennom lokale initiativ, med støtte og koordinering på nasjonalt nivå, som bygger opp under og samordner det lokale arbeidet.

I arbeidet med å skape et aldersvennlig Norge, må helse- og omsorgssektoren også feie for sin egen dør, og legge forholdene bedre til rette for eldre i sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester.

Etter dialogmøtene har det kommet mange skriftlige innspill til Helse- og omsorgsdepartementet fra organisasjoner og enkeltpersoner. Enkelte har også berørt viktige forutsetninger for et aldersvennlig samfunn:

- *Universelt tilrettelagte nærmiljø bidrar til at flere eldre kan ferdes tryggere i sitt nærmiljø. Det er bra for både unge og eldre. Faktorer som har betydning for et trygt nærmiljø for eldre kan være:*
  - *gode turmuligheter i nærmiljøet*
  - *god belysning*
  - *godt med benker eller sittemuligheter ute (Pensjonistforbundet)*
- *Trygghet og sosial kontakt bidrar til økt livskvalitet og boformen bidrar også til at beboerne er mer fysisk og sosialt aktive, som igjen gir bedre helse (Norsk Sykepleierforbund)*
- *Kommunene og spesialisthelsetjenestene vil merke økningen i antall eldre på ulike måter, men felles er at helsetjenestene må rustes opp både når det gjelder kapasitet og innen spesialkompetanse i geriatri på alle nivåer av tjenestene (Fagforbundet)*
- *Målet er å skape en Livsgledekommune preget av det omsorgsfulle naboskapet (Stiftelsen Livsglede for eldre)*
- *Vi må være opptatt av hva som virker. I tillegg til å styrke frivilligheten, få på plass gode pasient- og brukerregistre, og styrke forskningen på kommunale tjenester, må det også rettes oppmerksomhet mot samfunnsplanlegging, bla i form av utvikling av Smart Cities og universell utforming. Tiltak som gir grunnlag for at lokalsamfunn utvikles slik at alle kan holde seg i aktivitet, bevege seg utendørs, utnytte sosial møteplasser og kunne bo i eget hjem så lenge det er ønsket (KS)*
- *Å leve lengst mulig i eget hjem handler om viktigheten med tilrettelagte boliger hvor man bygger ut tverrfaglig hjemmebaserte tjenester og et bomiljø med tilgang til sosiale møteplasser (Norsk Ergoterapeutforbund)*

4.1 Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn

Arbeidet for et mer aldersvennlig samfunn angår alle deler av samfunnet. Regjeringen la i 2016 fram sin strategi for et aldersvennlig samfunn kalt Flere år – flere muligheter, som særlig retter seg mot disse områdene:

- *Lengre arbeidsliv* omhandler kompetanseutvikling, holdningsendringer, ny livsfasepolitikk, øke avgangsalder og videreutvikle pensjonspolitikken
- *Aldersvennlig lokalsamfunn* hvor planlegging og samfunnsutvikling, boligpolitikk, lokalt kulturliv og transport er viktige elementer
- *Frivillig sektor og sivilsamfunn* får økt betydning for å aktivisere og styrke sosial deltakelse
- *Nyskaping, nytte og næring* omhandler hvordan vi kan utvikle og ta i bruk teknologi og nye løsninger som kan stimulere næringsliv og the silver-economy samtidig som det styrker de eldres mestring og deltakelse
- *Helse- og omsorgssektoren* må fremme helse gjennom livsløpet for å få sunn aldring
- *Forskning* om aldring og betingelser for aktive eldre skal bli bedre

Strategien understreker at et aldersvennlig samfunn skapes ved å sette brukerperspektivet først, og mobilisere arbeids- og næringsliv, kommuner og lokalsamfunn, sivilsamfunn og interesseorganisasjoner. Kunnskaps- og forskningsinstitusjoner og innovasjons- og utviklingsmiljøer ses på som viktige medspillere. Strategien skal stimulere til bred innsats i et langsiktig perspektiv.

Leve hele livet vil derfor ha som en av sine hovedsaker å følge opp regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn, og sette den ut i livet i kommuner og lokalsamfunn i hele landet. Samtidig blir det viktig å sørge for at også helse- og omsorgssektoren gjør sin del av arbeidet med å skape aldersvennlige sykehus, sykehjem, botilbud og tjenester.

4.2 Aldersvennlige byer og lokalsamfunn

Konseptet Age-friendly society har vokst fram internasjonalt gjennom ulike initiativ i mange land, organisasjoner og bevegelser, og er fanget opp og satt i system av Verdens helseorganisasjon (WHO) sitt nettverk Global Network for Age-friendly Cities and Communities.

Begrepet må ses i sammenheng med FN sitt arbeid med A society for all ages (92) og det internasjonale arbeidet med Active ageing for å møte de store demografiske utfordringene verden står overfor.

Et aldersvennlig samfunn, lokalsamfunn eller by kan forstås som et inkluderende og tilgjengelig miljø som fremmer aktiv aldring. Den amerikanske eldreorganisasjonen AARP, som har tatt et ansvar for det amerikanske nettverket for aldersvennlige stater, byer og lokalsamfunn utvider dette perspektivet og sier at:

Boks 4.2 The WHO Global Network for Age-friendly Cities and Communities

The WHO Global Network for Age-friendly Cities and Communities støtter nå om lag 500 byer og lokalsamfunn i 40 land i arbeidet med å bli mer aldersvennlige.

Verdens Helseorganisasjons nettverk for aldersvennlige byer og lokalsamfunn ble etablert i 2010 for å knytte sammen byer, lokalsamfunn og organisasjoner over hele verden i en felles visjon om å gjøre dem til et godt sted å bli gamle i. Om hensikten med nettverket, skriver WHO:

> *«As a response to global population ageing, it focuses on action at the local level that fosters the full participation of older people in community life and promotes healthy and active ageing. Cities and communities join the Network with a commitment to becoming more age-friendly and to share their experience, achievements and lessons learnt with others.*
>
> *The Global Network for Age-friendly Cities and Communities provides a global platform for information exchange, mutual learning and support. Membership is not an accreditation for age-friendliness. Rather, it reflects cities' commitment to listen to the needs of their ageing population, assess and monitor their age-friendliness and work collaboratively with older people and across sectors to create accessible physical environments, inclusive social environments, and an enabling service infrastructure.»*

Kilde: https://extranet.who.int/agefriendlyworld

Boks 4.3 Oslo som aldersvennlig by

Oslo er i startgropen med bli en aldersvennlig by, og kommunen viser til at en økt andel eldre gir byen utfordringer knyttet til bolig, transport, byutvikling, sosialt engasjement, helse- og omsorgstjenester, frivillighet og generasjonsovergripende prosjekter. Samtidig peker kommunen på at den nye eldregenerasjonen har bedre utdanning, helse, boforhold og økonomi enn tidligere generasjoner. Et aldersvennlig Oslo skal derfor legge til rette for at de skal kunne utnytte sine ressurser og ha mulighet til å leve selvstendige og aktive liv. Dette innebærer tiltak som gir de eldre hverdagsmestring og god livskvalitet.

Arbeidet med å bli en aldersvennlig by er tverrsektorielt. Innbyggerinvolvering og samskaping står sentralt i utviklingen av en aldersvennlig by, og fokuserer på de miljømessige, sosiale og økonomiske faktorene som påvirker eldre voksnes helse og trivsel. En by som er aldersvennlig er en by for alle og utvider begrepet universell utforming.

Kommunen har gjennomført en større kartlegging av aldersvennlige tiltak. Økt tverrsektorielt samarbeid og flere medvirkningsaktiviteter danner grunnlag for utarbeidelse av en byomfattende handlingsplan. Oslo har seks hovedsatsingsområder i arbeidet for å bli en aldersvennlig by:

- Bolig
- Helse- og omsorgstjenester
- Kommunikasjon og medvirkning
- Samfunnsdeltagelse
- Transport
- Utendørsområder og fysisk aktivitet

Oslo kommune er medlem i Verdens helseorganisasjons (WHO) Nettverk for aldersvennlige byer og samfunn. EU utvikler også strategier og rammeverk for aldersvennlige byer, og Oslo er medlem i Eurocities, som driver politisk påvirkningsarbeid overfor EU-systemet. Oslo kommune leder en arbeidsgruppe om urban aldring i Eurocities. Kommunen har opprettet en administrativ koordineringsgruppe med representanter fra byrådsavdelingene samt leder for Det sentrale eldreråd, som samarbeider om å følge opp medlemskap i nettverket.

Kilde: https://www.oslo.kommune.no/politikk-og-administrasjon/prosjekter/aldersvennlig-by/#gref

> *«An age-friendly community is a livable community for people of all ages.» (93)*

Et slikt intergenerasjonelt perspektiv er det viktig å fastholde. Eldre har mange felles interesser med barn og barnefamilier i hvordan lokalsamfunnet utformes, og vil ofte kunne stå sammen med mennesker med funksjonsnedsettelser i arbeidet med å fjerne funksjonshemmende barrierer, enten de er av fysisk, sosial eller kulturell art.

Men det er først og fremst de eldre selv som må definere hva et aldersvennlig samfunn er. I en rapport om utprøving av en medvirkningsmodell for aldersvennlige lokalsamfunn kalt Lytt til seniorene! blir det sagt at:

> *«Et aldersvennlig lokalsamfunn er et lokalsamfunn der eldres erfaringer, synspunkter og behov blir hørt.»* (94)

Åtte innsatsområder

Verdens Helseorganisasjons (WHO) nettverk har fokus på de miljømessige, sosiale og økonomiske faktorene som påvirker eldres helse og trivsel og er opptatt av at eldre innbyggere er aktive beslutningstagere. Nettverket har utviklet målbare indikatorer for å vurdere aldersvennlighet blant annet (95):

1. utendørsområder og bebyggelse
2. transport
3. bolig
4. sosial deltagelse
5. respekt og sosial inkludering
6. deltagelse i samfunns- og arbeidslivet
7. kommunikasjon og informasjon
8. helse- og sosialtjenester

Arbeidet med aldersvennlige samfunn kommer hele befolkningen til gode. Et lokalsamfunn som er trygt, inkluderende og tilgjengelig for eldre, vil også være det for barn og føre til økt livskvalitet for øvrige innbyggere.

De som deltar i Verdens helseorganisasjons (WHO) nettverk forplikter seg til å iverksette en syklus med kontinuerlig vurdering og forbedring av sin aldersvennlighet. Syklusen består av fire faser:

Boks 4.4 Storbykonferansen for eldreråd

Eldrerådene i Bergen, Drammen, Fredrikstad, Kristiansand, Oslo, Sandnes, Stavanger, Tromsø og Trondheim, anbefalte i en uttalelse på sin Storbykonferanse for eldreråd i 2016, kommunene å delta i WHO sitt nettverk for aldersvennlige byer og lokalsamfunn. De viste til at nettverket var satt i gang for å hjelpe byer til å møte to store globale utfordringer:

1. Den raske aldringen av befolkningen
2. Den økende urbaniseringen

I uttalelsen pekte eldrerådene på de miljømessige, sosiale og økonomiske faktorene som påvirker eldre voksnes helse og trivsel.

1. Planlegging (årene 1–2): Denne fasen omfatter fire trinn:
   a. Opplegg for å involvere den eldre befolkning gjennom hele syklusen.
   b. En grunnleggende vurdering av byens eller lokalsamfunnets aldersvennlighet.
   c. Utarbeidelse av en treårig handlingsplan med utgangspunkt i en vurdering av funnene.
   d. Identifisering av indikatorer til bruk i oppfølging av framdriften.
2. Implementering (årene 3–5)
   Når første fase er fullført, og senest to år etter en blir tatt opp i nettverket, skal handlingsplanen sendes WHO til vurdering, før planen implementeres over en treårsperiode.
3. Vurdering av framskritt (slutten av år 5)
   Når den første implementeringsperioden er fullført, skal rapport sendes WHO der framdrift for indikatorene som ble utviklet i første fase skisseres.
4. Kontinuerlig forbedring
   Forutsatt resultater fortsetter en fase med kontinuerlig forbedring, med ny handlingsplan sammen med tilhørende indikator.

En avgjørende forutsetning i utviklingen av en aldersvennlig by er å involvere eldre innbyggerne i alle faser av arbeidet.

Oslo og Trondheim

Oslo ble medlem av Verdens helseorganisasjons (WHO) nettverk for aldersvennlige byer og lokalsamfunn i mai 2014, mens Trondheim kommune ble med i 2015. Flere kommuner vurderer nå å slutte seg til dette nettverket.

4.3 Nasjonalt program for et aldersvennlig Norge

Et nasjonalt program for å skape et aldersvennlig Norge har som mål å skape aldersvennlige kommuner og lokalsamfunn, organisasjoner og virksomheter. Programmet skal bidra til å realisere regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn og bygger på WHOs konsept for aldersvennlige byer og lokalsamfunn. Programmet har fem tiltak:

- Planlegg for egen alderdom
- Eldrestyrt planlegging
- Nasjonalt nettverk for aldersvennlige kommuner
- Partnerskapsordning
- Seniorressursen

Programmet er lagt opp som et løpende utviklingsarbeid, der lokale behov og prioriteringer ligger til grunn for innhold og tiltak.

4.3.1 Planlegg for egen alderdom

Programmet skal utfordre befolkningen til å planlegge egen alderdom gjennom en kampanje med fokus på å:

1. tilrettelegge egen bolig
2. investere i venner/sosialt nettverk
3. opprettholde best mulig funksjonsevne gjennom et aktivt liv

Tilrettelegg egen bolig for alderdommen

Kampanjens boligdel vil bli utformet i samarbeid med Husbanken, og skal gi informasjon og veiledning og gode råd om de viktigste grep for å forberede og sette boligen i stand for alderdommen.

I en undersøkelse (96) ble folk bedt om å vurdere den boligen de bor i nå med tanke på om den er tilpasset personer med bevegelsesvansker. Da svarer over halvparten i alderen 50 til 71 år at den er dårlig eller svært dårlig. Undersøkelsen viser også at folks vilje til å gjøre noe med situasjonen er begrenset. Bare en av fire sier det er aktuelt å gjennomføre noen av de utbedringstiltakene som forskerne foreslår i spørreskjemaet.

I følge skadedata fra Norsk pasientregister for 2016 skjedde de fleste ulykkene eldre ble utsatt for, i bolig eller boligområdet. De fleste boliger vi

Boks 4.5 Pop-up leilighet

Bydel Alna i Oslo og Risikorydding (Skadeforebyggende forum) satte sist høst opp en pop-up leilighet på Haugerud senter for å vise enkle grep for å gjøre hjemmet tryggere. Rom for rom fikk besøkende praktiske tips og råd, se nyttige hjelpemidler og ta del i diskusjon om plassering av møbler, valg av materiale, sikkerhet i hjemmet, velferdsteknologi m.m. Den trygge boligen fikk i løpet av fem dager 200 besøkende og mange kommenterte at dette var svært nyttig informasjon å få. En rapport er under utarbeidelse og muligheten for å utvikle konseptet og få satt opp pop up-leiligheter flere steder i samarbeid med lokale aktører blir vurdert.

Kilde: http://osloehs.no/?p=494 og https://risikorydding.no/aktuelt

skal bli gamle i, er allerede bygd. Sett opp mot de demografiske utfordringer vi står overfor i årene som kommer, vil tilrettelegging av egen bolig derfor være et av de viktigste tiltak hver og en av oss kan bidra med, for å sikre gode omgivelser å bli gamle i. Utfordringen vil også gå til næringsliv og byggebransje, som bør utvikle god kompetanse på å gjennomgå og sette i stand gamle boliger, slik at de blir forberedt for alderdommen. Markedsmulighetene på dette området vokser i takt med de demografiske endringene.

Invester i venner og sosialt nettverk

Like viktig som økonomisk kapital kan det være å møte alderdommen med sosial kapital, og investere i familie, venner og sosialt nettverk. Overgangen fra yrkesliv til pensjonisttilværelse betyr ofte tap av kollegafellesskap og det arbeidsplassen

Boks 4.6 Informasjonsmesse – Planlegg alderdommen

Kommunen og frivilligsentralen i Søndre Land arrangerer 6. juni 2018 informasjonsmesse på rådhuset om å planlegge alderdommen. Der blir det presentert produkter, aktiviteter, tilbud og tjenester som kan være viktige for den godt voksne søndrelænding. Her vil både frivillige lag og foreninger, næringsliv og ulike kommunale tjenester være representert.

Kilde: www.sondre-land.kommune.no

Boks 4.7 Seniortråkk

Seniortråkk er en medvirkningsmodell for planlegging av aldersvennlige lokalsamfunn.

Eldre i Sagene-Torshov bydel i Oslo, Skjeberg sentrum i Sarpsborg og Skotterud i Eidskog har deltatt i utprøving av en modell for medvirkning i planlegging av aldersvennlige lokalsamfunn. På den måten er metoden testet både i en stor by, en mellomstor by og i et bygdesentrum, og er utført i et samarbeid mellom eldreråd, kommune og forskning.

Metoden består i å kartlegge hva som er positive kvaliteter som må tas vare på, hva som er negative ting det er viktig å få gjort noe med, og om det er noe som mangler på følgende områder:

- Fysiske steder: bygninger, uterom, torg, veier, gangveier, parker og naturområder
- Sosiale møteplasser: kafeer, bibliotek, helsesenter, kirke, rådhus, butikker og eldresenter
- Tilbud og tjenester: Offentlig informasjon, lege, tannlege, trimtilbud, apotek, butikker, offentlig og privat service, transport

Metoden var tredelt. Først var deltakerne samlet til intervjuer og samtaler. Deretter la de ut på mange dagers Seniortråkk, der de med en kartapp gjennomførte stedsvandringer og gjorde sine registreringer. Deretter var det seniorverksted, der resultatene ble presentert, supplert, korrigert og oppsummert i forslag og innspill.

Hensikten var å få fram seniorstemmene i by- og stedsutvikling, utfra en erkjennelse av at nærmiljøet blir viktigere og viktigere med alderen, og at nærhet til alt gir selvstendighet og funksjonell uavhengighet.

Prosjektet er gjennomført ved Oslo Met – storbyuniversitetet som et samarbeid mellom By- og regionforskningsinstituttet (NIBR) og Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) på oppdrag for Helsedirektoratet for å operasjonalisere regjeringens strategi for et mer aldersvennlig samfunn.

Kilde: Vestby, Guri Mette, Ingar Brattbakk og Reidun Norvoll (2017): Lytt til seniorene! Utprøving av medvirkningsmodell for aldersvennlige lokalsamfunn. Samarbeidsrapport NIBR/AFI 2017.

betyr sosialt. Tap av ektefelle og jevnaldrende i nærmeste omgangskrets innebærer også ofte utfordrende endringer i livssituasjonen for mange.

Spesielt viktig blir det å utvikle relasjoner på tvers av generasjoner og bruke tid på være besteforeldre eller reservebesteforeldre. Å ta del i frivillig arbeid, foreningsliv og kulturelle og sosiale aktiviteter, slik mange eldre gjør, gir også mye igjen i form av venner og sosialt nettverk.

Et aktivt liv

Aktiv aldring blir sett på som en hovednøkkel til å møte den raske veksten i andelen eldre i befolkningen i Europa. Den internasjonale strategien Active ageing and intergenerationel solidarity (FN) handler både om eldres muligheter å stå lenger i arbeid, delta i samfunnsliv og kulturliv, involvere seg i frivillig virksomhet og omsorg, og selv forbli uavhengig og selvstendig så lenge som mulig.

I tråd med dette vil kampanjen legge vekt på hvordan vi selv kan ta ansvar for å opprettholde funksjonsevne gjennom et aktivt liv med gode mat- og måltidsvaner, fysisk aktivitet, sosialt engasjement, faglig virksomhet og deltakelse på samfunnets mange arenaer.

4.3.2 Eldrestyrt planlegging

De kommunale og fylkeskommunale eldreråd inviteres sammen med kommuner og fylkeskommuner til å være hovedansvarlige for arbeidet med å kartlegge egne lokalsamfunn og legge konkrete planer for å gjøre fysiske og sosiale omgivelser, transport, service og tjenestetilbud mer aldersvennlige.

Det forutsettes at alle kommuner setter et aldersvennlig samfunn på dagsorden i kommunal planlegging, og definerer hva det innebærer i egen kommune etter dialogprosesser med de eldre i egen kommune.

I arbeidet med å kartlegge kan eldrerådene involvere kommunens eldre innbyggere for eksempel i samarbeid med pensjonistforeninger, seniorsenter, frivilligsentraler og frivillige organisasjoner for å vurdere hva som fungerer bra, hva som må endres og hva som mangler for å tilrettelegge et mer aldersvennlig lokalsamfunn. Resultatet av kartleggingen oppsummeres og adresseres både til kommunen, næringslivet, lokale organisasjoner og sentrale myndigheter.

En metode for å gjennomføre slik eldrestyrt kartlegging og planlegging er prøvd ut i Sagene-Torshov, Skjeberg og Skotterud.

Boks 4.8 Tidsrom

Tidsrom skal bli en uavhengig plattform som skal dele kunnskap, løsninger og inspirasjon for å bidra til et aldersvennlig samfunn. Tidsrom er resultatet av et innovasjonsarbeid satt i gang for å løse Demografifloken, og er delt opp i de fire kategoriene Helse, Bidra, Hjem og Viten. Hensikten er å skape et aldersvennlig samfunn gjennom å legge til rette for aktiv og sunn aldring, lenger deltakelse i samfunnet, bo på nye måter og endre dagens holdninger til eldre.

Kilde: www.tidsrom.no og http://floke.era.as/

Boks 4.9 18 Turveier for alle

Nå har snart alle kommunene i Telemark nådd målet om én universelt utformet turvei for alle. De sentrumsnære turveiene er blitt lokale møteplasser der barn på trehjulssykkel kan møte eldre med rullator og foreldre med barnevogn. Prosjektet er blitt til med initiativ og støtte fra fylkeskommunen og fylkesmannen.

I KS sin rapport Nyttig for alle, nødvendig for noen, ligger det flere gode eksempler på universell utforming i norske kommuner og fylkeskommuner.

Kilde: www.ks.no

4.3.3 Nasjonalt nettverk

Norge vil slutte seg til WHO sitt nettverk som land, og støtte og koordinere det lokale arbeidet gjennom å etablere et eget nasjonalt nettverk i et samarbeid mellom regjeringen, KS, Statens seniorråd og i partnerskap med organisasjonsliv, forskning og næringsliv. Oppgaven blir å bygge opp et nasjonalt nettverk av aldersvennlige kommuner, institusjoner, bedrifter og organisasjoner og stå for kontakten med WHO, innhente og spre kunnskap og gjennomføre de fem tiltakene som er beskrevet i program for et aldersvennlig Norge. Regional statsforvaltning involveres i arbeidet, sammen med KS, fylkeskommunale og lokale eldreråd og aktuelle fagmiljø.

Boks 4.10 Age Friendly Ireland

Irland har et eget nasjonalt Age Friendly Cities & Counties Programme. Siden 2014 har Age Friendly Ireland og ansvaret for arbeidet nasjonalt vært lagt til Dublin City Council, på vegne av offentlig sektor på lokal- og regionnivå. 20 av Irlands 33 counties deltar nå i nettverket.

Age Friendly Ireland er tydelig på at for å bli et virkelig aldersvennlig Irland, må alle sektorer i samfunnet, regjeringen, lokale myndigheter, tjenesteleverandører og allmenheten være involvert. Alle har en rolle å spille i dette arbeidet ut fra visjonen om at hele landet skal bli godt å bli gammel i: *«Every county in Ireland will be a great place in which to grow old.»*

Programmet er en del av den verdensomspennende bevegelsen, som inspirert av Verdens helseorganisasjon (WHO) sitt nettverk møter de utfordringer og muligheter en aldrende befolkning representerer. Samtidig legger de til grunn at hver by og hver region vedtar programmet med sin egen oppskrift på hvordan de skal bli aldersvennlige ut fra lokale forhold og behov, og sier: *«We have learned along the way that no two counties or cities in Ireland are exactly the same. This is what makes the AFCC Programme such a rich and vibrant initiative.»*

Kilde: http://agefriendlyireland.ie

Irland har på samme måte etablert et nasjonalt program kalt Age Friendly Ireland, og har forankret ansvaret på statlig nivå. Age Friendly Ireland fungerer her som koordinator og pådriver, og er link og bindeledd til WHO og det internasjonale arbeidet. I likhet med Norge, laget også the Department of Health i 2013 the National Positive Ageing Strategy, som ligger til grunn for arbeidet med et aldersvennlig Irland.

I USA er det eldreorganisasjonen AARP (American Association of Retired Persons) som har tatt oppgaven med å drive et nettverk for aldersvennlige stater, byer, tettsteder og lokalsamfunn.

4.3.4 Partnerskapsordning

Det forutsettes at regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn realiseres også på statlig og nasjonalt nivå, gjennom planprosesser i alle sektorer, der den eldre befolkning involveres på ulike måter gjennom undersøkelser og medvirkning.

Organisasjoner, institusjoner, bedrifter og virksomheter inviteres derfor til å slutte seg til Et aldersvennlig Norge gjennom en partnerskapsordning. De forplikter seg til å gå gjennom egen virksomhet og får faglig støtte og bistand i arbeidet med å bli aldersvennlige og dra nytte av de mulighetene den eldre befolkning representerer.

Kommunene inviteres til å delta i nettverket av aldersvennlige kommuner og lokalsamfunn. Helse- og omsorgsdepartementet vil for sin del be helseforetakene ta opp med brukerutvalgene hvordan sykehusene kan tilrettelegges for å få aldersvennlige sykehus og spesialisthelsetjenester.

I tillegg til selve behandlingen som tilbys i sykehus og helse- og omsorgstjenester, er det mange funksjoner som er viktige for at eldre mennesker skal føle seg trygge og ivaretatt. Det gjelder hvordan de tas imot, hvordan det er tilrettelagt, hvordan de skal ta seg fram til riktig sted og hvordan de informeres om hva som skal skje.

Boks 4.11 The AARP Network of Age-Friendly Communities

Den amerikanske eldreorganisasjonen AARP har bygd opp et nettverk for aldersvennlige stater, byer, tettsteder og lokalsamfunn over hele USA for å møte den raske aldringen i befolkningen ved å rette oppmerksomheten mot omgivelser og økonomiske og sosiale faktorer som påvirker helse og velferd for eldre:

> *«Age-friendly or livable communities have walkable streets, housing and transportation options, access to key services and opportunities for residents to participate in community activities.»*

The AARP Network of Age-Friendly Communities ble etablert i 2012 og følger WHOs program for aldersvennlige byer og lokalsamfunn med et femårig opplegg for oppstart, planlegging, implementering, evaluering og videreutvikling. Nesten 200 byer og lokalsamfunn med over 60 millioner innbyggere deltar nå i nettverket (93).

Boks 4.12 Pasientverter på sykehus

Ved mange sykehus kan du bli møtt av en pasientvert i rød vest som tar kontakt dersom de ser at du strever med å finne fram. De tilbyr seg å følge til riktig oppmøtested, og skal lytte og støtte etter behov.

Ved Sykehuset Østfold HF har de 55 pasientverter i alderen 60 til 85 år, som alle tidligere har vært ansatt ved sykehuset. Det kan være minst to pasientverter til stede fra kl. 09.00 til kl.14.00 alle ukedager. Erfaringen er at innføring av pasientverter har økt sykehusets omdømme på en positiv måte, skapt større trygghet hos pasientene og medført at ventetiden på hjemtransport er blitt litt mer bekvem med kaffe og kakeservering. Som en eldre pårørende ga uttrykk for:

«Jeg har gruet meg i flere dager for å finne frem i sykehuset. Nå ble det ikke noe problem fordi pasientverten fant frem rullestol med det samme vi kom inn i vestibylen, og fulgte oss opp på røntgenavdelingen.»

Ved Sykehuset Innlandet er dette en frivillig ulønnet ordning. Ved andre sykehus kan pasientvertene være fast ansatt.

Kilde: https://sykehuset-ostfold.no/pasientvert

Boks 4.13 Gammel nok

Bedriften Gammel Nok er et senter for seniorpraksis som leverer rådgivning, opplæring og fasilitering knyttet til vekst og omstilling. I tillegg til seniorbemanning til midlertidige og faste stillinger i offentlig og privat sektor gir de praktisk hjelp i hjemmet, både ute og inne, og kan hjelpe til med alt fra handling og barnepass til snekring og maling. Bedriften ble kåret til Årets sosiale Entreprenør 2015.

Kilde: http://www.gammelnok.no/

4.3.5 Seniorressursen

Programmet vil også handle om å ta i bruk den ressursen eldre representerer gjennom ulike organisasjonsformer i offentlig og privat regi og næringsutvikling. For kommunen betyr det blant annet:

- å støtte organisering av frivillige seniortiltak
- vurdere seniorkompetanse og seniorbedrifter i sitt næringsutviklingsarbeid
- rekruttere seniorer som frivillige ressurser på ulike kommunale fagområder
- og ha en god seniorpolitikk som legger til rette for at egne ansatte kan stå lenge i arbeid

I flere kommuner er det etablert ordninger som legger til rette for at eldre kan engasjere seg i frivillig virksomhet. Lokale ideelle organisasjoner, klubber og foreninger, frivilligsentralene og kommunen er sentrale aktører i dette. Å ivareta seniorressursen, og oppmuntre til å utvikle den, er viktig for den enkelte, og viktig for fellesskapet.

Næringslivet kan også være en viktig aktør i dette. Et ganske nytt fenomen er etablering av seniorbedrifter som leverer seniorkompetanse på ulike fagfelt eller selger praktisk bistand til barnefamilier eller eldre som trenger hjelp i hverdagen.

En analyse utført for Statens seniorråd (97), viser at pensjonister bidrar med betydelige verdier gjennom frivillig arbeid. Det samlede bidraget til samfunnet fra pensjonister gjennom formelt og uformelt frivillig arbeid anslås til over 45.000 årsverk eller 25 mrd. kroner for 2016. Analysen konkluderer med at potensialet for ytterligere bidrag fra pensjonister er stort, og at det totale bidraget nesten kan dobles mot 2030. Dette forut-

Boks 4.14 Eldre hjelper eldre

Eldre hjelper eldre er en gruppe eldre som ønsker å hjelpe andre eldre og uføre som bor i Klepp. Frivilligsentralen formidler kontakt mellom de som ønsker å hjelpe, og de som trenger hjelpen.

Tanken bak ordningen er at eldre kan hjelpe hverandre med enkle hverdagslige gjøremål. Eksempler på oppdrag er kjøring, følge til sykehus/lege, handling, hagearbeid og lignende. Hjelpen er begrenset til om lag en time og koster 100 kroner. Seniorer som deltar i dette melder om at de opplever det som viktig å delta i fellesskap, knytte nye kontakter og nye nettverk.

Kilde: http://klepp.frivilligsentral.no/tilbud/eldre-hjelper-eldre/

setter imidlertid mer målrettet rekruttering og tilrettelegging.

Denne konklusjonen støttes også av annen forskning (98). Her kommer det fram at mange eldre ønsker å delta i frivillig arbeid, men det er få som melder seg selv. Dersom de blir spurt direkte så blir de gjerne med. Erfaringer viser at mange eldre tror at de ikke har kompetanse eller at de ikke passer inn i ulike aktiviteter, men når de først kommer inn i frivillig arbeid opplever mange det som meningsfylt og sosialt givende.

Omsorgen vi gir hverandre i ulike livsfaser, i familie, vennekrets og nabolag bærer i seg viktige verdier og er et nødvendig fundament i et solidarisk samfunn der vi tar ansvar for hverandre. For at denne omsorgen skal kunne realiseres kan kommunene spille en nøkkelrolle gjennom en aktiv seniorpolitikk og et lokalt samarbeid for å utvikle gode rammer og arenaer, slik at det blir enkelt for eldre å bidra i utvikling av aktivitet og felleskapsbyggende tiltak.

Boks 4.15 Mentor+

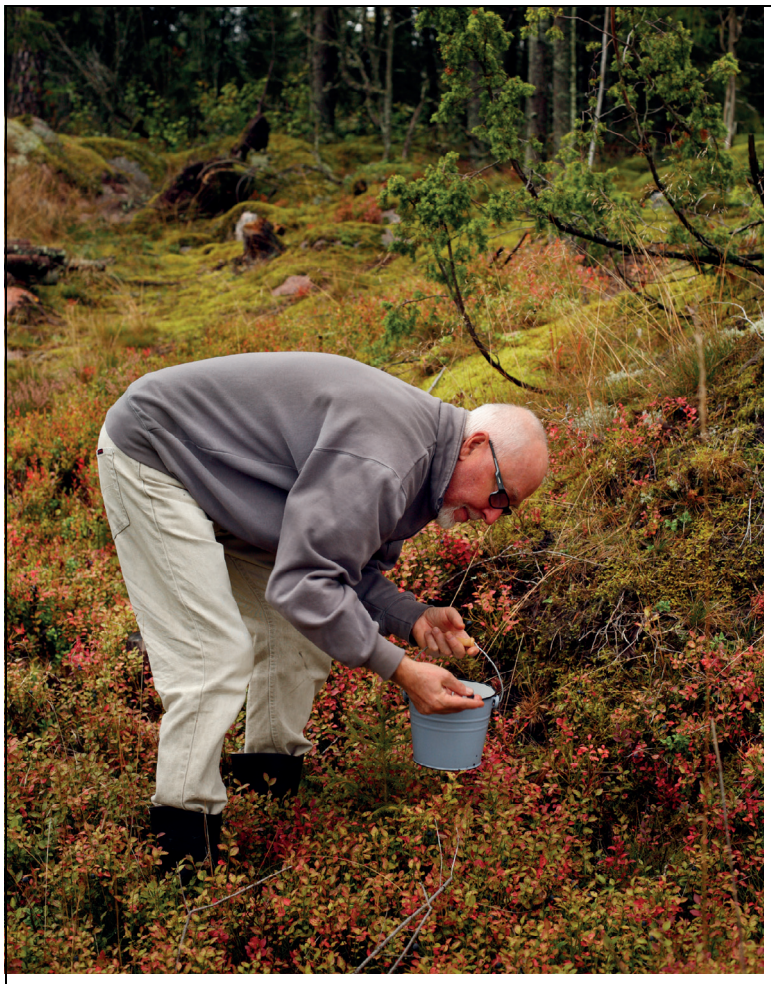
Mentor+ er Frelsesarmeens tiltak for å forebygge ensomhet blant eldre. Dette gjøres gjennom å rekruttere personer over 62 år, som ønsker å bruke noe av sin tid til å utvide sitt og andres nettverk og ha hyggelige møter i hverdagen. Eldre som har overskudd kan bidra med kontakt og aktivitet til personer som har mindre nettverk og redusert mulighet til å aktivisere seg selv.

Den som blir mentor blir gjennom prosjektets leder satt i kontakt med en som trenger selskap, noen å snakke med, gå tur med eller bare helt enkelt møtes på kafè.

Kilde: http://www.frelsesarmeen.no/

Framdriftsplan

I tråd med WHOs anbefalinger, legges det opp til et femårig program (2019–2023), der første fase handler om kartlegging og planlegging, de neste fasene om implementering og gjennomføring, og de siste fasene om oppsummering, evaluering og kontinuerlig forbedring. Opplegget utformes for norske forhold og for ulike sektorer. Regjeringen vil komme tilbake til gjennomføringen av reformen i de enkelte års budsjetter, og det tas forbehold om at enkelttiltak først vil kunne gjennomføres når det er budsjettmessig dekning.





KAPITTEL 5



Figur 5.1

5 Aktivitet og fellesskap

Leve hele livet er en reform for aktivitet, deltakelse og sosialt fellesskap. Målet er å ta vare på eldres forhold til familie, venner og sosialt nettverk og skape gode opplevelser og møter på tvers av generasjonene. Fysisk, sosial og kulturell aktivitet skal være tilpasset den enkelte eldres interesser, ønsker og behov. Når livet blir ekstra sårbart, skal eldre få mulighet til samtale, motivasjon og støtte.

Slik skal eldre få mulighet til å leve livet – hele livet.

Tilbakemeldinger fra dialogmøtene, brukerundersøkelser og annen kunnskap tyder på at dette er områder helse- og omsorgstjenestene ikke er best på. Mange eldre uttrykker at de i for liten grad får tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter. Flere steder er ikke samarbeidet med frivillig sektor satt i system.

Oppsummert er utfordringene:

- Ensomhet blant eldre relatert til endringer i livssituasjon, partnerdød, endret helsetilstand og funksjonsnivå
- Inaktivitet og aktivitetstilbud som ikke er tilpasset individuelle ønsker og behov.
- Manglende ivaretakelse av sosial, kulturelle og eksistensielle behov
- Lite systematisk samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og frivillige/sivilsamfunn
- Manglende møteplasser, samlokalisering og digitale generasjonsskiller

For å møte utfordringene foreslås fem løsninger, der målet er å skape økt aktivitet, gode opplevelser og fellesskap:

- Gode øyeblikk
- Tro og liv
- Generasjonsmøter
- Samfunnskontakt
- Sambruk og samlokalisering

Boks 5.1 Bingo og andakt passer ikke for alle, selv om en har nådd en viss alder

«Ikke stå på trappa å frys – kom inn i varmen. Når dagan e tung å bær – e du alltid velkommen hær, du e alltid velkommen hær,»

sang koret fra Villa Vekst da de åpnet dialogmøtet om aktivitet og fellesskap i Bodø, mens regnet pisket mot ruta og Hurtigruta la til ved kai. Villa Vekst i Bodø har skapt et aktivt og åpent fellesskap, som andre kommuner kan la seg inspirere av.

Og slik presenterte de seg selv da Helse- og omsorgsdepartementet var på besøk dagen før:

«For å bli en del av Villa Vekst trenger du ingen henvisning. Det er vedtaksfritt og du trenger ingen diagnose for å komme hit. Det er du som bestemmer hvordan du vil bruke Villa Vekst. Du kan enten stikke innom for å ta en kopp kaffe og lese avisa, eller du kan fylle dagen din med aktiviteter vi tilbyr.»

«Jeg er 67 … nei, jeg er snart 77! Jeg har ikke noe forhold til det tallet. Alder betyr ingenting! Det som betyr noe, er om man er frisk og har det bra. Livet har aldri vært mer spennende enn nå.»

Deltakerne lyttet til Kari Onstad, kjent som DJ Grandma. Om hvordan hun utdannet seg til lærer i fem rytmer da hun var 67 og i dag er skuespiller, lærer og DJ. I løpet av sitt foredrag og DJ-sett, ble hun rett som det var avbrutt av applaus og jublende tilrop.

«Hvorfor blir jeg ikke sliten? Slitasjen kommer før eller siden, så det viktigste av alt er å holde seg frisk. Det handler om ernæring, mosjon og søvn. Sunt bondevett, rett og slett,»

mente DJ-en.

Boks 5.1 forts.

Tove Johanna Fagertun, som er drifts- og utviklingsleder ved Tusenhjemmet i Bodø kommune holdt et innlegg om kultur, mangfold og fellesskap:

> *«Fremdeles sliter vi med de helt grunnleggende holdningene til aldring og eldre i vår kultur. Vi utvikler et segregert samfunn med tette skott mellom eldre og resten av samfunnet. Pensjonistene våre har masse kompetanse! Vi må mobilisere dem til å ta del i samfunnet og bruke kompetansen sin.»*

> *«Behovet for å være aktiv har ikke noe datostempel. Men folk ønsker ikke det samme. Bingo og andakt passer ikke for alle, selv om man har nådd en viss alder,»*

sa helse- og omsorgsminister Bent Høie i sitt innlegg, og oppfordret forsamlingen til å dele ideer og erfaringer, og delta i arbeidet med å lage en reform:

> *«Mange av dere som er her, har løst problemene lokalt. Det er dere som sitter med løsningene. Utfordringen er at det som skjer lokalt ikke sprer seg til resten av landet.»*

Så satte 100 deltakere i gang med å beskrive problemer knyttet til aktivitet og fellesskap og dele drømmer og eksempler på hvordan de kan løses bedre.

Mens representantene for brukere og pårørende satt møter mellom generasjonene og verdighet høyest på dagsorden, var ledere, fagfolk og forskere opptatt av ressurser, organisering og planlegging. Sammen kom de fram til mange av de synspunkter og forslag som er ført videre i dette meldingsarbeidet.

Som avslutning på dagen gikk deltakerne gjennom innspillene og satte hjerter på de forslagene som var viktigst for dem.

Eksempler på hjertesaker:

- *Drømmen er å skape en god variasjon av aktivitetstilbud, slik at flere har lyst til å delta*
- *Åpne sykehjem – møteplass for alle*
- *Sykehjemmet skal være «storstua» i lokalmiljøet – sykehjemmet må åpnes opp og lokalsamfunnet inviteres inn*
- *Vi ønsker boligfelt for alle aldre – ikke segregerte botilbud for eldre*
- *Vi trenger møteplasser med selvkomponert innhold – der hver enkelt kan bidra. Vi kaller det for – Langbordet – et kreativt og sosialt samlingspunkt*
- *Alle skal ha et inkluderende aktivitetsfellesskap i sitt nærmiljø, et samfunn hvor alder tones ned og begrensninger reduseres*
- *Den enkeltes identitet viktigste utgangspunkt for tjenester*
- *Leve livet etter egne verdier og interesser.*
- *Gjennom et mer koordinert samarbeid mellom frivillige og kommunen – der kommunen slapp de frivillige litt løs – kunne det skjedd mye gøy*
- *Hentetjeneste til aktivitet*

Etter dialogmøtet om aktivitet og fellesskap har det kommet mange skriftlige innspill til Helse- og omsorgsdepartementet fra organisasjoner og enkeltpersoner:

- *Dagene går fint hjemme, men ettermiddager og kvelder blir lange og tunge. Det snakkes hele tiden om dagtilbud, aktiviteter på dagtid, besøksvenner med mer. I tillegg er jo alt av legebesøk, frisør osv, også på dagtid Hvorfor er det ikke snakk om tilbud som kan foregå på ettermiddag og kveld? (Mette K Nordbø – pårørende)*
- *Vi er mange frivillige som gjør en kjempestor innsats på forskjellige områder, men vi har ikke ansvar og kan heller ikke utføre mange ting som er tillagt ansatte. Man skal ikke være negativ og det skjer mye bra i eldreomsorgen, og allikevel er det en stor gruppe vi aldri når. I tillegg føler man at det er aldri nok. Jeg går i mitt 80-år, og er heldigvis enda så sprek at jeg orker å være med på kanskje å gjøre en forskjell for andre. «Slik vil vi ikke ha det i eldreomsorgen», sier du. Har du noen mirakler på lur, så lær oss de (Wenche Wangen)*

Boks 5.1 forts.

- *Helse og livssituasjon er det avgjørende for eldres behov for offentlige tjenester, samtidig har eldre de samme behovene som alle andre for kunne leve gode liv: sosial og materiell trygghet, opplevelse av mening, felleskap med andre og nære relasjoner (Nasjonalforeningen for folkehelsen)*
- *Kultur er helse og livsglede. Alle skal ha tilgang til sosiale og kulturelle aktiviteter, enten du er hjemmeboende eller bor i institusjon. Bruk nærmiljøet mer – samlokalisering. Slipp de frivillige og de pårørende til. La det lokale sangkoret ha sine ukentlige sangøvelser på sykehjemmet. La Sanitetskvinnene lage sine «fastelavnsris» på sykehjemmet – ta med de pasientene som har vært med i disse organisasjonene tidligere på de årlige aktivitetene (Pensjonistforbundet)*
- *Det er positivt at de frivillige er med på å øke aktivitetstilbudet for beboerne. Det kan gi forbedret aktivitetstilbud og økt livskvalitet. Det kan være svært mye å hente, ved å ha en god plan for frivillig arbeid i kommunen, og å ansette egen frivillighetskoordinator (Fagforbundet)*
- *Vi må styrke den kommunale frivillighetspolitikk der kommunene i større grad samskaper med frivillige organisasjoner om tiltak som bidrar til aktivitet og fellesskap (Statens seniorråd)*
- *Rekruttering av seniorer kan gi flere frivillige og samtidig bidra til en friskere eldrebefolkning…….For å lykkes med å få enda flere eldre med i frivilligheten må:*
  - *organisasjonene og det offentlige få mer kunnskap om hva som motiverer eldre til deltakelse, og hva som fremmer og hemmer deltakelse*
  - *det offentlige samarbeide med hele bredden av organisasjoner i nærmiljøet*
  - *samarbeidet mellom det offentlige og frivilligheten ikke baseres på bestiller-leverandør- tankegang, men en felles forståelse av at både organisasjonene og det offentlige er samfunnsbyggere som skal realisere sine respektive ideelle mål gjennom samarbeidet*
  - *hovedfokuset være at frivillige og deltakere skal trives og oppleve mestring og mening, snarere enn at det offentlige skal få løst omsorgsoppgaver (Frivillighet Norge)*
- *Å leve lengst mulig i hverandres liv handler om å lage tiltak for å opprettholde sosialt nettverk og sosiale roller hvor man legger til rette for frivillig arbeid, tilgengelige rom og transport til der folk bor (Norsk ergoterapiforbund)*
- *La oss skape et fellesskap der en løfter fram mangfoldet av interesser både for ung og gammel. Inviter barnehager, skoler, lag og foreninger inn i institusjonene inn på møteplassene for å skape liv og røre (FO)*

Tilstand og utfordringer

Aktivitet, deltakelse og sosialt fellesskap er viktig for alle mennesker gjennom hele livet. Når temaet aktivitet og fellesskap er valgt som ett av hovedområdene for denne reformen, er det fordi fysisk, kulturell og sosial aktivitet og deltakelse er særlig viktig i alderdommen når både helsa og det sosiale nettverket ofte er i endring.

Ensomhet

På dialogmøtet i Bodø kom det tydelig fram at mange eldre opplever å føle seg ensomme både i eget hjem, i omsorgsbolig og på sykehjem, og gjennom dette mister selvtillit og motivasjon til å delta i sosiale fellesskap. Som en uttrykte det: *«Mange pensjonister blir passive når de bor alene»*, eller som en annen skrev: *«Alle venner med felles interesser dør, det er et problem å opprettholde nettverk.»* I tillegg kom det fram at ensomheten ofte skyldes at mange eldre mangler gode transportmuligheter og derfor ikke kommer seg på aktiviteter de tidligere deltok i. Mangel på variasjon i aktiviteter for eldre på sykehjem ble også nevnt.

Andelen av befolkningen som er enslige og som bor alene er økende. Isolert sett er dette en tendens som kan peke i retning av mindre kontakt og fellesskap. Studier viser likevel at det nå er færre eldre som oppgir at de mangler en fortrolig venn og opplever seg som ensomme enn tidligere (87). Ensomhet er ikke mer utbredt blant eldre enn hos yngre, og de færreste opplever dette som et alvorlig problem (99). Tap av livspartner og

nære venner kan imidlertid bidra til økt ensomhet. Det samme kan tap av fysisk mobilitet, sviktende helse og redusert funksjonsnivå eller praktiske endringer, som for eksempel tap av førerkort (2). Videre viser undersøkelser at det å bo sammen med noen, ha god helse og høy utdanning beskytter mot ensomhet (100; 101).

I studier av beboere på sykehjem beskriver mange følelsen av meningsløshet, tomhet og tilbaketrekning (102). I en studie gjort på sykehjem hvor totalt 227 langtidspasienter deltok, svarte 56 prosent at de opplevde ensomhet (103). Dette bekreftes også av andre studier (2; 104; 105).

For personer som ofte opplever at de er ensomme kan ensomhet bidra til å forsterke eksisterende helseproblemer eller være en risikofaktor for å utvikle helseproblemer (106; 107). Langvarig ensomhet hos eldre er forbundet med svekket funksjonsnivå, både fysisk og mentalt, og redusert livskvalitet. Svekket funksjonsnivå virker tilbake på ensomhetsopplevelsen og kan skape selvforsterkende onde sirkler (101; 108).

Blant innvandrere er det flere eldre som føler seg ensomme. Migrasjon fører ofte til opplevelse av tap (109). Det innebærer å forlate velkjente steder og mennesker, og miste sosiale felleskap der en deler språk og forståelse med flertallet av befolkningen. I tillegg kan migrasjon innebære å miste tidligere roller og funksjoner både på arbeidsmarkedet, i nærmiljøet eller i nettverket.

Ensomhet kan være et alvorlig problem for dem som opplever det. Det er imidlertid mye som tyder på at ensomhet ikke er et generelt aldersrelatert problem, men snarere knyttet til ulike livssituasjoner og livsendringer, samt helse og funksjonsnivå. På denne bakgrunn er det nødvendig å utvikle mål og tiltak tilpasset bestemte målgrupper eller livshendelser og situasjoner.

Lite individtilpasset aktivitet

Et sentralt innspill fra dialogmøtet om aktivitet og fellesskap var ønsket om mer aktivitet og aktivitetstilbud som er tilpasset den enkelte. Som en uttrykte det: *«Tilbudene må bli mer individrettet. Man tenker for mye gruppe og standardisering. Brukeren må bli sett og hørt, og alle må få mulighet til å bruke sine ressurser og evner»*.

Flere undersøkelser viser at beboere på sykehjem er fornøyd med pleie og omsorg, men savner meningsfulle dager med sosial kontakt og aktivitet (110; 111). For at brukerne skal oppleve at aktivitetene som tilbys er meningsfulle, er det viktig å kartlegge hva beboerne selv er interessert i (112). Gode verktøy for dette finnes, men er ikke tatt i bruk i tjenestene alle steder. En nyere undersøkelse viser også at de ansatte ikke kjenner beboernes ønsker og behov godt nok og at de undervurderer beboernes evne og vilje til selv å være aktive (112). Større vekt på samhandling mellom ansatte, eldre og deres pårørende er viktig for å etablere gode, meningsfulle og felleskapsbyggende aktiviteter.

Det er kunnskapsmangel i tjenestene om positive helsemessige og sosiale effekter av aktivitet (2). I tillegg synes det å være mangel på tverrfaglig samarbeid mellom de ulike profesjonsgruppene. Lave forventninger fra ansattes side til beboernes evne og vilje til deltakelse i aktiviteter, kan muligens hindre dem i viktig livsutfoldelse (113).

Mange eldre med sykdom og funksjonssvikt bor hjemme, men har god nytte og glede av et dagaktivitetstilbud. Fortsatt er det langt igjen før dette tilbudet er utbygd over hele landet. Et aktivitetstilbud på kveldstid kan også være viktig, i tillegg til at det ofte er en verdifull avlastning for pårørende (119).

Forskning viser at fysisk aktivitet er viktigere jo eldre man blir. Fysisk aktivitet beskytter mot en rekke helseplager og reduserer dødelighet. Eldre ser ut til å ha relativt sett høyere gevinst av trening enn yngre. I tillegg til den dokumenterte helsegevinsten, kan fysisk aktivitet gi energi, påvirke humøret og redusere stress. Fysisk aktivitet er en av nøklene til et langt liv og god helse (2; 114; 115).

Aktivitet rommer både fysisk, sosial og kulturell aktivitet og ivaretakelse av eksistensielle behov. Forskning og erfaringer viser at mer aktivitet inn i omsorgstjenesten kan gi en rekke positive resultater både i helsefremmende arbeid, behandling og rehabilitering (116; 117; 118). Målet med aktivitet er å bidra til å opprettholde livskvalitet for den enkelte gjennom hele livet. Fysisk og sosial aktivitet kan kombineres på ulike måter, blant annet gjennom å delta på hverdagslige aktiviteter i eget hjem eller på sykehjem. For å ivareta dette kan viktige forutsetninger være god tilrettelegging, motivasjon og sosial støtte til den enkelte.

Manglende ivaretakelse av sosiale, kulturelle og eksistensielle behov

På dialogmøtet i Bodø kom det fram at mange eldre er aktive og deltar i en rekke gjøremål, og at de fleste ønsker å fortsette å være aktive på samme nivå eller helst litt mer. Å klare seg selv er viktig, men det er ikke ensbetydende med å klare seg uten tjenester. Flere understreket at hjelp må gis på en måte som ikke fratar den enkelte ansvar, men stimulerer til egenmestring.

Aktiv aldring gjennom å ta ansvar for egen helse og klare seg selv, er både et ideal for den enkelte og en politisk strategi. For eldre med omfattende funksjonssvikt kan dette være krevende. Mange er så svekket at de ikke kan ta ansvar for eget liv eller ivareta egne behov alene. Også eldre som bor i institusjon har behov for og rett til å få ivaretatt både sosiale, kulturelle og eksistensielle behov.

En rekke undersøkelser tyder på at det er på det sosiale og kulturelle området og når det gjelder hverdagsliv, mat og måltider, opplevelser og fellesskap, at dagens kommunale helse- og omsorgstjeneste først og fremst kommer til kort. Spesielt gjelder dette beboere i sykehjem og omsorgsboliger og andre som har stort behov for bistand. Flere på dialogmøtet tok til orde for at aktivitet og fellesskap ikke oppfattes som oppgaver som er likestilte med stell og helsehjelp. Som en utrykte det: *«Det er en tendens til å ekspertliggjøre alt som gjøres innenfor tjenesten»*.

Å kunne praktisere egen tro eller eget livssyn som bruker av den kommunale helse- og omsorgstjenesten er en menneskerett. I mange kommuner i Norge er det kirken som legger til rette for dette, enten ved å betjene pasienter og pårørendes ulike behov eller henvise til andre tros- og livssynsledere som kan gjøre dette. I takt med det økte tros- og livssynsmangfoldet i Norge utfordres måten dette er blitt gjort på til nå. Det er behov for å legge bedre til rette for brukere, og pårørendes behov for samtalepartnere eller sjelesørgere fra egen tros- eller livssynstradisjon.

Det kulturelle og religiøse mangfoldet i befolkningen gjenspeiles i hverdagen både i omsorgsboliger og på sykehjem. Mange omsorgsutøvere opplever at de mangler nok kunnskap om temaet, og frykter for å gå inn i samtaler om eksistensielle spørsmål. Andre har god erfaringskompetanse og et ønske om å møte eksistensielle og åndelige behov (120).

Å ta hensyn til den enkeltes kulturelle og religiøse bakgrunn er viktig innenfor alle deler av helse- og omsorgstjenesten. Det handler om å utforme tjenestetilbudet ut fra individuelle preferanser og tilrettelegge aktiviteter ut fra den enkeltes ønsker, ressurser og behov.

Lite systematikk for samarbeid mellom offentlige og frivillige/ lokalsamfunn

Mange deltar i frivillig arbeid i Norge. Det ligger store muligheter i å engasjere flere i frivillig arbeid på helse- og omsorgssektorens område. Deltakelse i frivillig arbeid skjer imidlertid ikke av seg selv, men må dyrkes og vedlikeholdes gjennom systematisk rekruttering, organisering, opplæring, motivasjon og veiledning. Dersom de kommunale tjenestene setter av egnet fagpersonell eller samarbeider med ideelle organisasjoner om dette, viser erfaring at en slik investering kan gi en betydelig frivillig innsats.

På dialogmøtet om aktivitet og fellesskap var det mange som etterlyste en større grad av planlegging og koordinering av aktiviteter som utføres av frivillige. Flere ønsket seg en frivillighetskoordinator som tar vare på alle frivillige og som skaper et systematisk samarbeid mellom frivilligheten og helse- og omsorgstjenesten. Som en uttrykte det: *«Gjennom et mer koordinert samarbeid mellom frivillige og kommunen – der kommunen slapp de frivillige litt løs – kunne det skjedd mye gøy»*.

Forskning viser at norske kommuner ser et stort behov for frivillig innsats som et supplement til å utvikle kvalitativt gode omsorgstjenester, men mange har mangelfull kompetanse i å etablere, utvikle og følge opp et samarbeid med frivillige organisasjoner og enkeltpersoner (121). Aktivitet og felleskapsbyggende tiltak er ikke høyt prioritert i de kommunale planprosessene (122; 123) og det er mangel på koordinering av frivillighet inn mot den kommunale helse- og omsorgstjenesten (2; 79).

Frivillighet ser ut til å gi økt tilfredshet med livet og økt mestringsfølelse (124). Organisasjonsaktive eldre har bedre helse og livskvalitet. For enkeltpersoner bidrar frivillig innsats blant annet til å skape sosiale nettverk, identitet og tilhørighet. Frivillig aktivitet gir mulighet for personlig utfoldelse og kreativitet, og er gode arenaer for læring og mestring. For samfunnet som helhet betyr et høyt nivå av frivillig aktivitet også et høyt tillitsnivå med sterke sosiale bånd.

Mange eldre er ressurssterke, har god helse og vil etter hvert ha stadig bedre utdanning. Det gir gode forutsetninger for å kunne yte viktig innsats i samfunnet både som arbeidstakere, som besteforeldre og omsorgspersoner overfor sine nærmeste, og som deltakere i frivillig arbeid, for eksempel gjennom frivilligsentraler og eldresentra. På flere av dialogmøtene kom det tydelig fram at de fleste eldre har et brennende engasjement som de ønsker å få brukt til det beste for sine nærmeste og sitt lokalsamfunn.

Manglende møteplasser, samlokalisering og digitale generasjonsskiller

«Det er for få steder vi kan møte ungdommen», ble det sagt rundt ett av bordene på dialogmøtet i Bodø. På møtet tok mange til orde for å skape møteplasser og lavterskeltilbud i nærmiljøet. Samfunnet må forsøke å unngå segregering og skape fellesskap på tvers av generasjoner. Mange var opptatt av å etablere gode generasjonsmøteplasser for å skape aktivitet og sosialt fellesskap mellom generasjonene, styrke sosialt nettverk og motvirke ensomhet og isolasjon både hos unge og eldre.

På dialogmøte om aktivitet og fellesskap kom det også fram et ønske om mer integrerte boligløsninger der generasjoner bor sammen. Hvordan det i framtida legges til rette for gode boligløsninger, vil også ha betydning for fellesskap og aktivitet. I en undersøkelse blant eldre fra 2013, gjennomført av By- og regionsforskningsinstituttet (NIBR), sier 60 prosent av 1400 spurte, ja til å bo i eldrekollektiv. Men de vil ikke bo i kollektiv i tradisjonell forstand, hvor en deler på alt. De ser mer for seg å ha sin egen leilighet med kjøkken og bad, men som er knyttet til fellesanlegg og service. Erfaringer fra blant annet Danmark viser at ulike felles boløsninger fører til at beboerne opplever økt trygghet og sosial kontakt, økt livskvalitet og er mer fysisk og sosialt aktive.

God tilrettelegging av eksisterende boliger, slik at de er tilrettelagt for alderdommen, blir også avgjørende for å kunne fortsette å leve aktive liv og få nødvendig helsehjelp og bistand i eget hjem. For de som ikke har tenkt å kjøpe og flytte til annen tilrettelagt bolig, men fortsette å bo hjemme, vil det være av stor betydning å planlegge og investere i egen bolig ved inngangen til alderdommen.

Boliger for eldre bør, ifølge Husbanken, plasseres i vanlige boområder. Et godt bomiljø er som oftest et blandet boområde, bestående av ulike aldersgrupper, kulturer og mennesker i forskjellige livssituasjoner og i ulike hustyper. Det er avgjørende hvordan boligen ligger i relasjon til andre funksjoner og kommunikasjonsmidler (125).

Temaet samlokalisering engasjerte mange på dialogmøtet. Mange mente at omsorgsboliger og sykehjem i større grad bør legges mitt i lokalsamfunnets pulserende liv. Gjerne nær skoler, barnehager og nærmiljøsenter. Dette gir gode muligheter til å dele fellesarealer, slik at de i større grad kan utnyttes til aktiviteter og fellesskapsbyggende tiltak. Kort avstand til sentrumsnære områder gjør det lettere å stikke innom når en for eksempel er ute for å handle, ble det sagt på dialogmøtet. En slik lokalisering kan også gjøre det enklere for pårørende å stikke innom og bidra i omsorgsarbeidet.

Informasjons og kommunikasjonsteknologien (IKT) har forandret vår hverdag. Sosiale medier endrer hvordan vi vedlikeholder og utvikler relasjoner til nære venner, familiemedlemmer og bekjente. En norsk studie fra 2007 til 2010 viser hvordan sosiale medier over tid har blitt en viktigere kanal for familiekontakt og interaksjon med nære venner (126). Samtidig blir Norge et stadig mer digitalt samfunn hvor tjenester og servicefunksjoner skjer digitalt. Disse endringene fører til økt behov for kompetanse (127). Antall eldre som bruker sosiale medier øker raskt (128), men eldre er oftere senere ute med å ta i bruk digitale løsninger enn den øvrige befolkningen.

Nettbrett og smarttelefoner med berøringsbaserte grensesnitt gjør det lettere for mange å ha tilgang til internett og sosiale medier. I tillegg har utbredelsen av bredbånd og trådløse nettverk bidratt til en raskere og enklere inngang til bruk av internett. Eldre med nedsatt hørsel og dårlig mobilitet kan dra store fordeler av kommunikasjon gjennom tekstbaserte sosiale medier (129).

Teknologien endrer seg raskt, og før eller siden vil mange få problemer med å beherske endringer og lite brukervennlig utforming og grensesnitt. Kompliserte produkter, svakere ferdigheter og infrastruktur kan skape digitalt utenforskap. Dette vil være viktige avveininger i arbeidet med å styrke aktivitets- og fellesskapsbyggende tiltak og sikre at eldre inkluderes i det digitale fellesskapet.

For å møte utfordringene beskrevet over, legger reformen fram fem forslag til løsninger basert på lokale eksempler fra kommuner, helseforetak, frivillige organisasjoner mv. Løsningene skal bidra til å skape økt aktivitet, gode opplevelser og fellesskap for eldre.

5.1 Gode øyeblikk

Eldre bør få tilbud om minst en times aktivitet daglig med bakgrunn i egne interesser, ønsker og behov. Aktiviteten skal gi gode opplevelser og øyeblikk i hverdagen og stimulere sanser og minner, bevegelse og deltakelse i sosialt fellesskap.

En av de tydeligste meldingene som har kommet gjennom dialogmøtene og arbeidet med reformen Leve hele livet, er at livet i sykehjem, for svært

mange, er preget av passivitet, inaktivitet og kjedsomhet. Det er også situasjonen for mange eldre med heldøgns tjenestetilbud i omsorgsbolig eller i eget hjem.

Ved noen sykehjem har de arbeidet med dette under overskriften Øyeblikk på blå resept (for eksempel i Hå kommune og Nome kommune) og sørget for blant annet uforglemmelige møter og musikalske opplevelser med minner fra levd liv eller sykkeltur i lokalmiljøet. Andre steder har de brukt Aktivitetsdosetten eller tatt andre verktøy i bruk som hjelpemiddel for å sette dette i system.

For å bidra til å motvirke passivitet og ensomhet blant personer med demens i og utenfor institusjon, har Nasjonalforeningen for folkehelsen etablert tilbudet Aktivitetsvenn. Aktivitetsvenn har som mål å gi mennesker med demens en aktiv hverdag med gode opplevelser sammen med frivillige. En aktivitetsvenn er en frivillig, som med kurs og veiledning fra Nasjonalforeningen for folkehelsen, gjør aktiviteter sammen med en som har demens. Aktivitetsvennen og personen med demens kobles sammen på bakgrunn av felles interesser. Gjennom frivillige aktivitetsvenner får personer med demens mulighet til å fortsette med sine fritidsaktiviteter.

For eldre med et heldøgns tjenestetilbud, vil helse- og omsorgstjenesten imidlertid måtte ta et spesielt ansvar for å legge til rette og invitere inn frivillige. I tillegg må helse- og omsorgstjenesten selv også bidra til skape gode øyeblikk, og meningsfull aktivitet i hverdagen, og arbeide systematisk med dette. Dette kan handle om både fysiske, sosiale og kulturelle opplevelser. Dyr kan også være god hjelp mot ensomhet, holde eldre i aktivitet og gi gode opplevelser i hverdagen. Dette gjelder både for de som holder egne kjæledyr hjemme, ved bruk av besøkshund på sykehjem eller de som får assistanse av hund i hverdagen.

Forutsetningen er at helse- og omsorgstjenesten skaffer seg informasjon og kunnskap om den enkeltes bakgrunn, interesser og livshistorie, og kan bruke dette til å møte den enkeltes behov. Helse- og omsorgstjenesten kan kartlegge dette i samarbeid med den enkelte og deres nærmeste som en del av saksbehandlingen og ved utarbeidelse av individuell plan.

Det er ikke bare helse- og omsorgstjenesten som kan ta ansvar for at eldre får en meningsfull og aktiv hverdag. Det ansvaret hviler på oss alle, og bør være en utfordring både til familie, venner, organisasjoner, bedrifter og lokalsamfunn som den enkelte har vært en del av gjennom livet.

Boks 5.2 Gode øyeblikk – eksempler

Livsarket mitt

Ergoterapeutenes Seniorforum har utarbeidet Livsarket mitt, etter idé fra den svenske Livsboken. I livsarket kan du selv samle informasjon om ditt liv, og formidle preferanser og vaner til bruk for de som møter deg i hverdagslivet om du på grunn av alder eller sykdom ikke lenger kan snakke, huske eller klare hverdagen selv.

Livsarket inneholder et enkelt skjema med overskriften: Dette bør du vite om hva som er viktig for meg

- Dette vil jeg gjerne du skal vite om livet jeg har levd:
- Dette liker jeg å gjøre:
- Vaner jeg gjerne vil holde på:
- Noe jeg helst vil unngå:
- Dette bør du også vite om meg:

Aktivitetsdosetten

Aktivitetsdosetten er en plan som lages i samarbeid med beboeren, henges opp på veggen og dokumenteres i journalen. Kartlegging kan også gjøres elektronisk. I metoden legges det vekt på å bruke ansattes interesser som en ressurs og å inkludere pårørende til å være med å utføre aktivitetene.

Aktivitetene utføres av helsepersonell, frivillige eller pårørende. Det har vist seg at mange pårørende gjerne vil bidra, og setter pris på å få konkrete oppgaver når de er på besøk.

Det er utarbeidet en felleskatalog for Aktivitetsdosetten hvor det listes opp ideer til hvordan man kan utføre aktiviteter. Dette kan være helt enkle aktiviteter som høytlesing, turgåing, musikklytting med mer.

Kilde: www.ergoterapeutene.org og www.fsa.se

Boks 5.2 forts.

Metoden bygger på at aktiviteter kan virke på samme måte som medisin. Det kan virke beroligende, oppkvikkende, smertestillende og forbyggende mot uro. Ved å tilby beboerne individuelt tilrettelagte aktiviteter systematisk uke etter uke, får det også en helsebringende effekt.

Aktivitetsdosetten er utviklet av et tverrfaglig team på Øyane sykehjem i Stavanger kommune med støtte fra Helsedirektoratet og Stavanger kommune. En rekke kommuner har nå tatt Aktivitetsdosetten i bruk. I 2014 ble Aktivitetsdosetten stiftet som en ideell bedrift innen sosialt entreprenørskap.

Kilde: https://aktivitetsdosetten.no/

Memoria

Memoria er et verktøy for omsorg og kommunikasjon på nettbrett. Utgangspunktet er brukerens livshistorie. Familien kan dele bilder og minner fra beboeren sitt liv, og ansatte kan dele øyeblikk fra hverdagen. Beboernes livshistorie blir lett tilgjengelig, og helse- og omsorgsarbeiderne kan se på bilder, historier og relasjoner som pårørende har lagt inn. I en digital minnebok kan familie og venner dele historier om viktige hendelser og øyeblikk fra personen sitt liv. Det kan være store opplevelser som bryllup og reiser, eller minner fra barndom og oppvekst. Memoria kan også gi oversikt over musikksmak, matønsker, vaner, interesser og hobbyer som har betydd mye for den enkelte. Slik kan verktøyet bidra til personsentrert omsorg, tryggere relasjoner og livskvalitet i hverdagen, og bedre kommunikasjon mellom ansatte, brukere og pårørende. Memoria ble første gang testet på Mørkved sykehjem i Bodø kommune, og har nå brukere i over 60 kommuner i Norge.

Kilde: www.minmemoria.no

Aktivitetsvenn

En aktivitetsvenn er en frivillig, som har fått kurs og veiledning til å utøve aktiviteter sammen med en person med demens. De kobles sammen på bakgrunn av felles interesser. I samarbeid med frivillige aktivitetsvenner får personer med demens mulighet til å fortsette med sine fritidsaktiviteter. Aktivitetsvennen får samtidig brukt sine erfaringer og kompetanse. Resultater fra ulike kommuner viser at aktiviteten er meningsfull for begge parter, og at den er med på å utvikle vennskap.

Aktivitetsvenn er et landsdekkende tilbud som drives i over 190 kommuner. Nasjonalforeningen for folkehelsen har utarbeidet en verktøykasse for kommuner som etablerer Aktivitetsvenn. De er tilgjengelig for veiledning og rådgivning, både i oppstartsprosessen, og i videre drift av tilbudet.

Kilde: http://nasjonalforeningen.no/tilbud/aktivitetsvenn-for-personer-med-demens/

Ruslevenn

Ved Songdalstunet i Songdalen kommune har de etablert tiltaket Ruslevenn, som gir flere av beboerne med demens tilbud om en tur hver uke sammen med frivillige.

Leder for Frivilligsentralen, gruppeleder på boenheten og prosjektleder fra utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Vest Agder har samarbeidet om etablering og rekruttering av frivillige til Ruslevenn. Opplæring og planlegging av opplegget for ruslevennene er gjort sammen med de frivillige.

Ruslevennene kommer på samme tid, besøker og går tur med hver sin faste beboer. De frivillige får en tilhørighet til ruslevenngruppen samtidig som de gjør en viktig jobb. Det er noenlunde fast program hver gang: Rusle om lag 30 minutter eller mer ute i sansehagen eller inne hvis været er dårlig. Deretter felles samling i hagen eller inne på stua med sang, ballongtrim, besøk av hund eller annen enkel aktivitet.

Mange beboere har med dette fått mulighet til å komme ut. De frivillige har vist seg å være svært trofaste. Sykehjemmet har gjennom tiltaket fått mye viktig kunnskap om å samarbeide med frivillige medarbeidere og hva som er nødvendig av opplæring og oppfølging av frivillige.

Kilde: http://www.utviklingssenter.no/ruslevenner-til-personer-med-langtkommen-demens.5570024-184612.html

Boks 5.2 forts.

Ut å sykle med MOTiview

Simulatoren MOTiview er et motivasjonsverktøy som skal stimulere eldre og personer med demens til økt fysisk aktivitet. Levende bilder skal ta brukerne med til kjente omgivelser, som kan bidra til å framkalle gamle minner. Tiltaket er allerede utbredt ved mange av landets bo- og behandlingssentre.

MOTiview lar brukerne dra på sykkeltur gjennom kjente omgivelser, ved hjelp av video, musikk og lyder. Sykkelturen består av en skjerm med motivasjonsfilmer, som kombineres med en brukertilpasset ergometersykkel. Skjermen gir tilgang til et landsdekkende filmbibliotek.

Motitechs teknologi er i bruk i 40 kommunale institusjoner og rundt 140 institusjoner i Norden.

Kilde: www.motitech.no

Sang i eldreomsorgen

Folkeakademienes Landsforbund og Akershus Musikkråd er operatører for Krafttak for sangs satsing Syngende eldreinstitusjoner. Programmet Syngende eldreinstitusjoner retter seg mot beboere og ansatte i institusjonen, samt ressurspersoner og organisasjoner i miljøet rundt. I en syngende eldreinstitusjon har ledelse og ansatte kunnskap om sangens positive egenskaper og er derfor motivert til å bruke sang i det daglige arbeidet.

Bruken av sang er systematisert og går inn som en naturlig del av de daglige rutinene.

Kilde: http://www.krafttakforsang.no/sang-i-eldreomsorgen/

Inn på tunet

Det er godkjent 400 Inn på tunet – gårder i Norge. Mange av dem tilbyr dagaktivitetstilbud til eldre, blant annet personer med demens eller kognitiv svikt. Tilbudene inkluderer måltider og tilpassede aktiviteter med gården som arena. Det kan være foring og stell av dyr, fisking, bærplukking, turgåing, snekkerverksted, vedproduksjon, hageaktiviteter med beplantning, såing og innhøsting, kombinert med sosialt fellesskap.

Kilde: http://www.innpatunet.no/

Trivselsreise med ekstra trygghet

Mange eldre har lyst til å reise til Syden, men føler seg ikke trygge på å gjennomføre reisen alene. Os kommune har gjort noe med det. I en årrekke har de i samarbeid med Vitalreiser, arrangert trivselsreiser for eldre til Kypros. Målet er å tilby eldre rimelige og helsebringende reiser til varmere strøk innenfor trygge rammer. Fysisk aktivitet, velvære og sosiale arrangement er sentralt i opplegget. Trygghet er tillagt stor vekt, og det er derfor alltid helsepersonell med på turene. Os kommune stiller med to sykepleiere som er tilgjengelige under hele oppholdet og fungerer som bindeledd til det lokale helsevesenet og eventuelt sykehus. Målgruppe er hjemmeboende eldre som stort sett klarer seg selv i hverdagen. Det har vært med deltakere fra 70 til 93 år. Alle reisende må betale reise og opphold selv.

Kilde: https://oskommune.no/

Lavterskeltilbud i distriktet

Vestvågøy kommune har etablert prosjektet Aktivitet for eldre, som arrangerer ukentlige aktiviteter i tre distrikt i Lofotkommunen. Hovedmålet er å skape aktivitet, deltakelse, møteplasser og sosialt fellesskap blant seniorer og eldre. Dette er et lavterskeltilbud ute i distriktene, for å rekruttere eldre som ikke har tilgang til aktiviteter. Eksempler på aktiviteter er seniordans og turgrupper i ulendt terreng.

Tiltaket er drevet av frivillige. De frivillige er seniorer med stort engasjement for målgruppen og god kjennskap til Vestvågøy. Dette gir tiltaket ekstra troverdighet. I tillegg har de frivillige og kommunen et godt samarbeid. Tiltaket har stor oppslutning, og er populært både blant eldre og frivillige.

Kilde: www.Vestvagoy.kommune.no

Boks 5.2 forts.

Seniorsenter og kulturrullator

Kristiansand kommune har fire seniorsenter som tilbyr aktiviteter, kurs og sosiale møteplasser for de som er 60 år og eldre og ønsker en aktiv pensjonisttilværelse. Her er det blant annet senioruniversitet, sjakk og bridge, yoga og styrketrening, knivklubb og strikkeklubb, trim og dans, spanskkurs og ipad-kurs, mekanisk verksted og porselensmaling, livskafè og middagsservering, hørselshjelp og fotterapi. Flere av tilbudene drives av frivillige eller av seniorer selv.

Kristiansand har også etablert en egen KulturRullator, som er en flyttbar kulturformidler som legger til rette kulturopplevelser for personer som ikke selv kan oppsøke kulturtilbud. Kristiansand KulturRullator har som målsetting:

- Øke den mentale stimulansen for institusjonsbeboere
- Samle det frivillige og profesjonelle kulturliv til kulturomsorg
- Tilrettelegge for kultur på tvers av generasjoner

Senior Kilden er arrangementer i Kilden Teater og konserthus, som også overføres direkte til kommunens eldreinstitusjoner, og kan lagres i eget arkiv for bruk når det passer.

Kilde: www.kristiansand.kommune.no

5.2 Tro og liv

Helse- og omsorgstjenestene må sørge for at den enkeltes tro- og livssynsutøvelse og behov for samtaler om eksistensielle spørsmål blir ivaretatt. Helse- og omsorgstjenesten bør derfor innføre faste prosedyrer og samarbeide med tro- og livssynssamfunn slik at de kan møte brukernes og de pårørendes behov.

Helse- og omsorgsarbeideren skal gi omsorg til hele mennesket. Eksistensiell omsorg skal inngå som en del av den helhetlige omsorgen. Behov skal kartlegges på en forsvarlig måte på linje med brukernes og de pårørendes øvrige behov.

For de fleste er religionsfrihet en selvfølge. For mennesker som er avhengige av hjelp fra andre, er religionsfriheten derimot ikke alltid en selvfølge. Noen trenger hjelp til å uttrykke hva de ønsker av tros- og livssynsutøvelse, og de trenger assistanse for å kunne praktisere dette, og kunne fortsette å ha kontakt med og ta del i det fellesskapet de er en del av.

Hverdagen i norske omsorgsboliger og sykehjem, preges av kulturelt og religiøst mangfold, som i befolkningen ellers. Åndelige og eksistensielle behov er en del av det livet vi lever. For noen handler det om trostilhørighet og religion, for andre kan det handle om livssyn uten religion. For de fleste handler det om hva som gir mening og oppleves som betydningsfullt, både i hverdagen, i møte med livets store spørsmål og når livet blir ekstra sårbart. Da er det godt å møte samtalepartnere som har tid og interesse. Å få dekket sine åndelige og eksistensielle behov kan gi alvorlig syke og døende pasienter styrke, støtte og ferdigheter til å mestre belastningene de får i livets sluttfase (130). Imidlertid viser undersøkelser at å møte åndelig og eksistensielle behov ofte blir forsømt i dagens helse- og omsorgstjeneste, og utfordringen blir enda større i et religiøst og kulturelt pluralistisk samfunn (120).

Helse- og omsorgsdepartementet har tidligere utarbeidet rundskriv til kommunene for *«å sikre at de som er avhengig av praktisk og personlig bistand fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, også får ivaretatt sine muligheter til egen tros- og livssynsutøvelse, i tråd med de grunnlovfestede bestemmelser og religionsfrihet og ytringsfrihet»* (131). Her blir det understreket at helse- og omsorgstjenesten har ansvar for å utforme et omsorgstilbud der også kulturelle og åndelige behov blir ivaretatt i samsvar med den enkeltes ønske, bakgrunn og tilhørighet.

Flere kommuner har innført prosedyrer for kartlegging og tilrettelegging av tros- og livssynsutøvelse og samtaler om eksistensielle spørsmål. Dette er ofte gjort i samarbeid med lokale tros- og livssynsorganisasjoner og aktuelle ressurspersoner på området.

I en kartlegging av eldres ønsker og behov for tros- og livssynspraksis, ligger også nøkkelen til samhandlingen mellom tros- og livssynsamfunnene og helse- og omsorgstjenesten. God samhandling vil gi en helhetlig tjeneste og styrke de eldres livskvalitet.

Erfaringen viser at både tjenesteytere, pårørende og eldre brukere, har behov for kunnskap og veiledning om hvordan en snakker om, og

kartlegger brukernes ønsker for tros- og livssynspraksis. Som på andre livsområder handler det om å bli kjent med den enkeltes behov og ønsker, og bruke denne kunnskapen som utgangspunkt for å planlegge aktivitet og tjenester. Kartleggingen skal sikre at de eldre får en forsvarlig tjenesteyting ut fra sine individuelle behov.

Individuell plan (IP) kan brukes til å kartlegge den enkeltes ønsker og behov, bakgrunn og tradisjoner, og gjøre avtaler med brukere og pårørende som grunnlag for tiltak og tilrettelegging. Noen kommuner har også utviklet kartleggingsverktøy og laget informasjonsmateriell til brukere, pårørende og ansatte. Praktisk vil det også være å ha en oppdatert liste til tro – og livssynssamfunn og kontaktpersoner, og sørge for å ha en god veileder om mat, ritualer og religiøse høytider.

Boks 5.3 Tro og liv – eksempler

Prosedyre i tros- og livssynsutøvelse

Fredrikstad kommune og Borg bispedømme har laget en enkel brosjyre til både brukere og pårørende om retten til tros- og livssynsutøvelse med orientering om lover og forskrifter knyttet til temaet. Fredrikstad kommune har som mål:

- At alle som mottar helse- og velferdstjenester også skal ha mulighet til utøve sin tro og sitt livssyn slik det er naturlig for den enkelte
- I samarbeid med den enkeltes tros- og livssynssamfunn, prøve å legge til rette for dette
- Å tilstrebe at den enkelte skal kunne fortsette å leve det livet en levde før en trengte bistand

Kilde: https://kirken.no/globalassets/bispedommer/borg/dokumenter/tema/inkludering/tro-og-livssynsfrihet–informasjonsbrosjyre.pdf

Kommunen har også utarbeidet en prosedyre som skal sikre tro- og livssynsfrihet for mottakere av helse- og omsorgstjenester. Formålet er gi individuell oppfølging der den enkelte bruker / pasient får mulighet for å praktisere sin tro eller sitt livssyn.

Kilde: https://kirken.no/globalassets/bispedommer/borg/dokumenter/tema/inkludering/prosedyre-tro-og-livssyn.pdf

Til sist er det utviklet en individuell tiltaksplan som beskriver hvordan en konkret bistår og tilrettelegger for den enkelte bruker. Her beskrives utøvelse av praksis og tradisjoner som er viktige for personen og konkrete tiltak for at brukere får praktisere sin tro eller sitt livssyn.

Kilde: https://kirken.no/globalassets/bispedommer/borg/dokumenter/tema/inkludering/tro-og-livssynsfrihet–eksempel-pa-tiltaksplan-vedlegg-3.pdf

Veileder for å ivareta åndelige og eksistensielle behov

Utviklingssenteret for hjemmetjenester og sykehjem i Nordland har gjennom flere fagutviklingsprosjekter laget en veileder for hvordan en kan ivareta åndelige behov hos personer som mottar omsorgstjenester. De har laget en film og støttemateriell for å bistå ansatte i samtaler med brukerne om deres tro og trospraksiser: Menneske lever ikke av brød alene – aktiv omsorg med vekt på åndelige behov – en veileder.

Kilde: http://www.utviklingssenter.no/a-bedre-praksis-for-aa-ivareta-aandelige-behov-hos-pasienter-i-sykehjem.5144879-179637.html

Samhandling på siste vakt

I Surnadal kommune har de hatt et samarbeid med Rindal og Surnadal kirkelige fellesråd for å skape en mer helhetlig omsorg for alvorlig syke og døende. Prosjektet Samhandling på sist vakt startet høsten 2015. Prosjektet har som mål å bedre den åndelige og eksistensielle omsorgen i møte med pasienter som skal dø.

Opplæringstiltak for å trygge de ansatte og gi nødvendig kompetanse til å møte den enkeltes behov skjer gjennom fagdager og refleksjonsgrupper. Pårørende og frivillige får hjelp til hvordan de kan bidra når noen er alvorlig syk og døende.

Resultater for prosjektet viser bedre involvering av pasienter og pårørende, økt samarbeid med frivillige og en styrking av fagmiljøet. Prosjektet ble tildelt Fylkesmannen i Møre og Romsdal sin omsorgspris for 2017, og ble som en av tre kommuner i landet nominert til KS sin etikkpris i 2017.

Kilde: Fylkesmannen i Møre og Romsdal

Boks 5.3 forts.

Åndelige og eksistensielle samtaler i et livsynsåpent samfunn

Ved St. Olavs Hospital er det etablert et samtaletilbud til pasienter og pårørende som trenger samtale om åndelige og eksistensielle spørsmål. Sykehuset har fra 2010 hatt en fler-religiøs prestetjeneste. Det er ansatt en kulturkonsulent med bakgrunn fra det muslimske miljøet i Trondheim og en sykehushumanist. Formålet er å gi et samtaletilbud tilpasset pasienter og pårørende med ulike behov, livssyn og tro.

Kilde: St. Olavs hospital

Veileder for samhandling om tros- og livssynsutøvelse

Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn, Norges Kristne Råd og Kirkerådet utga i 2013, i samarbeid med Helsedirektoratet, en veileder om samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten i kommunene og tros- og livssynssamfunn. Veilederen understreker at de som mottar helse- og omsorgstjenester også har rett til å utøve sin tro og sitt livssyn – alene og i fellesskap med andre. Målsettingen med veilederen er å legge forholdene til rette for en god samhandling, til tjenestemottakernes beste.

Kilde: http://www.deltakelse.no (121)

5.3 Generasjonsmøter

Å skape generasjonsmøter handler både om å etablere møteplasser mellom unge og eldre i dagliglivet, og om å organisere aktivitet og virksomhet på tvers av generasjonene. Det kan for eksempel skje på skoler og arbeidsplasser, eller i sykehjem og nærmiljø.

Først og fremst handler generasjonsmøter om de tilfeldige eller uformelle møtene, der ulike generasjoner møtes i hverdagen. Det forutsetter at vi ikke innretter samfunnet slik at ulike aldersgrupper lever hver sine liv, oppholder seg på hver sine steder, og holder på med hver sine oppgaver og aktiviteter, uten at deres veier krysses.

Organisering handler om å legge opp arrangementer, aktiviteter og virksomhet slik at de inviterer til generasjonsfellesskap, og skaper gjensidig forståelse og utveksling av kunnskap og erfaringer.

Mange savner venner og sosialt nettverk. Rundt om i landet finnes det flere tusen frivillige, både unge og eldre, som er besøksvenner, turvenner, aktivitetsvenner eller leksehjelper. De bestemmer sammen hva de skal gjøre. De går turer eller gjør andre sosiale aktiviteter i nærmiljøet, eller treffes bare for å prate.

Besteforeldre er ofte gode støttespillere for småbarnsforeldre. Men ikke alle har en bestemor eller bestefar tilgjengelig. I tillegg er det flere eldre som ikke har barn og barnebarn. Kontakt mellom generasjoner som ikke bygger på, men erstatter familiebånd, kan være viktig i arbeidet med å jevne ut ulikheter. Eldre og barn står langt fra hverandre i alder, men har mye å lære av hverandre. Dette kan også bidra til å skape sterkere bånd og bedre forståelse mellom aldersgruppene.

Flere steder finnes også godt samarbeid mellom sykehjem, skoler og barnehager som skaper spennende møter mellom barn, ungdom og eldre. De kan synge for hverandre, spise sammen, møtes over Ludobrettet eller konkurrere ved bruk av ny spillteknologi. Ut av slikt samarbeid har det også kommet bøker og kunstutstillinger med historier de gamle forteller og bilder laget av barn.

For å stimulere, utvikle og videreutvikle flere gode møteplasser, er det viktig at kommunene tilrettelegger for et tettere samarbeid mellom generasjonene. I dette arbeidet vil både barne- og ungdomsråd, eldreråd, ideelle og frivillige foreninger og organisasjoner være viktige bidragsytere og samarbeidspartnere. Felles møter mellom eldreråd og barne- og ungdomsråd, kunne for eksempel sette utvikling av gode generasjonsmøteplasser og aktiviteter på agendaen.

Å skape et samfunn for alle aldre er også et hovedtema for kommune- og byplanlegging. Planlegging av infrastruktur i kommunene bør legge til rette for integrerte løsninger som fremmer fellesskap mellom generasjonene. Ikke minst gjelder dette utbygging av nye boligfelt og boligområder, der nye seniorboliger og omsorgsboliger gjerne bør bygges i et strøk der alle aldersgrupper er representert og har anledning til å treffes i nabolaget og møtes på butikken. Enkelte har også gjort seg til talsmenn for at kommunale eldresentre like gjerne kunne gjøres om til generasjonssentra og bli et sted hvor barn kan gå for å få leksehjelp eller en god samtale.

Et viktig utgangspunkt for generasjonsmøter er troen på at vi i alle har noe å lære av hverandre. Mye viktig kunnskap, lærdom og samhold går tapt i alderssegregerte samfunn. Unge og eldre står ofte også ovenfor utfordringer i hverdagen som har flere fellestrekk. Alle generasjoner har egenskaper og ressurser som kan være til nytte for andre. I tillegg kan møtet mellom unge og eldre være viktig for å stabilisere unges liv med voksenkontakt og gi eldre opplevelse av verdi i møtet med de unge. Generasjonsmøter er derfor minst like viktig for eldre som for de unge (132). Det gjelder derfor å finne de rette og naturlige møteplassene og aktivitetene som er godt lokalt forankret og tilpasset.

Aldringen av befolkningen kan skape interessekonflikter mellom generasjonene og bli en utfordring for samholdet mellom unge og eldre. I samfunnsmessig sammenheng handler dette derfor til sist om å opprettholde og styrke den generasjonskontrakten velferdssamfunnet vårt bygger på.

Boks 5.4 Generasjonsmøter – eksempler

Eldre møter unge – EMUprosjektet

I Trondheim kommune har Byåsen videregående skole, Byåsen frivilligsentral og Trondheim kommune, utviklet en sosial og aktiv møteplass for eldre i bydelen – en møteplass mellom generasjoner. Mange eldre kan føle seg ensomme og isolerte. EMU gjør at de slipper å sitte alene hele uken, med i stedet får muligheten til å delta i ulike sosiale aktiviteter. Dersom de ikke er i stand til å komme til skolen på egen hånd, blir de hentet av elevene hjemme med bistand fra frivilligsentralen.

Aktivitetene EMU byr på er alt fra matlaging, snekring, data og spill til hagearbeid, vedhogging turer og trimgrupper. Dette tiltaket gir også elevene verdifull praksis, og elever som strever med å finne seg til rette på andre typer praksisplasser har fungert meget bra på EMU.

En viktig målsetting med tilbudet er å gjøre det mulig for eldre å bo lenger hjemme. Tilbudet gjør det også mulig å ha en praksis hvor elevene lærer seg å kommunisere, får utviklet holdninger og verdier og vist praktisk omsorg. Deltakerne i prosjektet utrykker stor tilfredshet med det varierte aktivitetstilbudet EMU gir.

«Det er flott å ha et fast tilbud hvor jeg blir hentet hjemme», sier en av deltakerne.

Kilde: http://byasen.vgs.no/upload/By %C3 %A5sen/aktuelltbilder/EMU/Artikkel.pdf

Generasjonssang

Generasjonssang skal føre generasjonene sammen, fra de helt yngste og deres foreldre, til eldre med demens og deres pårørende. Målet er å oppnå gjenkjennelse gjennom sanger som har vært brukt i generasjoner. Den norske fellessangtradisjonen er et viktig verktøy, som binder mennesker og generasjoner sammen.

Generasjonssang ble stiftet i 2010. De som står bak, har bakgrunn både fra helsevesenet og allsidig musikalsk arbeid på flere nivåer. Gjennom generasjonssang er det etablert mange gode samarbeid blant annet mellom barnehager og skoler i Lillehammer kommune.

«Jørstadmoen barnehages motivasjon for Generasjonssangsamarbeid med sykehjemmet er at vi ønsker at barna skal bli kjent med den eldre generasjonen, og Generasjonssang var en gylden anledning til det. Annen motivasjon er jo at felles sangleiker, bevegelse til musikk er viktig for å skape sosial og fysisk kontakt. Det gir samhold og bevegelsesglede og ikke minst – det er språkstimulerende. Det er også en del av vår kultur som vi skal ta vare på. Vi gleder oss til samarbeidet!» Anne Jorun Olstadjordet, Jørstadmoen barnehage.

Kilde: http://generasjonssang.no/

Pensjonistene lager skolemat i Overhalla

Én gang i uken får Hunn skole i Overhalla kommune besøk av pensjonister fra Skage frivilligsentral. Pensjonistene lager koldtbord med grove brødprodukter, grønnsaker, fiskepålegg og annet sunt pålegg. En gang i måneden serveres det varm mat. Elevene betaler 25 kroner per måltid. Skolen har ingen utgifter knyttet til ordningen, og pensjonistene tar seg av alt det praktiske arbeidet, slik at det ikke tar tid fra lærerne eller undervisningen. Skolen er svært fornøyd med matordningen og samarbeidet med frivilligsentralen. Elevene er mer konsentrerte etter måltidet. Skolen opplever at den psykososiale biten er vel så viktig som at elevene får sunn mat. Skolen ønsker å involvere pensjonister mer i skolens aktiviteter i tillegg til matlaging.

Boks 5.4 forts.

«På denne måte treffes jo både gamle og unge. Dette bidrar til et bedre skolemiljø og elevene får skikkelig mat,» sier rektor ved Hunn skole.

Kilde: http://skage.frivilligsentral.no/

Lyttevenn

Mange barn og unge sliter med å lese og mange har ingen å lese høyt for. Et tiltak som er prøvd ut i flere kommuner er lyttevenn. En lyttevenn skal motivere og stimulere barns leseferdigheter og leselyst. En lyttevenn bidrar til grunnleggende lesetrening for elever i alderen syv til ni år. Lyttevennen kommer til skolen etter avtale og lytter til 3. klasseelever som leser. Prosjektet har bidratt til økt leselyst hos elevene. Gjennom et lyttevennskap utvikles også trygge og gode relasjoner mellom generasjonene.

Lyttevenn er utprøvd i mange kommuner i Agder, blant annet Mandal, Kristiansand, Lyngdal, Flekkefjord, Vennesla, Farsund, Kvinesdal. Songdalen, Marnardal, Hægebostad, Audnedal og Sirdal, og er evaluert av Universitetet i Agder.

Kilde: http://www.vaf.no/politikk/lyttevenn/

Drop – in

Ungdom som står utenfor skole og arbeidsliv arbeider som frivillige på dagsenter for eldre i Songdalen kommune. Tiltaket er basert på to ulike utfordringer: Helse- og omsorgstjenestens behov for økte ressurser og ungdom som ikke fullfører videregående opplæring. Tiltaket inngår som en del av kommunens helhetlige tilbud til ungdom som står utenfor skole og arbeidsliv.

Erfaring til nå viser at ungdom og eldre er en god match. De eldre har stor glede av samvær med ungdom, og ungdommene blir etterspurt når de ikke er tilstede. Det gir også mulighet for flere og varierte tiltak på dagsenteret, som for eksempel konsert, bowling og kultursti. Ungdommene beskriver Drop-in som et viktig tiltak for videre praksis og målrettet arbeid mot fagarbeiderutdannelse og videre kompetanseheving. Flere av ungdommene har fått trygghet til å begynne i andre tilbud etter at de har startet i Drop-in.

Kilde: https://www.songdalen.kommune.no/

Innsats for andre

Siden høsten 2013 har elever fra Tokerud skole i Grorud bydel i Oslo kommune hatt muligheten til å besøke eldre på Stovnerskogen sykehjem. Interessen blant elevene er så stor at elevene må sende søknad. Elevene blir kalt inn til intervju før de blir valgt ut. De unge besøker sykehjemmet en gang i måneden. Ballongtrim, ludo og historier fra annen verdenskrig er noen av stikkordene når tenåringer besøker eldre på Stovnerskogen sykehjem.

Det er valgfaget Innsats for andre som er drivkraften i dette arbeidet. Hele 27 ungdommer var i 2015 besøksvenner på Stovnerskogen sykehjem. Etter hvert ble også Haugenstua omsorgsbolig med i ordningen. Snart kommer ordningen til Rødtvet sykehjem. Gjennom valgfaget blir elevene introdusert for frivillig arbeid. Faget skal gi elevene kunnskap om forutsetningene for frivillig arbeid og praktisk erfaring med å skape aktiviteter og fellesskap som kan ha verdi for andre. Tiltaket er svært populært blant elever, lærere, ansatte ved institusjonene, og sist men ikke minst beboere. Her skapes generasjonsmøter gjennom aktivitet og fellesskap. *«Vi snakker ikke bare om én ting. Det er litt av hvert. Det er jo koselig å ha ungdom på besøk,» sier* beboer ved Stovnerskogen sykehjem.

Kilde: https://tokerud.osloskolen.no/

Sykling uten alder

Sykling uten alder er et konsept som startet i København i 2013 med fem Rickshaw-sykler og mange frivillige sykkel-piloter. Dette spredte seg fort, og i dag er det mer enn 500 brukersteder i 38 land. I Norge alene er det om lag 200 brukersteder fra Kautokeino i nord til Lillesand i sør.

Boks 5.4 forts.

Målet er å gi mennesker med nedsatt mobilitet økt livskvalitet og sørge for at flest mulig kan komme ut på tur. Med store trehjulssykler med dobbeltsete foran, kan inntil to passasjerer sammen med piloten komme ut i natur og nærmiljø og få felles opplevelser på tvers av generasjoner.

Kilde: www.syklingutenalder.com

Flerkulturell møteplass

Flerkulturell møteplass er et nettverk av frivillige lag og foreninger i Sørum kommune.

Nettverket samarbeider om å skape møteplasser for å fremme inkludering og bedre integrering mellom mennesker fra forskjellige kulturer.

Kontaktpersoner for samarbeidspartnerne møtes om lag en gang månedlig for å vurdere aktivitetene, planlegge arbeidet og videreutvikle nye innspill og behov som dukker opp. Faste personer har ansvar for de ulike aktivitetsgruppene. Dette er blant annet svømmegrupper, matkurs, leksehjelp og dansegruppe.

Kilde: https://www.sorum.kommune.no/flerkulturell-moeteplass.4750984-328503.html

Skånlandstrimmen

Skånlandstrimmen er et lavterskel trimtilbud til hele Skånlands befolkning. Her kan folk gå, jogge, sykle, kjøre rullestol eller komme seg fram på andre måter. Målet er å få alle ut på tur.

Skånlandstrimmen er et kultur- og folkehelseprosjekt, der kommunen samarbeider med frivilligsentralen, Røde Kors, foreninger og enkeltpersoner. Trimtilbudet er attraktivt og blir benyttet av mange i kommunen. Trimbøker er lagt ut i 16 postkasser, og på slutten av året foretas en trekning av premier for de som besøker turmålene flittigst.

Kilde: https://www.skanland.kommune.no/skaanlandstrimmen.5937564-400854.html

Generation Games

Høsten 2017 møttes ulike generasjoner til Generation Games i Oslo, et sportsarrangement der eldre, middelaldrende og unge konkurrerer i ulike grener. Deltakerne ble oppfordret til å stille lag med minst to generasjoner. Det var fritt fram for å ta med bestemor, pappa, barnebarn, naboen, tantebarnet, grandtanta, kusina eller kompisen. Hele 17 ulike aktiviteter inngikk i lekene, deriblant bandy, sjakk, dans, golf, volleyball, gåfotball og pétanque. Arrangementet Generation Games har sitt utspring i Nederland, og har siden starten blitt arrangert over store deler av verden, blant annet i Sveits og Tanzania. Prosjektet Aldersvennlig by i regi av byrådsavdelingen for eldre, helse og sosiale tjenester i Oslo kommune var initiativtaker til arrangementet. Målet er å skape møteplasser for aktivitet og kontakt mellom generasjoner.

Kilde: http://osloehs.no/?p=432

Digitalt torsdagstreff

Digitalt torsdagstreff er en møteplass for hjelpere og brukere som trenger bistand på PC og digitale medier. Det er et stadig større krav om at innbyggernes kontakt med det offentlige skal foregå digitalt. Gjennom prosjektet Digital kompetanse ønsker Asker Frivilligsentral og Kulturhjørnet i Asker kulturhus å bidra til at flere mestrer og blir mer motivert til å bruke digitale tjenester.

På Digital Torsdagstreff stiller frivillige nettguider opp og tilbyr hjelp og støtte i bruk av digitale tjenester som digitale postkasser, Altinn, skatteetaten, elektronisk ID, nettbank, elektroniske søknader, elektroniske brev fra kommunen m.m. Tilbudet passer for de som har liten eller ingen kjennskap til digitale verktøy fra før.

Kilde: https://kulturasker.no/arrangement/digital-torsdagstreff/

5.4 Samfunnskontakt

Helse- og omsorgstjenesten bør vurdere å opprette en funksjon som samfunnskontakt. En samfunnskontakt er bindeledd og koordinator mot nærmiljø, familie og pårørende, frivillige, næringsliv, organisasjoner, institusjoner i lokalsamfunnet.

I noen kommuner har helse- og omsorgssektoren frivillighetskoordinatorer, kulturverter, kontaktpersoner for pårørende og frivillige eller de har inngått samarbeidsavtaler med skoler, barnehager og ideelle organisasjoner. Funksjonen som samfunnskontakt er ment å dekke hele dette feltet, og kan med referanse til andre sektorer defineres som:

> *«Det systematiske arbeidet vi gjør for å bygge, opprettholde og utvikle relasjoner til personer, virksomheter, organisasjoner og myndigheter som har betydning for hvordan organisasjonen løser sine oppgaver.»*

Funksjonen som samfunnskontakt må tilpasses lokalt, men bør inneholde følgende elementer:

- Styrke og utvikle samarbeidet med lokalsamfunnets frivillige organisasjoner
- Være kontakt opp mot og utvikle samarbeid og avtaler med lokalsamfunnets barnehager, skoler, kulturinstitusjoner, foreninger, organisasjoner og næringsliv
- Utvikle helse- og omsorgstjenestens som arena for kulturbegivenheter
- Rekruttere og koordinere frivillige medarbeidere i ulike aldersgrupper, i nært samarbeid med aktuelle frivillige organisasjoner
- Være kontaktperson, følge opp og veilede frivillige medarbeidere, herunder også pårørende som ønsker å bidra med sin innsats
- Etablere samarbeid med og legge forholdene til rette for, ivareta og støtte pårørende
- Bidra til at eldre brukere kan delta i sosiale og kulturelle aktiviteter i institusjon eller lokalsamfunn
- Bidra til samarbeid og avtaler med utdannings- og forskningsinstitusjoner på helse- og sosialfeltet om praksisplasser, undervisning og forskning

Målsettingen med en samfunnskontakt er å bygge relasjoner og bidra til å mobilisere og koordinere frivillig innsats og sivilsamfunnets resurser opp mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Videre er en sentral målsetting å styrke ulike former for samarbeid og deltakelse, for eksempel mellom skole, barnehage og sykehjem, for å utvikle en helhetlig helse- og omsorgstjeneste og et inkluderende og godt lokalsamfunn. En samfunnskontakt kan være en nøkkelperson i arbeidet for å skape en bærekraftig frivillighet og et levende lokalsamfunn. Dette er også i tråd med innspillene fra dialogmøtene, der mange tok til orde for at det bør være en koordinator, som kan bistå både med organisering og tilrettelegging for frivillig innsats i helse- og omsorgstjenestene og være en brobygger mellom den formelle og uformelle omsorgen.

Det ligger et stort potensiale i å inkludere lokalsamfunnets ressurser i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det skal være et supplement til offentlige tjenester. Undersøkelser viser at den sentrale suksessfaktor er en gjennomtenkt og kompetent organisering. Frivillige må rekrutteres, motiveres, følges opp og ivaretas. Flere kommuner har ansatt en koordinator som bindeledd og brobygger mellom helse- og omsorgstjenesten og sivilsamfunnet.

En funksjon som samfunnskontakt bør være organisatorisk forankret i ledelsen, og samtidig knyttet opp til alle virksomhetens enheter. Samfunnskontakten bør knyttes til ansatte som har bakgrunn og god kjennskap til tjenestene, samt god kompetanse på sosiale relasjoner og samarbeid.

Verdighetssenteret har gjennom en spørreundersøkelse til alle landets sykehjem (133) kartlagt behovet for og etterspurt erfaringer med frivillighetstjenester på sykehjem. Flertallet av sykehjem har en eller annen form for besøkstjeneste, men denne er ofte sporadisk organisert. Behovet er mange ganger større enn tilbudet, og kun et lite mindretall har egen frivillighetstjeneste eller egen koordinator. Så godt som alle ønsker en egen, organisert frivillighetstjeneste med en koordinator.

Erfaringene fra de som har etablert slike funksjoner viser at det er et stort unyttet potensiale for samhandling og frivillig engasjement i lokalsamfunnet. Dette er ressurser som best utløses gjennom systematisk arbeid med organisering, mobilisering, rekruttering, veiledning, koordinering, tilrettelegging, klare avtaler og tydelige invitasjoner til samarbeid. Da kan funksjonen som samfunnskontakt gi mer enn den koster, og ha gjensidig nytteverdi for alle parter.

Boks 5.5 Samfunnskontakt – eksempler

Samarbeid mellom kommune og frivillige

I Drammen kommune er det ansatt egen frivillighetskoordinator i rådmannens stab og frivillighetskontakter i ulike sektorer og virksomheter. I helse- og omsorgstjenestene er det et nettverk av frivillighetskontakter og en egen nettverkskoordinator.

Visjonen er å skape en god samarbeidskultur mellom medarbeidere og frivillige som legger til rette for en aktiv hverdag og økt livskvalitet for innbyggere som mottar tjenester fra kommunen. Ved å sette den frivillige innsatsen i system, er målet at både frivilligheten, medarbeiderne og innbyggere som mottar tjenester skal få en positiv opplevelse av samarbeidet.

Modellen har 7 hovedelementer:

- Nettverkskoordinator med overblikket
- Frivillighetskontakter som brobyggerne på arbeidsplassene
- Forum for frivillighetskontakter som faglig møteplass
- Digital håndbok som frivilligkontaktenes arbeidsverktøy
- Introduksjonskurs og kompetanseheving for frivillige
- Kulturbygging i virksomhetene med god informasjonsflyt og synliggjøring
- Frivillighet på tvers av sektorer med eget tverrsektorielt forum for kommunens samarbeid med frivillig sektor

Suksesskriteriene er god forankring på alle nivå, styrket kompetanse på samhandling med frivillig sektor, samarbeidskultur, tydelige rolleavklaringer og god kunnskap om hverandre.

Kilde: https://www.drammen.kommune.no/frivillighet/frivillighet/kontaktpersoner/

Med hjerte for Arendal

Med hjerte for Arendal – et godt sted å bo for alle, er et samarbeid mellom kommunen, KS Agder og fem frivillige organisasjoner: Frelsesarmeen, Røde Kors, Blå Kors, Kirkens Bymisjon og Nasjonalforeningen for folkehelsen. Dette har over tid utviklet seg til et nettverk på nærmere 100 lag, foreninger og menigheter, samt engasjerte enkeltindivider som altså samarbeider med kommunen.

Prosjektet har som mål å styrke samhandlingen mellom det offentlige og frivillige organisasjoner, for sammen å møte dagens og framtidas omsorgsutfordringer. Prosjektet bidra til å styrke det store frivillige engasjementet i kommunen, i tillegg til inspirere og legge til rette for at flere, på en enkel måte, kan være med å gjøre Arendal til en god by å bo i for alle.

Prosjektet ledes av en felles koordinator ansatt i kommunen. Koordinatoren fungerer som et bindeledd mellom kommunen og de frivillige organisasjonene i kommunen.

Kilde: http://medhjerteforarendal.no/med-hjerte-for-arendal/

Nedre Eiker koordinerer

I Nedre Eiker kommune er det ansatt en frivilligkoordinator i full stilling. I samarbeid med frivillige skal koordinatoren organisere og tilrettelegge aktiviteter for brukere i hjemmetjenesten og i sykehjem. Målet er å etablere et bredt aktivitetstilbud til både hjemmeboende og eldre i institusjon. Frivilligkoordinatoren skal rekruttere, følge opp og ivareta frivillige, samt fremme samarbeid med lokale krefter og ulike lag og foreninger. Frivilligkoordinatoren samarbeider også med dagaktivitetstilbudet i kommunen og kulturavdelingen. Stillingen er organisert under virksomhetsleder.

Kilde: https://www.nedre-eiker.kommune.no/tjenester/helse-og-omsorg/frivilligkoordinator/

Boks 5.5 forts.

Tid som gave

Sandefjord kommunen og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold, har med tilskudd fra Helsedirektoratet og støtte fra Kreftforeningen og Gleditsch-fondet startet opp tiltaket: Tid som gave. Tid som gave handler om å organisere frivillige som støtte til pasienter med kort forventet levetid og som avlastning til deres pårørende. Målsettingen med tiltaket er å bidra til at pasienter og pårørende opplever livskvalitet og verdighet i livets siste fase gjennom støtte og avlastning fra frivillige.

Kommunen har en koordinator i 30 prosent stilling som koordinerer og veileder frivillige. Tiltaket er evaluert og viser gode tilbakemeldinger både fra pasienter, pårørende, personale på lindrende enheter og de frivillige som har deltatt i tiltaket. Pasientene og deres pårørende gir utrykk for at frivillige hjelpere har hatt stor betydning for deres liv og hverdag. De frivillige gir utrykk for at de føler seg betydningsfulle som frivillige og at de er godt ivaretatt.

Kilde: https://www.sandefjord.kommune.no/Helse-og-omsorg/Helse-og-omsorgstjenester/Utviklingssenter-for-sykehjem-og-hjemmetjeneste/

Villig og fri

Dagaktivitetssenteret Veglo for personer med demens i Førde kommune satser aktivt på frivillige for å få større bredde i aktivitetstilbudet. Førde kommune opprettet dagaktivitetstilbudet til personer med demens i 2012 og har åtte brukere hver dag. Tilbudet bidrar til å gi avlastning for pårørende som står i krevende omsorgssituasjoner.

For brukerne er det lagt vekt på meningsfulle aktiviteter med fokus på mestring, trygghet og sosialt samvær. Samtidig stimulerer aktivitetene til å holde ved like dagliglivets funksjoner. Ansatte får mulighet til å observere funksjonsnivå og medisinsk tilstand.

Engasjerte frivillige stiller opp en eller flere ganger i uka. Erfaringer fra satsingen tyder på at en aktiv satsing på frivillige gir mer ressurser og større bredde i aktivitetstilbudet. De frivillige få systematisk oppfølging, noe som bidrar til å rekruttere og beholde frivillige.

Kilde: http://www.utviklingssenter.no/veglo-5-eit-dagtilbod-for-menneske-med-demens.5637877-176146.html

Samarbeid skole og sykehjem

Sentrum sykehjem i Bodø er ett av flere Livsglede-sykehjem i kommunen. Bodø kommune har ansatt en Livgledekonsulent for å følge opp og veilede ansatte og frivillige på sykehjemmene. Som del av livsgledesykehjemkonseptet må ansatte arbeide systematisk med å skape et meningsfullt innhold i beboernes hverdag og tilrettelegge for samarbeid med skoler, barnehager og andre virksomheter og organisasjoner

Et resultat av dette er at Sentrum Sykehjem og Bodø videregående skole, avdeling helse- og oppvekstfag har startet et samarbeid, der tre klasser i helsearbeiderfag er knyttet til hver sin avdeling ved sykehjemmet. På denne måten kan unge og eldre bli kjent med hverandre over tid. Sammen lager de en halvårsplan med tidspunkt for når elevene kommer til sykehjemmet og hva som er tema for aktivitetene.

Kilde: http://livsgledeforeldre.no/vgs-elever-i-tett-samarbeid-med-lokalt-sykehjem/

Aktive seniornettverk – Aktive sammen

Aktive seniornettverk – Aktive sammen i Vennesla har som målsetting å utvikle tilpasset aktivitet og styrke det sosiale nettverket for eldre. Tiltaket bygger på en metode, Aktive sammen, som er utviklet i et fellesskap mellom Nasjonal kompetansetjeneste for barn og unge med funksjonsnedsettelser og Vennesla frivilligsentral. Aktive sammen tar utgangspunkt i personers ønsker og behov for støtte til å opprettholde sosial aktivitet.

Boks 5.5 forts.

Gjennom en systematisk kartlegging henvises aktuelle eldre, etter samtykke, til frivilligsentralen i Vennesla kommune for informasjon og oppfølging. To medarbeidere fra frivilligsentralen gjennomfører en Hva er viktig for deg – samtale. Deretter formidler de kontakt til enkeltfrivillige, lag og organisasjoner. Vennesla kommune og frivilligsentralen har også opprettet er tett samarbeid med Vennesla videregående skole. Elevene får opplæring i metoden og praksisplass i kommunen og frivilligsentralen. Det er produsert en film som brukes i veiledning og undervisning av elevene. Tiltaket har 35 eldre brukere og viser gode resultater både for brukere, pårørende og ansatte i kommunen.

Kilde: http://www.aktivesammen.no/trinn-1.424314.no.html og http://vennesla.frivilligsentral.no/aktiv-senior-nettverk/

Utdanning i frivillighetskoordinering

Verdighetssenteret i Bergen og Oslo tilbyr en tverrfaglig utdanning innenfor frivillighetskoordinering i eldreomsorg. Utdanningen skal kvalifisere til å mobilisere, organisere og lede frivillig innsats og bidra til økt motivasjon, inspirasjon og kompetanse. Studiets hovedmål er:

- Å styrke og kvalitetssikre det frivillige omsorgs- og aktivitetstilbudet for eldre gjennom utdanning av frivillighetskoordinatorer
- Å formidle kompetanse, kunnskap og holdninger innenfor frivillig arbeid, eldreomsorg og omsorg ved livets slutt
- Å støtte studentene til å etablere eller videreutvikle et lokalt frivillighetsprosjekt eller en frivillighetstjeneste innen eldreomsorg

I perioden 2014–2016 har det deltatt 194 personer fra 87 kommuner.

Kilde: https://www.verdighetsenteret.no/kurs-og-opplaering/opplaeringsprogram/organisering-av-frivillige-i-eldreomsorgen/

5.5 Sambruk og samlokalisering i nærmiljøet

Sykehjem og omsorgsboliger bør bygges slik at de blir en integrert del av lokalmiljøet, gjerne med felles møteplasser og naboskap på tvers av generasjoner og funksjoner. Integrering i øvrig bomiljø, samlokalisering med annen virksomhet og sambruk av lokaler, legger grunnlag for gjensidig utnyttelse av ressurser, felles aktiviteter, uformelle møter og sosial omgang.

Dette kan være:

- Åpne sykehjem og omsorgsanlegg som stiller sine lokaler og kantine til disposisjon for møter i lokale foreninger og organisasjoner, ungdomsklubb, korøvelser, strikkekafe, bridgeklubb, fotballpub, dansekvelder, litteraturgruppe eller stiller som lokal arena og scene for små konserter, temakvelder og kulturtilbud.
- Samlokalisering av omsorgsbygg med skoler, barnehager eller kulturbygg og nærmiljøsenter med felles kjøkken, kantine og lokaler for fysisk, sosial og kulturell aktivitet, som gir lett tilgjengelighet og muligheter for gode felles møteplasser.
- Samlokalisering av sykehjemsplasser og omsorgsboliger med annen boligbebyggelse, for eksempel integrert som del av boligblokk i bymiljø eller boligfelt i et kommunesenter gjør det mulig med felles investeringer i godt tilrettelagte utemiljø, anlegg og fellesarealer. Studenthybler og sykehjem/omsorgsboliger er også en kombinasjon som prøves ut til gjensidig utbytte for både studenter og sykehjemsbeboere, etter modell fra Nederland.
- Mange steder bygges det leiligheter på toppen av kjøpesenter, med lett tilgang til handel og service. Det finnes eksempler på at omsorgsboliger og sykehjem er bygd som en del av slike anlegg. Det gir lett tilgjengelighet til butikker, service og transport, og gode møtepunkt for familie og pårørende som kan kombinere ærend og innkjøp med besøk av beboer.
- Kombinasjonsmulighetene er det bare fantasien som kan stoppe:
  - Sykehjem og brannstasjon med alarmsentral og brannvakter på huset
  - Sykehjem og rådhus med felles kantine og lett tilgang til makten
  - Omsorgsboliger og fotballstadion, med tribuneplass til fotballkamper og idrettsbegivenheter og felles utnyttelse av treningsanlegg
  - Omsorgsboliger og sykehjem bygd sammen med samfunnshus og kjøpesenter

Noen steder kan omsorgsbyggene tilby lokaliteter, service og aktiviteter til lokalmiljøet. Andre steder kan det være motsatt, slik at beboere i omsorgsboliger og sykehjem kan benytte felles anlegg, tjenester og aktivitetstilbud sammen med andre.

På dialogmøtene tok mange til orde for å legge til rette for møteplasser og lavterskeltilbud i nærhet til venner og nærmiljø. Det var et unisont ønske om å unngå segregering og skape fellesskap og aktiviteter som inkluderer alle i lokalsamfunnet. Det kom blant annet forslag om å bygge integrerte boliger for unge og gamle, samlokalisere sykehjem og kulturtilbud og etablere aktivitetstorg på kjøpesentra. Mange av morgendagens eldre ønsker å bo med lett tilgang til butikker, service og lokalsamfunn. For kommunen vil sentral beliggenhet av omsorgssentrene også kunne bety økt mulighet til sambruk av kommunale tjenester og lokaler.

Mange nærmiljø mangler lokale møtesteder. Ved å åpne omsorgssenterets tilbud for andre, gir det et rikere liv for dem som bor der og et bedre tilbud til kommunens befolkning. Omgivelsene påvirker også de som arbeider der. Samlokalisering og fellesskapsløsninger gir de ansatte flere ressurser å spille på. I tillegg er sentral beliggenhet med nærhet til offentlig transport og tjenestetilbud attraktivt for potensielle arbeidstakere. Omsorgsboliger og sykehjem bør ligge midt i lokalsamfunnets pulserende liv, gjerne nært ordinært bomiljø, skoler, barnehager og nærmiljøsenter. Dette gir gode muligheter til å dele fellesarealer slik at de i større grad kan utnyttes til aktiviteter og fellesskapsbyggende tiltak. Kort avstand til sentrumsnære områder gjør det også lettere for familie og venner å stikke innom når de er ute for å handle.

Boks 5.6 Sambruk og samlokalisering – eksempler

Studenter flytter inn

Horten er den første kommunen i landet som tester et prosjekt der unge og eldre får bo under samme tak. Ideen og modellen som stammer fra Nederland, handler om at studenter får bo på sykehjem for en billig penge, mot å hjelpe til noen timer i uka.

Horten kommune tilbyr to studenter å bo i egen leilighet, sammen med beboerne på Braarudtoppen og Åsentunet omsorgsboliger. Studentene tilbys rimelig leilighet med eget kjøkken og bad, inklusive strøm og nett sentralt i Horten by, med tilgang på full eller halv pensjon mot å sette av 30 timer per måned, herunder hver 4. helg til sosiale aktiviteter sammen med beboerne. Tiltaket er et samarbeid mellom Horten kommune og Høgskolen i Sørøst-Norge.

Kilde: https://www.horten.kommune.no/hjem/nyheter/sok-pa-studentbolig-pa-braarudtoppen.32354.aspx

Helse- og aktivitetssenter

Bråta helse- og aktivitetssenter inneholder aktiviteter og tilbud til alle innbyggere i Nedre Eiker kommune. I 1. etasje ligger kultur- og aktivitetstorget. Her er det pub, basseng og velværeklinikk, frisør, fotpleie og hudklinikk, sanserom, treningssal og tilbud om ergoterapi og fysioterapi. Midt i det hele ligger kultur- og aktivitetstorget, som er selve pulsåren på Bråta, med aktiviteter og arrangementer for alle kommunens innbyggere. I 2. etasje ligger små institusjonsavdelinger med plasser for rehabilitering, opptrening, utredning, igangsetting av behandling og pleie og lindrende behandling

Bak hovedbygget ligger en landsby, bestående av et dagsenter for personer med demens og 54 omsorgsboliger. Bare et steinkast unna ligger Veiavangen ungdomsskole. Bråta har inngått en forpliktende avtale med ungdomsskolen. Elever fra ungdomskolen har ansvar for aktiviteter for eldre og deltar ved andre arrangement på senteret. Ungdommene er med i trimgruppe for eldre, dataopplæring for eldre, samt henting og bringing.

Kilde: https://www.nedre-eiker.kommune.no/tjenester/helse-og-omsorg/tjenester-i-hjemmet/brata-bo–og-aktivitetssenter/

Boks 5.6 forts.

Det åpne sykehjemmet – et møtested i nærmiljøet

Kirkens Bymisjon drifter flere sykehjem eller bo- og kultursenter i Oslo. Deres modell er det åpne sykehjemmet som tar utgangspunkt i et helhetlig syn på personens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov. Det åpne sykehjemmet vil ta vare på balansen mellom hensynet til at sykehjemmet skal være et hjem og samtidig en helseinstitusjon. Ved å åpne opp institusjonen for omverdenen blir livet på sykehjemmet en mer integrert del av nærmiljøet og den enkelte bruker og pårørende får tilgang til flere meningsfulle opplevelser i fellesskap med andre.

Bymisjonen arbeider målrettet for at sykehjemmene skal være møtesteder i nærmiljøet: arbeid med frivillighet, kultur, nærmiljø, nettverk og pårørende er pilarer i satsingen. På hvert av disse områdene utvikler de nyskapende og tverrfaglige prosjekter med vekt på beboernes ressurser og friske sider.

Modellen Det åpne sykehjemmet bygger på personsentrert omsorg og faglig bredde. I tillegg til helse- og omsorgspersonell har alle institusjonene egne kultur- og frivilligledere og alle sykehjemmene kalles bo- og kultursenter. Og som de sier på Ammerudhjemmet bo- og kultursenter: *«Vi vil være et åpent hus som i samspill med nærmiljøet legger til rette muligheter for fellesskap og livsutfoldelse.»*

Kilde: https://kirkensbymisjon.no/

Kulturhus og omsorgssenter

Tysværtunet aktivitets- og omsorgssenter med sykehjemsplasser og omsorgsboliger har samme inngang som Tysværtunet kulturhus med bibliotek, kino, teater- og konsertsaler, kafeteria, idrettshall og badeanlegg.

Denne samlokaliseringen har gjennom to tiår gitt store muligheter til generasjonsmøter, felles aktiviteter og sambruk av lokaler. Kunstutstillinger og konserter er lett tilgjengelig for de som bor i aktivitets- og omsorgssenteret. Her er det mulig for den som bor i omsorgsbolig å gå på kino i tøflene og møte familien i kafeteriaen, mens barna svømmer i badeanlegget eller er på øvingsrommet for kulturskolen.

Kilde: Se http://tysvertunet.kulturhus.no/ og https://www.tysver.kommune.no/

Nærbutikk som servicepunkt og møteplass

Nærbutikken Grimo i Hardanger fikk i fjor Ullensvang kommunes kultur- og miljøpris, fordi butikken har skapt en sosial møteplass i bygda med kafé, konserter, kunstgalleri og trimsenter og etablert aktiviteter ved kaia både for ungdom og eldre. Kundene kan bestille varer via epost, Facebook eller telefon og få varene levert på døra.

I vinter fikk butikken også prisen for beste sosiale møteplass i Nærbutikken-kjeden.

Kjøpmannen på Joker i Vingrom tilbyr vareutkjøring og enkle vaktmester-tjenester som snømåking, skifting av lyspærer, henting av post til kundene, og avlaster på den måten kommunal hjemmehjelp som heller kan prioritere andre oppgaver. Kaffekroken hans er eneste kafétilbudet i bygda.

Matkroken Sørstraumen har avtale med Kvænangen kommune om å fungere som servicekontor, med formidling av hjelp og informasjon.

I mange små lokalsamfunn er dagligvarebutikkene det siste, gjenværende servicepunktet. Da er det om å gjøre at ulike funksjoner kan samles i butikken. Gjennom Merkur-programmet, Kommunal- og moderniseringsdepartementets utviklingsprogram for dagligvarebutikker i distriktene, arbeides det for å utvikle butikken som en sosial arena, med eldre som en viktig målgruppe. Med støtte fra Merkur finner vi nå nærbutikker som driver kafe og sosiale møteplasser med små arrangement, bibliotektjenester og miljøstasjon, og kjøpmenn som driver servicekontor og hjelper folk med å håndtere nettbaserte tjenester, fylle ut skjemaer og kontakte apotek, bank, politi og alle slags kommunale tjenester. 186 distriktsbutikker fikk 32,2 millioner kroner i statlig støtte gjennom Merkur-programmet i 2017.

Kilde: www.merkur-programmet.no

Boks 5.6 forts.

Aktivitetspark

Ved Buen helse- og omsorgssenter midt i Melhus sentrum ligger en ny friluftsport og aktivitetspark. Den har lett tilgang for alle, og er ment for hverdagsbruk. Melhus kommune satser på folkehelse, og med treningsapparatene som er satt opp i parken, blir det lettere å stimulere til mere muskler og mere kropp med sterkere ben og armer, og mindre inaktivitet. Mye av aktiviteten kan være selvorganisert, mens andre må få bistand. Her kan ansatte ta med seg brukere ut på tur i parken og turstien, og møte barn fra skole og barnehage som ligger i nærområdet.

Kilde: http://www.melhus.kommune.no/



Figur 6.1

6 Mat og måltider

Leve hele livet er en reform for større matglede. God mat er grunnleggende for god helse og livskvalitet hele livet. Målet er å skape gode måltidsopplevelser og redusere underernæring. Eldre skal få næringsrik mat som både ser god ut, dufter godt og smaker godt. Maten skal være tilpasset den enkeltes behov og serveres i en hyggelig ramme. Mange eldre mener at gode måltider er en av hverdagens viktigste begivenheter. Eldre bør få større mulighet til å velge hva de vil spise, og når de vil spise og dele et godt måltid med andre.

Slik skal eldre få mulighet til å leve livet – hele livet.

Mat og måltider blant eldre har i de senere årene blitt satt på dagsorden i Norge. Likevel ser det ut til å være et stort gap mellom anbefalt praksis og utøvet praksis i tjenestene (1). Mange eldre er feil- eller underernært. Tilbakemeldinger fra dialogmøtene og kunnskap på området, tyder på at ikke alle eldre får ivaretatt sin grunnleggende behov for mat, ernæring og gode måltidsopplevelser.

Oppsummert er hovedutfordringene:
- Manglende systematisk oppfølging
- Manglende sosialt fellesskap og lite vektlegging av måltidsomgivelsene
- Få måltider og lang nattfaste
- Lite mangfold og valgfrihet
- Lang avstand mellom produksjon og servering

For å møte utfordringene foreslås fem løsninger, der målet er å redusere underernæring og skape gode mat- og måltidsopplevelser for den enkelte:
- Det gode måltidet
- Måltidstider
- Valgfrihet og variasjon
- Systematisk ernæringsarbeid
- Kjøkken og kompetanse lokalt

Boks 6.1 Mat er ikke bare mat …

– *God morgen! Har du fått hjertesak-kort?*
– *Nei, hva er det?*
– *Et kort der du kan dele din hjertesak.*
– *Å, takk! Jeg vil så gjerne bo et hyggelig sted, der jeg ikke trenger å lage mat og ikke må spise alene. Og så hadde det vært ….*

Engasjementet var stort allerede fra dørene åpnet på dialogmøtet om mat og måltider i Stavanger. Deltakerne strømmet på. Sykepleiere, hjelpepleiere, ernæringsfysiologer, ledere, politikere, byråkrater, pårørende, og ikke minst: eldre selv. På vei inn i salen fikk deltakerne henge opp sine hjertesaker på veggene. Helse- og omsorgsminister Bent Høie innledet dagen:

«Da jeg var liten, var det ingen bønn når mor kalte oss inn til middag. Måltidet var hellig.»

Statsråden var på hjemmebane i dobbel forstand, og snakket om kontrasten mellom måltidets status før og nå. I en travel hverdag er det lett å raske med seg en smoothie som man heller i seg på farten, i stedet for å sitte ned og ha et rolig måltid sammen med noen:

«Jeg mener vi bør gjøre måltidet hellig igjen.»

Erlend Eliassen, kjøkkensjef ved Nygård sykehjem i Sandefjord kommune, viste en rørende film om hvilken effekt endringer i matserveringen på sykehjem kan ha. Hans mål er å skape magi i måltidet:

«Individuell tilpasset mat er en vesentlig faktor for god ernæringspraksis, og bidrar til økt livskvalitet og redusert behov for medisin. Vi glemmer menneskene, det er den største feilen. Jeg må stadig overbevise andre om at menneskene er det viktigste.»

Boks 6.1 forts.

Etter Eliassens innlegg, fikk deltakerne høre hvordan det er å være pårørende til noen som trenger hjelp for å få i seg nok og riktig næring. Anne Grethe Sirevåg fortalte historien om hvordan hennes ektemann, som fikk diagnosen Alzheimer, gradvis klarte seg mindre og mindre selv, og til slutt levde på institusjon fram til han døde:

> *«Mat handler om å skape gode øyeblikk – uansett hvor pasienten er. Vi trenger ro rundt måltidet. Pleierne må ha nok tid til å kunne sette seg ned med pasientene. Når man medisinerer, heter det jo at medisinen ikke er gitt før den er tatt. Hvorfor gjelder ikke samme prinsippet når man gir pasienter mat?»*

Etter dette var det gruppearbeid, der deltakerne selv fikk dele sine hjertesaker, drømmer og forslag til gode tiltak for god mat og gode måltidsopplevelser.

Som avslutning på dagen gikk deltakerne innom forslagsveggen og satte hjerter på de forslagene som var viktigst for dem.

Eksempler på hjertesaker:

- *Min drøm er at måltidet blir en god opplevelse, både for gane og hjerte*
- *At maten er god og ernæringsrik og fordelt på hele dagen*
- *Måltidene serveres på små bord med hvite duker og fargerike blomster*
- *Sømløse tjenester også i måltidsituasjonen – at alle ledd vet utfordringen og arbeider sammen*
- *Kunnskap og tid hos ansatte til å gi alle det gode måltidet*
- *Kompetanse om mat og ernæring for de som lager og serverer maten*
- *Ro og tid nok til å skape gode øyeblikk rundt et godt måltid*
- *Mat og måltider må få like høy prioritet og status som annen hjelp som ytes i hjemmet*
- *Eget kjøkken i hvert sykehjem*

Etter dialogmøtet om mat og måltider har det kommet mange skriftlige innspill til Helse- og omsorgsdepartementet fra organisasjoner og enkeltpersoner:

- *Mat og måltider har betydning for ethvert menneske. Det er sosialt og hyggelig å spise et godt måltid sammen med andre og det gir økt livskvalitet (Oslo kommune, Bydel Bjerke)*
- *Om de hadde fått riktig kosthold så hadde alle hatt mer energi og mindre smerter og plager pluss at samfunnet kunne spart enorme summer på mindre medisiner (Eva Aulibråten – pårørende)*
- *Viktigste endring må være å sette pasienten/beboeren/brukeren i sentrum (Måltidets hus)*
- *God matlukt, fristende presentasjon av maten, valgmuligheter og mengden av mat som blir servert har stor betydning. Engangsemballasje og lunken varmmat trigger ikke akkurat matlysten (Fagforbundet)*
- *God munn- og tannhelse er viktig for måltidsglede (Den norske tannlegeforening)*
- *Alle kommuner bør ha mat- og måltidspolitikk som sikrer god matomsorg til eldre (Pensjonistforbundet)*
- *Systematisk oppfølging av ernæring og kosthold krever både tilstrekkelig tid, riktig kompetanse og bruk av aktuelle verktøy (Norsk Sykepleierforbund)*
- *Det er viktig at de som skal håndtere maten vet hva de skal gjøre (Kost- og ernæringsforbundet)*
- *Skape steder i nærområdet der aleneboende og andre kan møtes og spise sammen (Pensjonistforbundet)*
- *Underernæring er en stor utfordring i helsetjenesten. Eldre og kreftpasienter er særlig utsatt. Nok og riktig ernæring er særdeles viktig i forbindelse med kreftbehandling da det har betydning for toleranse og effekt av behandlingen, hvor raskt en kommer seg etter sykdom, men også for overlevelse (Kreftforeningen)*
- *Mat er medisin – mat er omsorg – mat er livskvalitet! (Fagforbundet)*

Tilstand og utfordringer

Gode måltider er en av hverdagens viktigste begivenheter. Mat og måltider er derfor ett av hovedområdene for reformen. Mange eldre er feil- eller underernært og får ikke ivaretatt sin grunnleggende behov for mat, ernæring og gode måltidsopplevelser.

Underernæring

På dialogmøtet om mat og måltider tok flere til orde for at under- og feilernæring er en utfordring. Dette støttes av forskning som viser at underernæring er en særlig utfordring hos eldre mennesker (7). Deltakerne på dialogmøtet hevdet at mange eldre har liten matlyst og manglende matglede. Både dårlig munn- og tannhelse og ensomhet ble løftet fram som årsaker til redusert matlyst og underernæring.

Årsakene til dårlig ernæringsstatus hos eldre kan ha sammenheng med både psykiske og sosiale faktorer og med fysiologiske endringer som kommer med alderen. Eksempelvis vil sultfølelsen være lavere og smakssansene endre seg. Flere eldre har tygge- og svelgeutfordringer som følge av sykdom, munntørrhet, manglende tenner og dårlig tannhelse. Ensomhet, sorg og mental svekkelse kan være av betydning for matinntak, appetitt og måltidsglede (134).

Enkelte grupper eldre spiser for lite mat og får ikke i seg nok næringsstoffer, dette gjelder blant annet kroniske syke. Det er derfor viktig at de har et sunt og balansert kosthold og at det de spiser er næringstett. Fisk og sjømat, er en god kilde for proteiner av høy kvalitet og viktige vitaminer og mineraler. Det samme gjelder for kjøtt, egg og melkeprodukter. Kornprodukter, belgfrukter og nøtter er viktige vegetabilske proteinkilder. Grove korn– og brødvarer har et høyt innhold av stivelse, kostfiber, vitaminer og mineraler. Grønnsaker, frukt og bær er gode kilder til fiber, vitaminer og mineralstoffer (135).

Helsedirektoratet anslår at rundt en tredjedel av eldre pasienter i sykehus og i helse- og omsorgstjenesten i kommunene er underernært eller i risiko for underernæring (136). Dette i seg selv kan gi økt risiko for fall, gjentatte sykehusinnleggelser, trykksår, manglende sårtilheling og død (7). Underernæring hos eldre reduserer også motstanden mot eventuelle infeksjoner og forverrer fysisk og mental funksjon (137). Underernærte eldre har lengre liggetid i sykehus og har større behov for tjenester i kommunen i form av flere hjemmetjenester, tidligere behov for institusjonsplass og flere legebesøk.

For den enkelte eldre vil en bedre ernæringsstatus gi bedre helse og livskvalitet. Tall fra Danmark, Nederland, Storbritannia og USA viser at målrettede tiltak for å bedre ernæringstilstanden blant eldre kan redusere liggetiden i sykehus med minimum 20 prosent og gi betydelige økonomiske gevinster. For helse- og omsorgstjenesten i kommunene vil den økonomiske effekten av en målrettet mat- og ernæringsomsorg sannsynligvis være større, ettersom flere kan få sine tjenester på et lavere tjenestenivå (137).

Manglende systematisk oppfølging

Kartlegging av ernæringsstatus, vurdering av ernæringsmessig risiko og planlegging av tiltak er vesentlig i arbeidet med å forebygge og behandle underernæring.

På dialogmøtet om mat ble mangel på systematisk oppfølging av eldre i ernæringsmessig risiko løftet fram. Mange deltakere etterlyste kompetanse, tiltak og rutiner for systematisk ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten.

Som en del av et landsomfattende tilsyn av tjenester til eldre i 2011 utførte fylkesmennene tilsyn med kartlegging og oppfølging av eldres ernæringstilstand. Tilsynet viste til dels store mangler i helse- og omsorgstjenesten når det gjelder kartlegging og oppfølging av eldres ernæringsstatus. Det ble påpekt at dette medfører en reell fare for at eldre med ernæringsproblemer ikke blir fanget opp av kommunens tjenesteapparat (136).

Selv om noe har bedret seg siden gjennomføring av tilsynet i 2011, er det fortsatt systematiske mangler i ernæringsarbeidet (138). Fra 2016 ble det innført en kvalitetsindikator som viser oppfølging av ernæring. Indikatoren viste at bare halvparten av beboerne på sykehjem i Norge har fått gjennomført ernæringskartlegging. Av disse var det 36 prosent som var i risiko for underernæring (139). Tallene bekrefter at ernæringsmessig risiko er vanlig for denne gruppen (140), og på nivå med tidligere funn både i enkeltstudier i Norge og internasjonalt. Av de som er rapportert å være i risiko for underernæring, har imidlertid syv av ti beboere på sykehjem fått utarbeidet en ernæringsplan (139). Blant eldre som mottar helse- og omsorgstjenester i hjemmet, var det knapt 17 prosent som ble vurdert for ernæringsmessig risiko i løpet av siste 12 måneder. Av disse var vel en av fire i ernæringsmessig risiko for underernæring. Bare halvparten av dem har fått utarbeidet en ernæringsplan (139).

Manglende sosialt fellesskap og lite vektlegging av måltidsomgivelsene

Mat og måltid handler om mer enn tilstrekkelig ernæring. Flere faktorer har betydning for matlysten og hvor mye vi spiser. Deltakerne på dialogmøtet om mat og måltider framholdt betydningen av måltidet som sosialt fellesskap. Det var særlig eldre og pårørende som tok til orde for økt oppmerksomhet på måltidsfellesskap og de sosiale rammene rundt mat og måltider.

Dette støttes av studier som viser at måltidsfellesskap har stor betydning både for appetitt og måltidsglede. Å spise sammen med noen i rolige omgivelser har vist seg å bidra til økt matinntak (1). Atmosfæren ved måltidene spiller også en sentral rolle for appetitt og måltidsglede. Det å skape god stemning rundt bordet og presentere maten på en delikat måte, er viktige faktorer for å øke matlysten (1). For eldre med tygge- og svelgevansker eller motoriske utfordringer vil det i tillegg være viktig med tid og ro rundt måltidet (141).

Mange av innspillene fra dialogmøtet om mat omhandler behovet for å øke kvaliteten på maten og skape bedre matopplevelser blant annet ved å lage hyggelige fysiske og sosiale rammer rundt måltidene (142). Studier viser at ved å styrke egenomsorg og få hjelp til å opprettholde selvstendighet i måltidssituasjoner, reduseres risikoen for underernæring (143; 144).

Lite mangfold og valgfrihet

Individuell matomsorg tilpasset den enkeltes behov og ønsker er viktig både for matinntaket og opplevelsen av måltidsglede (145). Eldre er like forskjellige som andre. Tilbakemeldinger fra deltakerne på dialogmøtet om mat beskriver at ansatte i helse- og omsorgstjenesten ofte har for liten kompetanse og for liten tid til å ivareta den enkeltes ønsker og behov. Mange tok til orde for at dagens mattilbud til eldre har for lite variasjon og mangfold, og at eldre i liten grad får medvirke i valg av meny eller når, hvor og hvem de skal spise med. Flere mente at matomsorgen ofte er basert på en gruppetenkning hvor samme tilbud blir gitt uavhengig av den enkelte brukers ønsker, smak og kulturbakgrunn. Forbrukerrådets rapport Appetitt på livet (2015) viser at det er et stykke igjen før alle kommuner tilbyr mat som gjenspeiler brukernes ønsker og behov (147).

Få måltider og lang nattfaste

Selv om mange sykehjem har innført flere måltider og har forskjøvet middagsmåltidet til senere på dagen, er det mange sykehjem som bare serverer tre hovedmåltider om dagen. Dette er for lite for å dekke dagens behov for energi og næringsstoffer (134).

Deltakerne ved dialogmøtet framhevet betydningen av å tilby måltider jevnt fordelt utover dagen, slik at de eldre rekker å bli sultne mellom måltidene. De var også opptatt av å ha måltider utover ettermiddagen og kvelden for å redusere nattfasten. Dette er i tråd med undersøkelser på området. Måltidsrytme, herunder lengden på nattfasten, antall måltider per dag og tid mellom måltidene, har betydning for den enkeltes ernæringsstatus (141). Studier gjort i Norge indikerer at nattfasten er altfor lang ved mange sykehjem. Hvert fjerde sykehjem serverer verken tidlig morgenmat eller sen kveldsmat (134).

Lang avstand mellom produksjon og servering

Valg av kjøkkenmodell har vært gjenstand for diskusjon i mange år. Mange kommuner har valgt å sentralisere matproduksjonen. Maten lages i stor skala og kjøles ned, lagres og distribueres videre til postkjøkkenet i sykehjemmet eller hjem til brukeren som varmer den opp selv (141). Enkelte studier kan tyde på at valg av kjøkkenmodell kan ha betydning for matomsorgen i sykehjem. Kortere avstand mellom de som lager maten og de som spiser maten blir sett på som verdifullt, og nærhet til brukerne gir større mulighet for individuell tilrettelegging (148).

På dialogmøtet om mat hevdet flere at den lange veien mellom produksjon og servering kan bidra til at kvaliteten på maten blir forringet. Mange mente at sentralkjøkkenet hadde for dårlig og ensformig mattilbud. Et godt måltid handler om å aktivisere sanser som syn, lukt og smak, som igjen påvirker appetitten. Deltakere ved dialogmøtet uttrykte at de gode duftene som siver ut fra kjøkkenet bidrar til at en gleder seg til måltidet, og at dette er et savn der maten blir laget i sentralkjøkken.

Et vellykket måltid på institusjon krever at ikke bare kjøkkenet, men også avdelingen, har kompetanse på og interesse for mat og ernæring, og at det er gode rutiner for hvordan maten skal tilberedes og serveres (149). En kartlegging av mat og måltider i hjemmesykepleien og i sykehjem (148), viser at det er behov for at alle ansatte kan vurdere brukeres ernæringstilstand, gi kost-

veiledning, beregne energibehov og sette i verk tiltak når brukere spiser for lite.

Deltakerne på dialogmøtet løftet fram fragmenterte ansvarslinjer som en av årsakene til at mat og ernæringsmessige tiltak ikke blir prioritert. Med mange ansatte og lite kontinuitet i tjenestetilbudet, kan det ofte være uklart hvem som har ansvaret for ernæringsarbeidet. I rapporten fra Aldring og helse, som oppsummerer kunnskap og forskningsresultater om mat og ernæring til eldre, fremkommer det at klar ledelse, gode rutiner, nok og kompetent personale, tid og økonomi er de viktigste rammefaktorer for å oppnå et forsvarlig og godt mat- og måltidsarbeid (1).

For å møte utfordringene beskrevet over, legger reformen fram fem forslag til løsninger basert på lokale eksempler fra kommuner, helseforetak, frivillige organisasjoner mv. Løsningene skal bidra til å redusere underernæring og skape gode mat- og måltidsopplevelser for den enkelte.

6.1 Det gode måltidet

Kommunene bør tilby eldre brukere av helse- og omsorgstjenester næringsrik mat som både ser god ut, dufter godt og smaker godt, er tilpasset den enkeltes forutsetninger og behov og serveres i en hyggelig ramme. Det bør legges til rette for sosiale måltidsfellesskap for de som ønsker det. Samarbeid om innkjøp, matlaging og servering gir gode muligheter for aktivitet og deltakelse.

Et godt måltid handler om å aktivisere smak, lukt og synssans. At eldre får næringsrik mat som både ser god ut, dufter godt og smaker godt betyr at både sammensetningen og presentasjon av maten må settes på dagsorden i sykehjemmet, i hjemmetjenesten og i sykehus. Å presentere den næringsrike maten på en delikat måte er viktig for appetitten og måltidsgleden.

Behovet for gode måltidsopplevelser var ett av hovedinnspillene på dialogmøtet om mat. Særlig brukere og pårørende var opptatt av måltidsfellesskap og matglede. Det å ha noen å spise sammen med var et unisont ønske, og måltidsglede handler ikke bare om tilbereding og servering, men også om matro og rammen rundt måltidet, kanskje med blomster og lys på bordet i selskap med andre. Måltidsfelleskap i en god atmosfære kan bidra til at eldre spiser bedre (1).

Det finnes flere gode eksempler på kommuner som har satt rammene rundt måltidet på dagsorden blant annet gjennom fagdager, seminarer og e-læring til ansatte i tjenesten. Flere kommuner tilbyr ernæringsfaglige kurs, som legger vekt på kunnskap om måltidsomgivelser og anrettelse av maten og fellesskap.

For at maten skal være tilpasset den enkeltes forutsetninger, må det gjennomføres systematisk kartlegging av den enkeltes ernæringsmessige behov, tradisjoner, smak og favorittretter. For enkelte eldre vil det være behov for spesiell tilrettelegging av mat og måltider. Personer med demens vil ofte ha behov for en enkel, trygg og god måltidsstund uten distraksjoner. Eldre med tygge- og svelgevansker har behov for moset eller konsistenstilpasset mat, som har god ernæringsmessig kvalitet og samtidig er innbydende. Kreftpasienter er særlig utsatt for underernæring fordi behandlingen påvirker matinntak og fordøyelse. Det kreves derfor god kompetanse om hvordan sykdom og funksjonsevne påvirker appetitt, sultfølelse og inntaket av mat (141). Det kreves også tverrfaglig samarbeid der kjøkkenfaglig personell veileder det øvrige personalet for å sikre at matens innhold og utseende ikke forringes ved servering. I tillegg er det også en viktig oppgave for matvareindustrien å lage og levere smakfulle og sunne måltider som er enkle å tilberede, samt råvarer og gode halvfabrikata for dem som lager maten selv. Forskningsrådet gir støtte til næringsrettet forskning på sjømatområdet, eksempelvis forsker Nofima på sammenhengen mellom sjømat og helse for ulike aldersgrupper.

Et godt måltid innebærer også å legge til rette for fellesskap om mat og måltid for de som ønsker det. Å legge til rette for mat- og måltidsfelleskap for hjemmeboende eldre innebærer å skape møteplasser der de kan spise sammen med andre. Det kan skje i samarbeid med pårørende eller frivillige og gjerne på tvers av generasjoner. Møteplassene kan utformes slik at det i tillegg kan tilbys kostholdsveiledning og matkurs til eldre. Dette kan også være møteplasser som har tilbud om annen fysisk, kulturell og sosial aktivitet eller mulighet for samtale og veiledning. Eksempelvis er fellesmåltider ved eldresenter en del av Oslo kommunes prosjekt Løft for bedre ernæring. Tiltaket har både bidratt til økt matglede og sosialt samvær. Flere var så fornøyd med dette mattilbudet at de i ettertid ble faste brukere ved sentrene (1)

Videre kan tjenesten organiseres med egne måltidsarenaer der frivillige eller ansatte deltar aktivt i måltidene. Dette gjelder både for beboere i sykehjem og eldre brukere i hjemmetjenesten. Det kan innebære å etablere samarbeid med frivillige spisevenner som enten kommer på hjemmebesøk eller inviteres inn på sykehjemmet en eller

flere dager i uken og deler et måltid. Resultater av et slikt tiltak kan i tillegg til å forebygge underernæring også bidra til å forebygge ensomhet. Dette viste en evaluering av et spisevennsprosjekt i Odense kommune i Danmark. De eldre gikk opp i vekt og fikk bedre funksjonsevne. I tillegg fikk de flere sosiale relasjoner som økte livskvaliteten (150). Kulturdepartementet har et eget tilskudd til frivillige organisasjoner som har tiltak for at eldre og aleneboende skal få noen å spise sammen med (151).

Tjenesten kan også organiseres slik at ansatte deltar aktivt i måltider, enten ved samspising eller tilstedeværelse og bistand i måltidet både i hjemmetjenesten og i sykehjem. Det sosiale fellesskapet i måltidssituasjonen kan øke trivsel og matlyst og være viktig for at eldre får i seg nok mat (141).

Flere innspill til reformen peker på at en del kommuner har redusert sin bistand til hjemmeboende eldre til kun å gjelde matombringing av middagsmat til egen oppvarming. Bistand til og samarbeid mellom hjemmetjeneste og eldre om innkjøp og matlaging, kan bidra til at eldre opprettholder selvstendighet og mestrer hverdagen (1). For sykehjemsbeboerne bør det legges til rette for at de som ønsker det, så langt det er mulig, kan delta i forberedelse av måltider, lage vafler til kaffekosen eller smøre brødskiven sin selv.

Virkemidler for gjennomføring av bedre mat og måltider for eldre kan ses i sammenheng med konkurransen Gylne måltidsøyeblikk som Landbruks- og matdepartementet arrangerer årlig, og som handler om å sette god matomsorg på dagsorden i kommunene.

Regjeringen har tatt initiativ til å synliggjøre, samle og spisse innsatsen på flere sentrale politikkområder knyttet til mat og måltider under overskriften Matnasjonen Norge. Det inviteres også til et forpliktende samarbeid med næringslivet om dette. Mat griper inn i hverdagen til oss alle og betyr mye for verdiskaping, identitet, helse og ernæring. Arbeidet med Matnasjonen Norge har på denne måten naturlig sammenheng med hele Leve hele livet-reformen. Lokale råvarer og produkter vil kunne gi økt matlyst, og kjente smaker og bruk av tradisjonsretter har vist seg å gi gode måltidsopplevelser. I et bærekraftperspektiv er også bruk av sesongråvarer produsert i nærområdet et gode.

Boks 6.2 Det gode måltidet – eksempler

Gylne måltidsøyeblikk

Det er flere gode eksempler på kommuner som serverer næringsrike, smakfulle og innbydende retter til eldre. I konkurransen om den beste sykehjemsmaten i Norge i 2015 var det tre sykehjem som utmerket seg:

- Døli pleie- og omsorgssenter i Nittedal kommune har en variert meny med blanding av ulike tradisjonelle retter, som tilpasses beboernes vaner. Maten serveres i trivelige og hyggelige omgivelser med kort avstand mellom spisestue og kjøkken. Det gir god duft av mat som skjerper appetitten. Sykehjemmet har egen kafe, og kjøkkenet kjører ut mat til eldre som ønsker det (152).
- Blidensol sykehjem i Stavanger kommune er spesielt tilpasset personer med demens. Maten anrettes innbydende og tilpasses beboergruppen. Ro og god stemning rundt måltidet er et mål (152). Forskningsprosjektet Porselen for alle, ble gjennomført ved Blidensol sykehjem. En følgeundersøkelse viste at mat servert på tallerken med andre fargenyanser enn hvitt bidrar til at personer med demens spiser mer (153).
- Nygård bo- og behandlingssenter i Sandefjord kommune har laget spiseareal tilpasset beboernes behov. Maten er ernæringsmessig tilpasset. Nygård presenterer maten på en ytterst delikat måte. Bruk av ny matteknologi og tilrettelagt samarbeid mellom kjøkken og pleie står i fokus (152). Gjennom den nye matteknologien har de lykkes med at moset mat framstår innbydende (154).

Kilder: https://www.regjeringen.no

Boks 6.2 forts.

Konsistenstilpasset mat

Sandnes matservice i Sandnes kommune har deltatt i et forskningsprosjekt for å utvikle metoder og verktøy for å konsistenstilpasse menyer til beboere i institusjon og hjemmeboende. Hovedinnovasjonen i forskningsprosjektet var å utvikle og dokumentere et måltidskonsept med tilpasset konsistens til brukere med spise-, tygge og svelgevansker. Ved Helse Stavanger (SESAM) er det foretatt en evaluering av bruken av konsistenstilpasset mat. Dysfagi (svelgevansker) og demens er to tilstander som kombinert kan føre til komplikasjoner og krever god ernæringsmessig omsorg. Hensikten med studien var å undersøke erfaringer med bruk av konsistenstilpasset mat til personer med svelgevansker og demens. Deltakerne i studien opplevde at måltidsituasjonene ble tryggere, fordi faren for å sette maten fast i halsen ble betydelig redusert. Helsepersonell observerte at flere pasienter var selvhjulpen under måltidet, og det ble pekt på at konsistenstilpasset mat kan bidra til økt næringsinntak hos pasienter med spisevansker og demens (155).

Kilde: https://nofima.no/forskningsanlegg/maltidets-hus/

Hygge og samvær under måltidet

I Åfjord kommune har helsesenteret laget spiseplass som skal fremme en varm, trygg og god atmosfære. Maten er smakfull og vakkert anrettet, og spiseplassen er hjemmekoselig. Bordet er hyggelig dekket, med lys, duk, blomster og en kjøkkenkrok (156). Det er laget en kantine i trivelige lokaler med fargerikt interiør. Kjøkkenet og kantinen ligger i hjertet av bygget. Åfjord helsesenter har satt brukerinvolvering på dagsorden. Beboerne blir involvert i ulike mataktiviteter så langt det er mulig. Henting av mattralle, pådekking og opprydding etter måltidene er noen av hverdagssyslene (147).

Kilde: www.afjord.kommune.no

Granitten kafé & spiseri

Grorud bydel i Oslo kommune har åpnet en bydelskafe: Granitten kafé & spiseri, som skal være et samlingssted for alle bydelens innbyggere. Bydelskaféen er samlokalisert med frisklivssentralen, demensteam, seniorveileder og ulike andre aktiviteter. Formålet er å kombinere måltider og andre aktiviteter i et hyggelig miljø. Et helhetlig tilbud ved Grorudhuset legger til rette for aktiviteter, slik at det er naturlig å besøke kaféen etterpå.

Kilde: www.oslo.kommune.no

Lokal møteplass for måltidsfellesskap

Det samme tilbudet finnes ved Tyholmen frivilligsentral i Arendal. Frivilligsentralen er en lokal møteplass som er åpen hver dag. Det serveres mat flere ganger i uken. Formålet er å legge til rette for gode møter mellom mennesker og skape gode mat- og måltidsfellesskap.

Kilde: www.arendal.kommune.no

Fellesmåltid

Fellesmåltid ved eldresenter er en del av Oslo kommunes prosjekt Løft for bedre ernæring. Målgruppa er eldre tilknyttet hjemmetjenesten eller seniorveiledertjenesten. Hensikten er at brukere som ønsker å spise måltider utenfor hjemmet skal få mulighet til å oppleve et godt og inkluderende måltidsfellesskap (1).

Kilde: www.oslo.kommune.no

Boks 6.2 forts.

Spisevenn og måltidsvenn

Prosjektet Måltidsvenn er et samarbeidsprosjekt mellom hjemmetjenesten i Horten kommune, Nykirke Bygdekvinnelag, Fylkesmannen i Vestfold og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold. Prosjektets hovedmål er at måltidsvennene skal bidra til økt livskvalitet og ha en forebyggende effekt på underernæring hos hjemmeboende eldre. Eldre får tilbud om ett måltid ukentlig. Bygdekvinnene lager mat, basert på lokale råvarer, og spiser sammen med beboerne (158).

Kilde: https://www.gjengangeren.no

I Bergen kommune har de startet et prøveprosjekt med spisevenner. Formålet er å legge til rette for at ensomme eldre får noen å spise sammen med. Når den hjemmeboende får levert ukens middager, vil den som har spisevenn få levert to like middager, som kan spises når han eller hun får besøk av sin spisevenn. Spisevennen legger sammen med spiseverten til rette for et hyggelig måltid sammen. De avtaler selv én middagsavtale i uken. Tiltaket er satt i gang for å forebygge ensomhet og forebygge underernæring (159).

Kilde: https://www.bergen.kommune.no

Samspising med hjemmeboende eldre

I Hamar, Oslo og Rælingen kommuner spiser hjemmesykepleien sammen med brukere som er i risiko for underernæring. I Oslo kommune er dette en del av et større prosjekt Løft for bedre ernæring. Medspisning skal fremme matinntaket hos eldre hjemmeboende, enten som medspisning én til én eller i gruppe. I Rælingen kommune er dette tiltaket forankret i kommunens Demensplan 2016–2020. Personer med demens er en utsatt gruppe for underernæring. Kommunen besluttet derfor at hjemmetjenesten samspiser med brukeren i sitt eget hjem (160; 161; 162).

6.2 Måltidstidstider

Helse- og omsorgstjenesten bør ha som ambisjon at eldre med behov for mat- og ernæringsbistand skal få tilbud som tilpasses deres egen måltidsrytme. Måltidene bør fordeles jevnt utover dagen og kvelden, og det bør ikke gå mer enn elleve timer mellom kvelds- og frokostmåltidet.

Med alderen synker energibehovet, og eldre vil på grunn av fysiologiske endringer bli raskere mette (163). Det krever en god måltidsrytme som dekker den enkeltes behov for ernæring og næringsstoffer i løpet av døgnet. Hvis måltidene kommer for tett på hverandre, rekker en ikke å bli sulten mellom måltidene, og spiser av den grunn mindre.

Det er høstet gode erfaringer med å endre tidspunkt for middagsservering, slik at både middagen og kveldsmaten serveres senere på dagen. Tilbud om minimum fire måltider spredt utover dagen og kvelden vil gi en forbedret ernæringsstatus for eldre. For de fleste vil det passe med tre til fire hovedmåltider og ett til to mellommåltider i løpet av dagen.

Nattfasten (tid mellom siste kveldsmåltid og måltid neste morgen) bør ikke være mer enn 11 timer. For å lykkes med dette må frokosten serveres før kl. 09.00 og siste måltid etter kl. 21.00 om kvelden. Det siste kveldsmåltidet kan være et mindre måltid. Dersom middagen serveres ved lunsjtider, må det legges opp til to hovedmåltider etter middagen (164)

En generell tilbakemelding fra de kommuner som har endret måltidsrytmen i helse- og omsorgstjenesten, er at de eldre har fått nødvendig vektøkning og bedre ernæringstilstand. I tillegg har endringene bidratt til mer tid til måltidene, mer ro om kvelden, bedre søvn og mer tid til aktiviteter på formiddagen.

Boks 6.3 Måltidstidstider – eksempler

Endrede måltidstider og fjerde måltid

Bjørkelia bokollektiv i Gjøvik kommune, Døli pleie- og omsorgssenter i Nittedal kommune, Nannestad sykehjem i Nannestad kommune, Kåfjord sykehjem i Alta kommune, Birtavarre sykehjem i Kåfjord kommune og Hovli sykehjem i Søndre Land er eksempler på kommuner som har endret tidspunkt for servering av middag og innført lunsj og senere kveldsmat. Bjørkelia bokollektiv beskriver at de enkelt og uten å tilføre ekstra ressurser har gjennomført endringer i måltidstidspunkt. Dette har medført at flere eldre spiser bedre og det er frigjort tid og kapasitet til aktivitet på formiddagen. En avdeling på Døli pleie- og omsorgssenter i Nittedal kan dokumentere mye lavere medisinbruk etter å ha flyttet middagen. Særlig var det reduksjon i sovemedisiner og smertestillende på kvelden. Avdelingens ansatte opplever avdelingen som et roligere sted å arbeide.

Stange kommune har innført et fjerde måltid. En evaluering av tiltaket viser positive resultater. Det ble generelt mer ro rundt måltidene og pasienter som trengte hjelp til å spise fikk dette. Måltidsforskyvningen har ført til at flere eldre rekker å bli sultne mellom måltidene og derav spiser mer. Flere viser til at det er mer ro i sykehjemsavdelingen, de eldre sover bedre om natten og mange har fått nødvendig vektøkning. Ved forskyvning av måltider er det i tillegg blitt bedre tid til aktiviteter på formiddagen, som igjen har bidratt til økt appetitt og trivsel (165).

Kilde: http://www.utviklingssenter.no/innfoering-av-et-fjerde-maaltid-i-sykehjem.5736580-179648.html

Redusert nattfaste i sykehjem

Time kommune har utviklet en kompetanseplattform for mat og måltid for eldre. Kommunen har arbeidet systematisk med holdninger og kunnskap hos ansatte. På bakgrunn av økt kompetanse og mer oppmerksomhet på brukerbehov, har de forskjøvet måltidstidspunktene på sykehjemmet. Erfaringene fra Time kommune viser at redusert nattfaste resulterte i mindre nattvandring og bedre ernæringstilstand (166).

Kilde: https://www.time.kommune.no/Handlers/fh.ashx?MId1=14714&FilId=7016

6.3 Valgfrihet og variasjon

Den enkelte må i størst mulig grad få mulighet til å ivareta egne mattradisjoner og spisevaner når det gjelder meny, tidspunkt for måltidene og hvem de vil spise sammen med. Det betyr at helse- og omsorgstjenesten bør fange opp individuelle ønsker og behov.

Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold legger vekt på at god mat og gode måltider har stor betydning for eldre menneskers livskvalitet og helse (164). Et framtidsrettet mat og måltidstilbud i helse- og omsorgstjenesten må legge større vekt på valgfrihet og mangfold i tilbudet. Tilbudet må utvikles i et tett samarbeid mellom eldre, pårørende og tjenesten. En kartlegging av den enkeltes ønsker og behov må danne grunnlaget for utforming av mattilbudet, og sikre større mangfold og variasjon i mat og måltidstilbudet.

Den individuelle tilnærmingen handler om tiltak som øker valgfrihet og brukerinnflytelse både for institusjonsbeboere og hjemmeboende eldre med hensyn til meny og valg av leverandør. Målet er å skape mat- og måltidsopplevelser som bidrar til at den enkelte får ivaretatt sine fysiologiske, psykososiale og kulturelle behov, og samtidig gitt mulighet til å ivareta egne mattradisjoner og spisevaner. Dette er i tråd med innspillene fra dialogmøtet om mat, der mange uttrykte behovet for et bedre tilrettelagt mattilbud med økt valgfrihet.

I den grad det er mulig, bør det gis rom for at flere leverandører kan komme med mattilbud til hjemmeboende eldre. Et variert mat- og måltidstilbud til eldre, gir rom for verdiskapning for ulike bedrifter. Eksempler på dette er blant annet Rørosbedriften Mathagen og Vital Ernæring.

Ansvaret for oppfølging av brukerens ernæringsmessige behov vil likevel være helse- og omsorgstjenestens ansvar. En valgfri og god matomsorg forutsetter at brukerne blir fulgt opp og får tilstrekkelig veiledning og oppfølging.

Boks 6.4 Valgfrihet og variasjon – eksempler

Samarbeid om menyen

Gloppen omsorgssenter i Sandane kommune var årets vinner av Gylne måltidsøyeblikk i 2017. *«Gloppen er et strålende eksempel på god matomsorg for eldre som bur heime»*, sa landbruks- og matminister Jon Georg Dale etter kåringen av vinneren.

Kjøkkenet lager rundt 220 porsjoner hver dag, hvorav 90 porsjoner leveres hjem. Menyen lages i samarbeid med brukerne og skiftes ofte. Det er mulig å velge alternativer til hovedretten hver dag, og de har stort fokus på sesongvarer og mattradisjoner. Det er hjemmesykepleien som koordinerer matbestillingen, mens et korps av frivillige leverer ut maten. Kommunen har satset på omsorg i hjemmet, og har lagt vekt på mat og måltider i eldreomsorgen. Arbeidet er godt forankret i toppledelsen i kommunen (167).

Kilde: https://www.forbrukerradet.no

Meny – involvering i praksis

Sundheim bo- og treningssenter i Nord-Fron kommune vant Gylne måltidsøyeblikk i 2016. Juryens begrunnelse var at senteret legger vekt på måltidshygge og har en bevisst bruk av lokale tradisjonsretter og en aktiv brukermedvirkning. Maten er velsmakende og vakkert tilrettelagt. Brukerne involveres i menyplanlegging og får komme med ønsker. Kjøkkensjefen går hver dag rundt og ber om innspill fra beboerne til hva han bør servere, noe som bidrar til involvering i menyplanlegging (168). De pårørende er alltid velkommen til et måltid. Kjøkkenet er hjertet av institusjonen, både for de som bor der fast og for besøkende (169).

Kilde: https://www.forbrukerradet.no

Samisk mat for eldre

Tysfjord demensforening i Tysfjord kommune har laget et mathefte med oppskrifter på tradisjonell samisk mat. Boken er laget ved å samle inn oppskrifter gjennom kurs og samlinger, for deretter å lage mat og prøvesmake de ulike matrettene. Formålet er å lage mat som er gjenkjennbar, og som vekker gode minner for eldre med samisk bakgrunn som har utviklet med demens.

Kilde: https://arran.custompublish.com/same-biebbmo-vuorrasijda-samisk-mat-for-eldre.5796620-60822.html

APPETITT hjelper eldre å planlegge måltider

APPETITT (APPlikasjon om Ernæring – TilTak for helse og Trivsel) er et offentlig regionalt innovasjonsprosjekt finansiert av regional forskningsfond. Prosjektet er ledet av Universitetet i Oslo ved Institutt for helse og samfunn. I prosjektet er det utviklet en applikasjon: Appetitus for nettbrett for å fremme matlyst hos eldre og forebygge underernæring. Målet er å forebygge ernæringsproblemer ved å bidra til oppmuntring, orientering og organisering, samt forenkle planlegging av måltider for eldre. I tillegg til eldre selv, kan applikasjonen være et hjelpemiddel for pårørende og helsepersonell. Den skal være attraktiv, brukervennlig og lett å bruke for personer med liten digital erfaring, og passe til de fleste uansett fysisk eller kognitiv funksjonsevne (170).

Kilde: https://www.nr.no/nb/node/913

Elektronisk meny

Flere kommuner har innført elektroniske løsninger for bestilling av mat for hjemmeboende. Namsos og Trondheim kommuner er eksempler på dette. Namsos kommune har innført elektronisk meny for hjemmeboende og beboere på institusjon. Formålet er økt valgfrihet og større fleksibilitet i tilbudet. Ved å gå inn på nettsiden eller laste ned en gratis app kan eldre finne menyen og de ulike rettenes næringsinnhold. Brukere kan selv administrere leveringstidspunkt og velge meny. Trondheim kommune har innført en nettløsning for bestilling av mat. Her kan brukere selv velge porsjonsstørrelser og kombinere forskjellige retter. Dette kan bidra til at brukerne får mer styring over hva de spiser og lettere kan bestille det de ønsker å spise (171).

Kilde: www.trondheim.kommune.no
www.namsos.kommune.no

6.4 Systematisk ernæringsarbeid

Systematisk ernæringsarbeid handler om å følge opp den enkeltes ernæringsbehov for å unngå under- og feilernæring.

Dette betyr at alle pasienter og brukere i sykehus, sykehjem og brukere med vedtak om hjemmesykepleie må kartlegges for ernæringsstatus, videre skal ernæringsmessig risiko vurderes og om nødvendig må det utarbeides en individuell ernæringsplan.

God ernæringspraksis krever kartlegging, vurdering og dokumentasjon av ernæringsstatus, vurdering av matinntak, igangsetting av målrettede ernæringstiltak, samt oppfølging og evaluering. Å kartlegge og vurdere ernæringsstatus for pasienter og brukere innebærer at helse- og omsorgstjenesten har klar ledelse, tydelig ansvarsfordeling mellom tjenesteutøverne, gode rutiner og tilstrekkelig kompetanse.

Ledelsen har et særlig ansvar for å være pådriver for god ernæringspraksis i tjenestene. Ledelsen skal sikre at alle ansatte som arbeider med mat- og ernæringsomsorg har nok kompetanse til å utføre oppgaven. De skal videre sørge for at det lages gode prosedyrer for mat- og ernæringsarbeid, og at disse blir fulgt opp av ansatte. Ledelsesforankring og en definert ansvarsfordeling er en forutsetning for å sikre kvalitet og kontinuitet i mat- og ernæringsomsorgen (137). Flere kommuner har gode erfaringer med å inkludere kjøkkensjefer i helse- og omsorgstjenestens ledergruppe. Dette gir ledergruppen økt forståelse for mat og matkvalitetens betydning for det gode måltid. Eksempelvis er dette gjort med gode resultater i Sandane og Nittedal kommuner.

En god mat- og ernæringsomsorg vil kreve samarbeid mellom flere nivåer og flere sektorer. Ansatte i kjøkken og i resten av helse- og omsorgstjenestene må arbeide sammen både i planlegging, utføring, evaluering og forbedring. Det kan ofte være naturlig at fastlege og klinisk ernæringsfysiolog deltar i samarbeidet. Tannlege og tannpleier er også viktige samarbeidsparter (172). God tannhelse og god ernæringsstatus henger sammen, og mange eldre spiser bedre når de får ordnet tennene sine.

Ernæring må være en del av individuell plan, og følge dokumentasjonen som overføres mellom nivåene i helse- og omsorgstjenestene. Riktig og tilstrekkelig ernæring kan forebygge at sykdom utvikler seg videre etter et sykehusopphold. Pasienter, pårørende og de som skal følge dem opp i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, må få informasjon om ernæringstilstanden og råd om oppfølging når pasienten skrives ut. Eldre er ofte utsatt for ernæringssvikt. Helseforetakene har ansvar for at eldre med tegn på ernæringssvikt får god ernæring under sykehusopphold, og at det gis råd om ernæringsoppfølgingen etter utskrivning fra sykehuset.

Organisering av mat- og ernæringsarbeid har ofte stor betydning for den individuelle mat- og ernæringsomsorgen (1). Kommuner og helseforetak bør derfor forankre mat- og ernæringsarbeidet i styringsdokumenter og planverk som dekker både helsefremmende og forebyggende arbeid og behandling i tjenestene (137). Arbeidet med mat- og ernæringsomsorg må prioriteres på lik linje med andre oppgaver. Planen må utarbeides slik at den ivaretar en individrettet, helhetlig, koordinert og trygg mat- og ernæringsomsorg gjennom bedre implementering av nasjonale faglige retningslinjer og Kosthåndboken – Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten.

Ernæring inngår både i pasientsikkerhetsprogrammet og i trygghetsstandard-piloten for sykehjem. Dette bidrar til å støtte opp under kommunenes og helseforetakenes systematiske ernæringsarbeid. Gjennom ordningen Kompetansehevende tiltak innen ernæring, er det utarbeidet en rekke opplæringspakker, e-læringskurs, veiledere og annet materiell. Materialet er samlet og presentert av Helsedirektoratet i Idebank om mat til eldre og personer med psykisk utviklingshemming.

Sykehusene har arbeidet systematisk med mat- og ernæringstilbudet de siste årene. I 2013 ble det gitt oppdrag til sykehusene om å utarbeide en strategi for ernæring i tråd med anbefalinger fra Helsedirektoratet og å bedre ernæringsstatus hos pasienter i ernæringsmessig risiko. Dette er rapportert til Helse- og omsorgsdepartementet i de regionale helseforetakenes årlige meldinger. Helsedirektoratet skal gjøre en samlet vurdering av ernæringsområdet i spesialisthelsetjenesten.

Nasjonal kompetansetjeneste for sykdomsrelatert underernæring er en viktig ressurs for tjenestene gjennom å spre kompetanse om risiko, forebygging, utredning og behandling av sykdomsrelatert underernæring.

Boks 6.5 Systematisk ernæringsarbeid – eksempler

Matfaglige ressurspersoner i eldreplan

Trondheim kommune har, i forbindelse med arbeidet med kommunens eldreplan, knyttet til seg ressurspersoner i klinisk ernæringsfysiologi. Målet er å bedre kvaliteten på ernæringsarbeidet for eldre. Ressurspersonene skal blant annet bidra til opplæring og tilrettelegging for mat- og måltidsfellesskap, i samarbeid med sentralkjøkkenet. Arbeidet skal bidra til økt matglede gjennom innovasjon og fagutvikling. Ressurspersonene skal også bidra i utarbeidelse av ernæringspolitiske retningslinjer og kvalitetsindikatorer i kommunen (171).

Kilde: www.trondheim.kommune.no

Opplæring i mat- og ernæringsarbeid

Trå lekkert i Oslo kommune er et kompetansehevingsprogram for ansatte i helse- og omsorgstjenesten. Målet er å øke kompetansen på å forebygge og behandle underernæring. Målgruppen er ulike yrkesgrupper i helse- og omsorgstjenesten. Brukernes behov og ønsker for mat og måltider står i fokus. Måltidene skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel. For å øke ansattes kompetanse og fremme forståelse for mat og måltiders betydning, inneholder programmet både teoretisk og praktisk kunnskap. Opplæringen vektlegger refleksjon og holdningsarbeid. Ansattes bevissthet om egne holdninger og verdier er viktig i møtet med den enkelte. Uttrykket Trå lekkert er et bilde på hvordan ansatte skal gå fram i det praktiske ernæringsarbeidet i møte med bruker, pårørende og kolleger (173).

Kilde: http://www.fag.oslo.kommune.no

Høgskolen i Sørøst-Norge og Hol kommune har laget et e-læringsprogram i ernæring, Velkommen til bords, for helse- og kjøkkenfaglig personell. Innholdet i e-læringsprogrammet bygger på anbefalingene i Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, Kosthåndboken, aktuell faglitteratur og erfaringsbasert kunnskap.

Høgskolen i Sørøst Norge og Hol kommune har ledet utviklingen og redigeringen av det faglige innholdet i programmet med bidrag fra kokker, sykepleiere og avdelingsledere i Ål kommune og Drammen kommune, samt Oslo universitetssykehus. Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Buskerud har prøvd ut og evaluert programmet i tre kommuner (174).

Kilde: http://www.utviklingssenter.no

Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjeneste i Nordland har gjennom faggrupper, fagnettverk og utviklingsprosjekter laget et faghefte: Maten e' god, det e'kje da – En praktisk veileder i ernæring. Målet er å styrke helsepersonellets kompetanse på ernæring. Fagheftet tar for seg kartlegging og identifisering av underernærte pasienter, samt oppfølging av disse. Tromsø kommune har prøvd ut kompetanseheving via NanoLearning, der små opplæringsleksjoner blir sendt til ansatte via e-post.

Kilde: http://www.utviklingssenter.no/maten-e-god-den-det-ekje-da-en-opplaeringsfilm-om-ernaering.5081952-185365.html

Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjeneste i Møre og Romsdal har laget en opplæringspakke i form av en koffert. Kofferten inneholder opplæringshefte og filmer til fem gruppesamlinger. Som en del av opplæringsprogrammet har de laget en tiltakspakke, med tre viktige grep for å bedre ernæringsarbeidet i sykehjem (175)

Kilde: http://www.utviklingssenter.no

Boks 6.5 forts.

Målrettet ernæringstiltak

Ved å sette inn målrettede tiltak fikk hjemmesykepleien i Tromsø kommune positive resultater i bedring av ernæringsstatus hos pasientene. Prosjektet har vist at når ansatte gjennomfører systematisk ernæringskartlegging, gir det gode resultater. Ansatte ble mer bevisst på betydningen av god ernæring hos brukeren. De fikk økt forståelse av hvor viktig god ernæringsstatus er for brukernes helse og livskvalitet. Det ble også økt fokus på forebygging av underernæring (176).

Kilde: https://www.tromso.kommune.no

Mat og måltider i sykehusets ernæringsstrategi

Helse Stavanger HF sin ernæringsstrategi for 2015–2020 skal sikre kvalitet i ernæringsarbeidet. Strategien omfatter alle pasienter i foretaket og har en helhetlig tilnærming. I strategien heter det:

> *«Ernæringsarbeid på sykehus favner bredt – fra innkjøp, menyplanlegging, produksjon, distribusjon og servering (mattilbud og service), til vurdering av ernæringsstatus, tilrettelegging og tiltak (matomsorg og pleie) og videre til individuell ernæringsbehandling ut i fra den enkelte pasients særskilte behov (medisinsk ernæringsbehandling). God ernæringspraksis på sykehus fordrer ledelsesforankring med kvalitetssikring av ernæringsarbeidet og kompetanse i alle ledd, tydelig ansvars og oppgavefordeling, god samhandling og et tjenestetilbud som dekker pasientenes behov. Samtidig er pasientmedvirkning og god informasjonsflyt internt og mellom omsorgsleddene viktige elementer som fremmer god ernæringspraksis»* (177).

Kilde: https://oslo-universitetssykehus.no

Ved Haukeland universitetssykehus er det opprettet en avdeling for klinisk ernæring som del av den overordnede ernæringsstrategien til Helse Bergen HF. Avdelingen har særlig fokus på forebygging og behandling av sykdomsrelatert underernæring. Kliniske ernæringsfysiologer gir kostrettledning og ernæringsbehandling ved flere sykdommer som del av, eller som eneste behandling. Avdeling for klinisk ernæring tar imot henvisninger fra kliniske avdelinger og poliklinikker ved sykehuset. I tillegg driver de undervisning av helsepersonell, studenter og pasientgrupper. Avdelingen har opprettet informasjonstelefon, utarbeidet informasjonsmateriell. De avholder kurs ved Læringsog mestringssenteret i Bergen kommune for ulike grupper, der ernæring inngår som tema.

Kilde: https://helse-bergen.no/

Mat- og måltidspolitikk for eldre

I de siste årene har det vært stor offentlig debatt i Danmark om maten de eldre får og det er blitt anslått at underernæring koster det danske samfunnet over en halv milliard kroner i form av lengre og hyppigere sykehusopphold. København kommune har tatt tak i problematikken og vedtatt Mad- og måltidspolitik for ældre. I planen står det at de eldre skal serveres velsmakende og næringsrik mat, og at måltidene skal skape felleskap og gode opplevelser. Det er inngått et samarbeid med kompetansesenteret Københavns Madhus. I prosjektet Kjøkkenløftet har Madhuset, ved hjelp av kurs og konsulentbistand, bidratt til å legge om driften ved sykehjemskjøkken i København kommune. Satsingen har gitt resultater og økt oppmerksomhet på matomsorgen. København kommune er langt framme når det gjelder mat på offentlige institusjoner, og kan være en inspirasjon for både politikere og ansatte i norske kommuner.

Kilde: www.helsebiblioteket.no/omsorgsbiblioteket (143).

6.5 Kjøkken og kompetanse lokalt

Å sikre en god mat- og ernæringsomsorg til eldre brukere innebærer:

- *At alle kommuner bør ha kjøkken- og matfaglig kompetanse i helse- og omsorgstjenesten uavhengig av hvor maten produseres*
- *At det utredes hvordan man bedre kan legge til rette for utformingen av et eget tilskudd til renovering, etablering og gjenetablering av lokalkjøkken*

Tradisjonelt har norske sykehjem tilberedt og servert mat etter kok-serverprinsippet. Det vil si at maten lages og holdes varm fram til servering. I de senere årene har mange kommuner valgt å sentralisere matproduksjonen til større sentralkjøkken hvor maten lages i stor skala og kjøles ned, lagres og distribueres videre til postkjøkken som varmer opp og serverer maten (141). Studier viser at matomsorgen for sykehjemsbeboere kan påvirkes ved valg av kjøkkenmodell. Institusjonskjøkken med mat- og ernæringsfaglig kompetanse ser ut til å gi bedre mulighet for tilrettelegging og fleksibilitet i mattilbudet for den enkelte, sammenlignet med sykehjem som ikke har institusjonskjøkken (1). Dette er i tråd med hva deltakerne ved dialogmøtet var opptatt av. De uttrykte en bekymring for avstanden mellom kjøkken og bruker, og at det tverrfaglige samarbeidet mellom kjøkken og helse- og omsorgstjenesten er utfordrende når kjøkkenet ikke er lokalisert der tjenestene gis. Det ble i tillegg hevdet at lang vei mellom produksjon og servering av maten kan ha en betydning for matkvaliteten.

Fordelen med kjøkken på sykehjemmet er at det er en nærhet til sykehjemsbeboeren, der de har mulighet til å endre på meny og tilpasse mat- og måltider til den enkeltes behov til enhver tid (178). Dette avhenger imidlertid av at det er mat- og kjøkkenfaglig kompetanse i kjøkkenet. Yrkesgrupper som institusjonskokker og kostøkonomer er viktig for å sikre helhetlig og god matomsorg i institusjonen (145).

Regjeringen vil utrede et eget tilskudd til renovering, etablering eller gjenetablering av lokalkjøkken på sykehjem f.o.m. 2020, etter modell av tilsvarende ordning i Danmark. Her er målet å bringe maten og måltidsituasjonen tettere på de eldre innbyggerne, og gjøre matlagingen til en større del av hverdagslivet i dagens sykehjem. Utformingen av tilskuddet skal utredes i 2019.

Godt og kunnskapsbasert ernæringsarbeid, både helsefremmende, forebyggende og behandlende, er avhengig av tilstrekkelig kompetanse. I hovedsak produserer og leverer sentralkjøkkenet kun middager. Dette utgjør bare ett av måltidene i døgnet. Det betyr at pleiepersonalet står for resten av dagens måltider. Ved endring av kjøkkenstrukturen har oppgaver som tidligere lå til lokalkjøkken blitt overført til postkjøkken i sykehjemsavdelingen. Av den grunn stilles det større krav til at avdelingskjøkken/postkjøkken er betjent av personer med matfaglig kompetanse.

I dag er det ingen formelle kompetansekrav for de som håndterer mat. Maten kan holde høy kvalitet når den forlater produksjonskjøkkenet, men om den ikke behandles riktig på veien til brukeren, kan næringsinnholdet forringes, og i verste fall kan brukeren bli syk (138). En rekke yrkesgrupper utgjør nøkkelpersonell som er avgjørende for å lykkes med et godt mat- og ernæringsarbeid. Kokken har ansvaret for å sette opp meny, planlegge innkjøp, velge ut råvarer og lage maten samt anrette og presentere maten på en delikat måte. Kjøkkenfaglig leder er ansvarlig for produksjon og distribusjon av maten, og at matforsyningen fungerer i praksis. Maten skal ha høy kvalitet når den forlater kjøkkenet, den skal behandles riktig på veien til pasienten, samsvare med brukernes behov og serveres på en delikat og appetittvekkende måte. Ledere på offentlige kjøkken bør ha formell kompetanse på mat og ernæring. Det må være gode rutiner for samarbeid mellom kjøkken og sykehjemsavdeling, for å sikre god ernæring og gode måltidsopplevelser for hver enkelt spisegjest (179). Videre vil helse- og omsorgspersonell i institusjon og hjemmebasert tjeneste ha ansvaret for å servere og anrette maten. For å ivareta den eldres ønsker og behov må det være et tett samarbeid mellom helse- og omsorgspersonell og kjøkken (179).

For å sikre god mat- og ernæringsomsorg, er det viktig at alle som arbeider innenfor mat og ernæringsarbeidet har nødvendig kompetanse og interesse for ernæring og at det lages gode tverrfaglige rutiner for hvordan maten skal tilberedes og serveres. Det må med andre ord være god kommunikasjon mellom alle utøverne og matfaglig kompetanse i alle ledd.

Boks 6.6 Kjøkken og kompetanse – eksempler

Samarbeid storkjøkken og helse- og omsorgstjenesten

Bærum storkjøkken i Bærum kommune arbeider aktivt for å møte behovene til sykehjemsbeboerne i kommunen. Det er etablert et team som består av diettkokk og ernæringsfysiolog. Ved behov reiser teamet ut og møter beboer og pårørende på institusjonene. I samarbeid med avdelingssykepleiere på avdelingene går teamet gjennom diettlister, og forsøker så langt det lar seg gjøre å skreddersy en meny ut fra beboernes ønsker. For å sikre at maten har god kvalitet, smakstestes all mat av minimum to kokker. Kjøkkenet har laget et e-læringskurs for ansatte som står for sluttilberedningen av maten. Det er også utarbeidet en middagsveileder med bilder og forklaringer til hver enkelt middag (180).

I Grimstad kommune har alle institusjonene lokalkjøkken som de bruker til å varme saus, poteter, ris og grønnsaker. Sentralkjøkkenet ordner med hovedretter og daglig produseres 450 middagsretter fra sentralkjøkkenet. Maten pakkes og sendes ut til institusjoner og hjemmeboende. Nytt av året er at fersk fanget fisk fra sørlandskysten sendes til lokalkjøkkenet og tilberedes der. Dette gir velsmakende fiskeretter som de eldre setter pris på. Det er en god dialog mellom kjøkken og ansatte ved sykehjemmet og mellom kjøkken og hjemmeboende. Kjøkkenansatte leverer maten til hjemmeboende, setter maten inn i kjøleskapet og holder øye med om maten blir spist.

Kilde: www.grimstad.kommune.no og https://www.baerum.kommune.no/

Samarbeid om mat og ernæring

Glomstua omsorgssenter i Molde kommune har bidratt til å sette mat og ernæring i eldreomsorgen på dagsorden gjennom å danne nettverk og være brobygger mellom ulike fagmiljøer. Kjøkkensjef Ronald Takke og Glomstua omsorgssenter vant Matomsorgsprisen 2017. Begrunnelsen var at kjøkkenet er innovativt og nyskapende med vekt på måltidskvalitet, ernæring og trivsel (146). Senterets filosofi er at god matomsorg og matglede ikke bare skapes på kjøkkenet. Det krever samarbeid mellom kjøkken og avdeling, sykehjemsledelse og kommunepolitikere.

For å øke kunnskapen om ernæring hos de som arbeider praktisk med mat og måltider, er det satt i gang et 20- timers ernæringskompetansehevingsprogram med tittelen Opplæring om kosthold, ernæring og ernæringsoppfølging.

Kilde: http://horecanytt.no/matomsorgsprisen-2017-til-ronald-takke

Lokalkjøkken

«Ja, kjøkkenet må vi ta vare på», sier kjøkkensjef Kirsti Strømhaug ved Ørnes sykehjem i Meløy kommune i en rapport fra Forbrukerrådet (147). Kjøkkensjefen snakker varmt om lokale spesialiteter og tradisjonsmat. Det meste av maten som serveres til beboerne ved Ørnes sykehjem er vanlig husmannskost og hverdagskost, som beboerne er vant til fra et langt liv. Kjøkkensjefen er opptatt av at kjøkkenet skal ha høy kompetanse og godt samarbeid med sykehjemsavdelingene. Kjøkkenpersonalet serverer selv maten til de eldre ved sykehjemmet, slik at de sikrer at maten blir anrettet på en god måte. Når kokkene serverer maten, har de også kontroll på hvor store porsjoner som serveres, noe som er med på å redusere matsvinnet. I tillegg snakker kokkene med de eldre, og får innspill og ønsker om hva de har lyst på. Ørnes sykehjem ønsker pårørende velkommen i spisestunden. Sykehjemmet er opptatt av et godt spisemiljø og at det gis god hjelp til de som trenger det. Det er kjøpt inn spesialservise med høy kant, slik at beboerne skal slippe å ha en plastkant som settes på tallerken. *«Det dreier seg om verdighet rundt måltidet»*, sier kjøkkensjefen.

Kilde: https://www.forbrukerradet.no/wp-content/uploads/2015/10/Sykehjemsrapport-appetitt-p%C3%A5-livet.pdf

Boks 6.6 forts.

Jobbvinner

Jobbvinner er et prosjekt hvor elever på helse- og oppvekstfag deltar i ernæringsarbeid gjennom et samarbeid mellom Namsos helsehus og Olav Duun videregående skole. Dette gir skolen en fin øvingsarena, ansatte får flere hender i avdelingen og ikke minst får beboerne hyggelig besøk av ungdom.

Gjennom opplæring i ernæring og praksisplass i helse- og omsorgstjenesten, får elevene oppleve å arbeide med eldre og høste nye erfaringer, som gir et bredere grunnlag for videre utdanningsvalg.

Kommunens formål med prosjektet er å styrke samarbeidet med utdanningsinstitusjonene og samtidig løfte fokus på ernæringsarbeid som del av kommunens kompetanseplan.

Kilde: https://jobbvinner.no/jobbvinner-i-nye-namsos/namsos-1/



Figur 7.1

7 Helsehjelp

Leve hele livet er en reform for å skape de eldres helse- og omsorgstjeneste, der det viktigste spørsmålet er: Hva er viktig for deg? Eldre skal føle seg verdsatt og sett og bli involvert i beslutninger som angår dem selv. Eldre skal få mulighet til å leve hjemme så lenge som mulig og få støtte til å mestre hverdagen, på tross av sykdom og funksjonssvikt. Samtidig skal de ha trygghet for å få hjelp når de trenger det. Når livet går mot slutten, skal eldre få god lindrende omsorg og pleie.

Slik skal eldre få mulighet til å leve livet – hele livet.

Tilbakemeldinger fra dialogmøtene og kunnskap på området tyder på at mange eldre ikke får ivaretatt sine grunnleggende behov for helsehjelp og bistand til å forebygge sykdom og funksjonssvikt. Mange eldre ønsker en helse- og omsorgstjeneste som i større grad tar utgangspunkt i de eldres behov og lar eldre få være sjef i eget liv lengst mulig.

Oppsummert er utfordringene:

- Manglende oppmerksomhet på mestring og forebygging
- Dårlig oversikt over sammensatte behov og problemer
- Lite bruk av fysisk aktivitet og trening
- Manglende bruk av nye behandlingsformer
- Lite systematisk kartlegging og oppfølging av den enkelte

For å møte utfordringene foreslås fem løsninger, der målet er å øke mestring og livskvalitet, forebygge funksjonsfall og gi rett hjelp til rett tid:

- Hverdagsmestring
- Proaktive tjenester
- Målrettet bruk av fysisk trening
- Miljøbehandling
- Systematisk kartlegging og oppfølging.

Boks 7.1 Det viktigste for meg er å ha noen å elske

«Jeg er opptatt av det eksistensielle i det å bli eldre. Det at du har det godt henger sammen med helse. Men det viktigste for meg er å ha noen å elske. Noen å være glad i, noe som gjør livet meningsfylt.»

Dette var svaret på spørsmålet: Hva er viktigst for deg, fra en av de eldre deltakerne på dialogmøtet i Bergen 20. juni. Det som skulle være et dialogmøte om helsehjelp, skulle vise seg å romme større problemstillinger enn det praktiske helsearbeidet.

Det vrimlet av brukere, pårørende, leger, ledere og politikere i foajeen på Hotell Ørnen denne dagen. Ute var det sedvanlig Bergensvær og lavtrykk, men inne var stemningen høy blant de 150 deltakerne som var samlet.

Helse- og omsorgsminister Bernt Høie gikk på talerstolen:

«Mye er bra i eldreomsorgen i dag, men vi har for store forskjeller. Vi må tenke nytt. Leve hele livet skal være en annerledes eldrereform.»

Helse- og omsorgsministeren trakk fram pårørende som en viktig ressurs, noe forsamlingen fikk eksemplifisert da Rune Samdal inntok podiet. Han fortalte om hvordan han opplevde å være pårørende til Kirsten Samdal, som ble rammet av Alzheimer da hun var 62 år:

«Det viktigste for oss var at Kirsten skulle få bo hjemme lengst mulig, og så få et verdig liv på sykehjem. Vi var opptatt av å leve så normalt som mulig, og at jeg skulle beholde jobben min.»

Boks 7.1 forts.

Ekteparet Samdal undersøkte og benyttet seg av en rekke tjenestetilbud i kommunen. Men til slutt var det ikke mulig for Rune å jobbe i tillegg til å ha omsorgen for Kirsten:

> *«Jeg valgte å slutte i min jobb selv om jeg ikke hadde lyst, slik at Kirsten skulle kunne bli boende hjemme.»*

Med mer fleksible ordninger kunne kanskje Rune beholdt sin jobb og likevel hatt Kirsten boende hjemme. Da omsorgen gikk utover nattesøvnen, søkte han om sykehjemsplass. Dessverre oppdaget han raskt at Kirsten ikke fikk de tilbudene hun hadde krav på. Og han hadde ikke lenger et enkeltvedtak som beskrev innholdet i tjenestetilbudet, slik han hadde da de fikk hjemmetjenester. Grunnleggende behov ble ikke dekket:

> *«Jeg er spesielt opptatt av individuell stimulering. For beboerne kan det gjøre en stor forskjell å få bidra på kjøkkenet eller i hagen. Og noen ganger er en hånd eller en skulder alt som skal til.»*

Møteleder takket ham for et ærlig innlegg, og oppfordret deltakerne fra scenen:

> *«Nå håper jeg dere kan hjelpe oss å finne løsninger som endrer dette i praksis.»*

Etter det satte en engasjert forsamling i gang med å beskrive behov, drømmer og eksempler på gode løsninger for helsehjelp til eldre.

Mange innspill dreide seg om behovet for å få ivaretatt grunnleggende menneskelige behov, behov for trygghet, sosial kontakt, verdighet og en meningsfull tilværelse.

Som avslutning på dagen gikk deltakerne gjennom innspillene og satte hjerter på de forslagene som var viktigst for dem.

Eksempler på hjertesaker:

- *Se på eldre som ressurs og ikke en bølge*
- *En må ta vare på eldrekapitalen slik at de aktivt kan bidra i samfunnet*
- *Bli møtt med respekt – alltid*
- *Sjef i eget liv- livet ut- Kunne velge!*
- *At eldre får komme seg ut, både de hjemmeboende og de på pleiehjem: oppleve, se andre omgivelser og andre inntrykk*
- *Gode forebyggende tilbud til hjemmeboende for å utsette/avverge behov for helsehjelp*
- *At ein ikkje vert svingdørspasient, men får eit fullverdig tilbod*
- *Alle skal ha en akseptabel tannhelse*
- *Alle har sin pleier som de stoler på og som taler deres sak*
- *Helsehjelp gitt av ansatte med rett kompetanse*

Etter dialogmøtet om helsehjelp har det kommet mange skriftlige innspill til Helse- og omsorgsdepartementet fra organisasjoner og enkeltpersoner:

- *Ved å sette inn tiltak som har forebyggende effekt kan mange eldre få flere gode år i eget hjem og samfunnet spare penger som kan brukes andre steder der det er behov for innsats (Norsk kvinne- og familieforbund)*
- *Utviklingen i retning høyere terskler for tildeling av tjenester og kortere tid til hver bruker, er bekymringsfull. Dette er det motsatte av å gi tidlig hjelp og hjelp til selvhjelp (Norsk Sykepleierforbund)*
- *God tannhelse og friske tenner betyr mye også i alderdommen. Det å kunne omgås andre, spise god mat, snakke og le sammen med andre gir liv til årene med økt livskvalitet (Norsk tannpleierforening)*
- *Egne tenner livet ut, uten smerter. Generelt har friske eldre god munnhelse, men overgangen fra frisk til syk kan påvirke munnhelsen negativt (Norsk tannlegeforening)*
- *Eid eldreråd i Eid kommune har fått gjennom at eldres seksualitet skal tas på alvor. Det ble enstemmig vedtatt i kommunestyret i fjor og er nå med i utarbeidelse av den nye helse- og omsorgsplanen i kommunen. Vi synes det går for sakte, men det går framover (Eid eldreråd)*

Boks 7.1 forts.

- *Mange eldre har sammensatte helseproblemer mens helsetjenesten vår fungerer best for de enkle problemene. Har pasienten en diagnose, er vi best i verden, har pasienten to eller tre diagnoser er det mer komplisert, hvis en av sykdommene pasienten strever med innebærer kognitiv svikt er det mer på grunn av gode enkeltmennesker i helsetjenesten enn systemets fortjeneste at de får riktig hjelp (Nasjonalforeningen for folkehelsen)*
- *Det er ikke tydelig nok hvilke oppgaver som skal utføres i spesialisthelsetjenesten og hva som er oppgaver for primærhelsetjenesten (Den norske legeforening)*
- *Vi må huske på at også fotterapeuter er en viktig helsepersonellgruppe, som bla kan avdekke diabetes og hjerte-/karlidelser (Delta)*

Tilstand og utfordringer

Helsehjelp er ett av hovedområdene i reformen fordi eldre oftere rammes av somatisk og psykisk sykdom, og fordi mange eldre har flere sykdommer samtidig og trenger hjelp med sammensatte og komplekse behov. Mange eldre får ikke ivaretatt sine grunnleggende behov for god helsehjelp.

Manglende oppmerksomhet på mestring og forebygging

Deltakerne i dialogmøtet om helsehjelp etterlyste mer systematisk forebygging av sykdom og funksjonsfall blant eldre. Å bli gammel betyr ikke at det er for sent å ta grep for å bedre helse og funksjonsevne, slik at en kan leve et meningsfullt liv og greie seg selv lengst mulig.

Folkehelserapporten 2015 (181) løfter fram fire nøkkelfaktorer som spesielt viktige for god aldring: Høy kognitiv aktivitet, høy fysisk aktivitet, et aktivt sosialt liv og et godt kosthold.

Nasjonale anbefalinger om levevaner har ingen nedre aldersgrense, men mye tyder likevel på at betydningen av levevaner for livskvalitet og helse i eldre år er for dårlig forstått av både helsepersonell og eldre selv. Mange eldre behandles med legemidler mot høyt blodtrykk og høyt kolesterol. God oppfølging og tilpasset veiledning om levevaner som ernæring, fysisk aktivitet, alkohol og røyking er vist å være effektivt alene eller i kombinasjon med legemidler. Eldre som kan ha nytte av for eksempel frisklivs- og mestringstilbud og lettere psykisk støtte kommer sannsynligvis for sjelden til slik oppfølging.

I tillegg til veiledning om levevaner, har mange eldre behov for målrettede tiltak som kan styrke funksjonsevnen og motvirke risikofaktorer for ytterligere sykdomsutvikling og funksjonsfall. De viktigste tiltakene for å bedre funksjonsevnen, er ulike former for trening av styrke og balanse. Risikofaktorer som bør få oppmerksomhet, er bivirkninger av medisiner, underernæring, depresjon og fall. Fysisk trening, god ernæring og sosialt fellesskap har dokumentert effekt på overlevelse hos eldre, uavhengig av diagnose. Dette er tiltak som får for lite oppmerksomhet i helsetjenesten og brukes for lite for å bedre helse og funksjonsevne hos eldre.

Sentralt i pasientens helsetjeneste er at alle skal få hjelp til å mestre livet i tråd med egne mål og ønsker. Mestring av dagliglivets aktiviteter er en viktig forutsetning for å bli gammel i eget hjem. Når evnen til å mestre dagliglivets aktiviteter blir dårligere, taper individet selvstendighet og det oppstår et behov for hjelp. Ofte løses hjelpebehovet ved at pårørende overtar oppgaver og bidrar til at hverdagen går opp, eller ved at det meldes et behov for tjenester til kommunen. Kommunen på sin side har tradisjonelt løst slike hjelpebehov ved å sette inn tiltak som kompenserer for tapt funksjon. En slik løsning løser de praktiske utfordringene fra dag til dag, men bidrar sjelden til å fremme selvstendighet og mestring.

Lite bruk av fysisk aktivitet

Effekten av fysisk aktivitet er like god hos eldre som hos yngre personer. Fysisk aktivitet forebygger og utsetter funksjonsnedsettelse og reduserer fallrisiko hos eldre, uavhengig av alder, livsstil, helsestatus og funksjonsbegrensninger (7). Det er indikasjoner på at trening kan være like effektivt som legemidler for å forebygge diabetes, begrense sykdomsutvikling ved hjertesykdom og behandle hjertesvikt (182). Færre enn 10 prosent

av eldre over 65 år trener regelmessig styrke, og enda færre trener balanse. Men mange godt voksne trener på treningssentre, og andelen har økt de senere årene. Friluftslivsaktiviteter er også populært blant eldre, enten det er skiturer og fotturer i skog og mark eller sopp- og bærtur. Økningen i fysisk aktivitet blant eldre har i hovedsak skjedd gjennom egenorganisert aktivitet. Til tross for solid kunnskap om effekten, brukes fysisk aktivitet og spesifikk balansetrening for sjelden som målrettede tiltak initiert av helse- og omsorgstjenestene.

Funksjonstap og tap av selvstendighet avdekkes for sent

Funksjonstap kan defineres som tap av selvstendighet og egenomsorgsevne, og innebærer ofte redusert bevegelsesevne, men kan også innebære sansetap eller tap av kognitive funksjoner. Funksjonstap er en vanlig årsak til innleggelse i spesialisthelsetjenesten og er sammen med skader etter fall og brudd en vanlig årsak til midlertidig eller permanent plass i sykehjem (183). Når mange legges inn på sykehus med funksjonsfall, er det en klar indikasjon på at begynnende tap av funksjon og egenomsorgsevne ofte fanges opp for sent. Samtidig kan et funksjonsfall, som kan komme gradvis eller raskt, være eneste tegn på sykdom hos eldre.

Det er gode holdepunkter for at regelmessig fysisk aktivitet, god ernæring, riktig medisinbruk og forebygging av ensomhet bidrar til bedre funksjon, fysisk, psykisk og sosialt. Dessverre preges tjenestetilbudet av at denne kunnskapen i liten grad tas i bruk (7). Tjenestetilbudet utløses av henvendelser fra den eldre selv, pårørende eller andre når sykdom og funksjonstap allerede har oppstått. Tilsvarende finnes det kunnskap om nytten av målrettet forebyggende innsats for eldre som oppholder seg i institusjon, uten at dette systematisk tas i bruk for å sikre at egenfunksjon og helse opprettholdes lengst mulig.

Det anslås at en av fem eldre eldes raskere enn sine jevngamle og opplever flere helseproblemer av både akutt og kronisk karakter (26). Denne gruppen har et høyt forbruk av helse- og omsorgstjenester og høy risiko for funksjonstap og behov for heldøgns omsorg. Verktøy som kan identifisere de som har høy risiko for å utvikle sykdom og økt hjelpebehov, vil bli viktig for å legge til rette for en systematisk kartlegging som kan målrette den forebyggende innsatsen.

Enkelte eldre kommer i en sårbar tilstand kjennetegnet av lav fysisk og psykisk reservekapasitet, som medfører at relativt små hendelser som en infeksjon eller endring i medisinering kan gjøre uforholdsmessig store utslag på den generelle helsetilstanden (7). Slik sårbarhet er nært assosiert med flere og sammensatte sykdommer, bruk av flere medikamenter samtidig, underernæring, funksjonsfall og depresjon, og er en av de fremste risikofaktorene for utvikling av hjelpebehov. Sårbarheten øker med økende alder og er hyppigere hos kvinner enn menn og hyppigere hos etniske minoriteter enn majoritetsbefolkningen.

Begynnende kognitiv svikt og demenssykdom kan bidra til å forsterke problemstillinger knyttet til ernæring, legemiddelbruk og egenomsorg. Demens forårsakes av forskjellige sykdommer og kjennetegnes ved kognitiv svikt, endringer i følelser og personlighet, samt redusert evne til å fungere i dagliglivet. Det viktigste kognitive symptomet er redusert hukommelse. Demens kan også medføre språklig svikt, rom- og retningsproblemer, samt svekket tanke-, kommunikasjons- og orienteringsevne. Personer som rammes av demens, får gradvis vansker med å anvende innlærte ferdigheter eller å mestre dagliglivets funksjoner.

Munn- og tannhelse integrert i helsehjelpen som ytes

God tannhelse og friske tenner betyr mye også i alderdommen. Tap av tenner er ikke aldersbetinget, men aldersrelatert. Om lag 25 prosent i alderen 67 år og eldre har redusert tannstatus, og har enten ingen eller færre enn ti egne tenner (184). Samtidig har en økende andel sykehjemsbeboere egne tenner og tannerstatninger festet på implantater, noe som gir endrede krav til daglig munnstell og regelmessig tannhelseundersøkelse. 80 prosent av de som bor på sykehjem har behov for hjelp til å ivareta daglig munn- og tannstell. Mennesker med kognitiv svikt og demensdiagnoser er særlig utsatt og har behov for tilsyn og behandling. Redusert tannstatus kan gjøre god ernæring vanskelig og redusere matlysten (7).

Økende alder og redusert mestring av daglige aktiviteter kan gjøre det utfordrende å ivareta egen munn- og tannhelse også hos hjemmeboende eldre. Regelmessige tannhelsekontroller og hjelp med daglig munnstell er svært viktig for de som trenger det. Redusert helsetilstand, økt medisinbruk og mangelfull evne til egenomsorg øker risikoen for infeksjoner. God munnhelse har betydning for den generelle helsen, spesielt for dem som er fysisk svekket og har et redusert

immunforsvar. Munn- og tannhelse bør derfor være integrert i helsehjelpen som ytes.

Systematisk samarbeid mellom helse- og omsorgstjenestene og tannhelsetjenesten, og kontinuerlig opplæring av ansatte er avgjørende for at munnhelse og tannpleie skal bli en naturlig del av den daglige pleien, slik at den eldre pasienten kan ha en god tann- og munnhelse livet ut.

Sammensatte problemer og behov

Livskvalitet påvirkes av helsetilstanden, men også en rekke andre faktorer har betydning for velvære, mestring og tilfredshet med livet. Det er fullt mulig å ha en god alderdom på tross av kroniske sykdommer og funksjonstap. Psykososiale forhold oppleves av flere eldre som viktigere enn sykdom og funksjon.

Mange eldre opplever at jevnaldrende venner, partnere eller nære slektninger går bort, og at det sosiale nettverket blir svakere. Tidligere studier har vist at både sosial isolasjon og ensomhet er knyttet til økt risiko for alvorlige sykdommer og tidlig død.

I flere av dialogmøtene ble det løftet fram at psykiske helseplager hos eldre i for liten grad avdekkes og følges opp. Folkehelseinstituttets gjennomgang av forskning fra 2011 tyder i grove trekk på at forekomsten av psykiske plager og lidelser blant de yngste av de eldste (65–70 år) er relativt lav sammenlignet med både yngre og eldre aldersgrupper. Blant de aller eldste er særlig forekomsten av angst- og depresjonsplager og symptomer på psykoser høy. Mange eldre får behandling for sine psykiske plager og lidelser hos fastlegen. Åtte av ti resepter på psykofarmaka skrives ut av fastleger, og i de siste årene har utskrivning av legemidler til eldre i Norge økt (185; 186). Til tross for at eldre med lette eller moderate psykiske plager og lidelser kan ha god effekt av terapi, og selv foretrekker samtaleterapi framfor behandling med legemidler (187), er det få eldre som henvises til samtaleterapi. Det vises til kapittel 3 for omtale av strategi for psykisk helse 2017–2022.

Dagens eldre drikker mer alkohol. I følge Folkehelseinstituttet er det i dag flere eldre som drikker enn for 15 år siden, og de drikker oftere enn før. Økningen er størst i aldersgruppen 66–79 år, og er omtrent like stor for kvinner og menn. Det er særlig konsumet av vin som har økt. Det er fremdeles uvanlig å drikke seg beruset blant de eldre. Det sterkt økende alkoholforbruket gir likevel grunn til bekymring. Med økende alder øker sårbarheten for alkohol, og kan både forårsake og forverre sykdom og svekke funksjonsevnen blant eldre. Kombinasjonen av økt forbruk av alkohol og legemidler, er også et alvorlig problem blant eldre. Det vises for øvrig til omtale av opptrappingsplanen for rusfeltet i kapittel 3.

Mange eldre har flere sykdommer og må bruke flere legemidler. Samtidig er det et stort problem at antall legemidler øker risikoen for interaksjoner (188). Data fra 2015 viser at halvparten av legemiddelbrukere 70 år og eldre fikk utlevert fem eller flere typer legemidler i løpet av ett år, mens 11 prosent fikk ti eller flere ulike legemidler. Hos eldre kan aggressiv legemiddelbehandling gjøre mer skade enn nytte (7). For å unngå skadelige effekter og bivirkninger er det viktig at legemiddelbruken hos eldre følges nøye opp med regelmessige kontroller og legemiddelgjennomganger, i tråd med krav til fastleger og sykehjem. Den nasjonale satsingen for å etablere pasientens legemiddelliste, på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten er et viktig tiltak for å motvirke feilmedisinering.

Behovet for helsehjelp endrer seg når sykdom forverres og livet går mot slutten. Andelen som dør i sykehus har gått kraftig ned de siste 30 årene, fra rundt 48 prosent i 1986 til 31 prosent i 2015. Flest mennesker dør i sykehjem, mens 15 prosent dør i eget hjem. Forskning viser at flere ønsker å dø hjemme og at det er behov for at tjenestene i større grad legger til rette for at pasienter får mer tid hjemme (189). Et offentlig utvalg leverte i desember 2017 sine vurderinger av innholdet i palliative tjenester, uavhengig av alder, diagnose eller andre forhold, med forslag om tiltak for å styrke kvalitet, kompetanse, samhandling, faglig omstilling og samarbeidsformer. Utvalgets forslag er sendt på offentlig høring våren 2018.

Nye behandlingsformer og systematisk kartlegging og oppfølging av den enkelte

Felles for mange av utfordringene beskrevet over er at potensialet for forebygging er stort. En viktig målsetting må derfor være å tilby helhetlige helse- og omsorgstjenester som gir nødvendig opplæring for egenmestring og annen hjelp og behandling avhengig av funksjonsnivå. Tidlig og systematisk kartlegging og oppfølging vil være viktig for å fange opp og ivareta utfordringer når helsetilstanden endres.

Utvikling av medisinsk behandling og medisinsk teknologi har gjort flere behandlingsteknikker tilgjengelige for eldre. Det samme har bruken av miljøbehandling og samtaleterapi i stedet for

medisiner, og aktiv omsorg og rehabilitering i stedet for hjelp og pleie som bare kompenserer for tapt funksjonsevne. Behandling som forebygger funksjonstap eller øker funksjonsnivået kan bidra til å forebygge nye helseproblemer, og bidrar til at eldre kan leve aktive og meningsfylte liv til tross for sykdom. Tilgang til spesialisthelsetjenester, både i form av nye behandlingsformer og kort ventetid er viktig for eldre pasienter.

Mange eldre har flere kroniske sykdommer og helseproblemer samtidig. Det er derfor nødvendig å legge bort oppfatningen om at enkeltsykdommer kan behandles separat. Eldre pasienter med mange eller sammensatte sykdomstilstander har behov for at ulike helseutfordringer sees i sammenheng med sikte på en best mulig funksjonsevne. Teamorganisering og systematisk kompetanseutvikling med vekt på bred klinisk kompetanse er viktige grep for å sikre integrerte helse- og omsorgstjenester i kommunene. I spesialisthelsetjenesten innebærer dette at det blant annet er behov for geriatrisk kompetanse.

Tilbakemeldingene fra dialogmøtene tyder på at budskapet om pasientens helse- og omsorgstjeneste har bred støtte i både befolkning og fagmiljø. Både kunnskapsoppsummeringer og tilbakemeldinger fra eldre selv, ansatte, ledere og fagmiljøer viser imidlertid at mye gjenstår før vi har lykkes med å skape pasientens helsetjeneste for den eldre befolkningen. I pasientens helse- og omsorgstjeneste må tiltak ta utgangspunkt i pasientens ønsker og behov, og understøtte pasientens egne ressurser, ikke søke å erstatte disse. Tradisjonelle tiltak er i for stor grad fokusert på å kompensere tapt funksjon, og i for liten grad rettet mot rehabilitering, mestring og egenomsorg.

For å møte utfordringene beskrevet over, legger reformen fram fem forslag til løsninger basert på lokale eksempler fra kommuner, helseforetak, frivillige organisasjoner mv. Løsningene skal bidra til å øke mestring og livskvalitet, forebygge funksjonsfall og gi rett hjelp til rett tid.

7.1 Hverdagsmestring

Eldre skal ha mulighet til å være mest mulig selvhjulpne, også når de mottar helse- og omsorgstjenester. Alle bør få vurdert sitt behov og potensial for rehabilitering og egenomsorg før det iverksettes tiltak som kompenserer for tap av funksjonsevne. Hverdagsrehabilitering er et sentralt virkemiddel som både kan gi økt selvstendighet i dagliglivets aktiviteter, forbedre funksjonsevnen og utsette ytterligere funksjonsfall. Velferdsteknologiske løsninger som bidrar til å opprettholde livskvalitet, selvstendighet og mestring er viktige virkemidler.

I pasientens helse- og omsorgstjeneste skal alle få hjelp til å mestre livet i tråd med egne forutsetninger, mål og ønsker. Mestring kan defineres som at den enkelte gjennom egne og andres ressurser opplever å kunne håndtere oppgaver, utfordringer og endringer i livsløpet. Det kan skje på individ- og gruppenivå, og handler om å kunne forstå situasjonen og ha kunnskap om og kontroll over handlingsalternativer.

Flere kommuner har etablert helsestasjon for eldre som en del av kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid. Tilbudene har i økende grad oppmerksomhet på mestring, sosialt nettverk og god psykisk helse i alderdommen, og er i flere tilfeller bemannet med sosionom, folkehelsekonsulenter, brukerrepresentanter, i tillegg til sykepleier/helsesøster. Flere helsestasjoner for eldre fungerer som informasjonskilde og møteplass, blant annet gjennom å tilby gruppesamlinger, undervisning og kurs med eldre og pårørende som særskilte målgrupper. Tilbudene er mangeartede og er ikke systematisk evaluert, men får gode tilbakemeldinger fra sine brukergrupper.

Hverdagsmestring er et forebyggende og rehabiliterende tankesett som vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen uansett funksjonsnivå. Brukeren skal støttes og veiledes til selv å kunne mestre dagliglivets aktiviteter i størst mulig grad. Hverdagsmestring forutsetter at helse- og omsorgstjenesten inviterer til og tilrettelegger for dialog som kartlegger brukerens egne ressurser, og sammen med bruker sørger for at disse kan tas i bruk.

Et tilbud om å styrke hverdagsmestring bør inneholde:

- En felles forventningsavklaring mellom bruker, pårørende og utøver av tjenesten
- En kartlegging av brukerens psykiske, fysiske og sosiale ressurser
- Vedtak om opplæring til å mestre aktiviteter framfor vedtak om kompenserende tiltak
- En vurdering av velferdsteknologiske løsninger som kan fremme økt selvstendighet og mestring, inkludert opplæring i bruk av teknologien

Basert på kartleggingen som gjøres bør tjenesten aktivt henvise videre til andre relevante tilbud i kommunen, eksempelvis treningsaktiviteter, tilbud om psykisk støtte, samtaler eller lærings- og mestringstilbud.

Brukerrepresentantene på dialogmøtet i Bergen formidlet en tydelig drøm og et ønske om å mestre livet i eget hjem så lenge som mulig. For å kunne bli gammel i eget hjem er det viktig å mestre dagliglivets aktiviteter. Bruk av universelt utformet teknologi kan være et viktig virkemiddel for å understøtte dette.

Best mulig hverdagsmestring krever en endring av det grunnleggende tankesettet i tjenestene, hvor helsepersonell går fra å være hjelpere som overtar oppgaver, til å bli veiledere som tilrettelegger for egenomsorg og mestring.

Ofte vektlegges hverdagsmestring som et mål for hjemmeboende eldre, men hverdagsmestring som prinsipp for tjenestene bør også gjelde for beboere i institusjon. Beboere på sykehjem har også restmestringsevne og ressurser som kan bidra til en mer aktiv hverdag og opplevelse av mestring og selvstendighet.

Mens hverdagsmestring er et tankesett som beskriver en ny tilnærming til tjenestebehov, er hverdagsrehabilitering tiltak som kan iverksettes for å understøtte og bidra til økt hverdagsmestring hos den enkelte. Rehabiliteringsinnsatsen utføres av ansatte i hjemmetjenesten, i samarbeid med ansatte med kompetanse i rehabilitering (fysioterapeut, ergoterapeut, sosionom) og foregår i den eldres eget hjem. Formålet er å forbedre selvstendig funksjon i dagliglivets aktiviteter med utgangspunkt i det som er viktig for den enkelte. En gjennomgang av eldres erfaringer med hverdagsrehabilitering viser at det er mulig å starte en vellykket rehabiliteringsprosess selv om brukerens tro på egne muligheter og ressurser er begrenset i starten av rehabiliteringen (190). Hverdagsrehabilitering har vist seg å forbedre funksjonsstatus, bedre selvopplevd ytelse og øke deltakelse i dagliglivets aktiviteter. Større studier viser imidlertid ingen systematisk effekt på sykehusinnleggelser eller dødelighet (7). Hverdagsrehabilitering er like fullt mer kostnadseffektivt enn vanlig omsorg (191).

Boks 7.2 Hverdagsmestring – eksempler

Leve HELE LIVET

Leve HELE LIVET i Stavanger kommune er et omstillingsprosjekt, der helse- og sosialtjenestene har gått fra å gi kompenserende tjenester til å tilby tiltak som understøtter hverdagsmestring. Målet er fornøyde brukere som gjennom forebygging, rehabilitering, teknologi og sosiale nettverk klarer seg selv i stedet for å bli passive mottakere av hjelp og pleie. Prosjektet består av fire delprosjekter som alle har fokus på tidlig oppsporing av sykdom/funksjonssvikt, forebygging og rehabilitering: 1) Helsefremmende og forebyggende tiltak 2) Hverdagsrehabilitering 3) Hverdagsmestring og 4) Velferdsteknologi.

Strategier for å forebygge og begrense sykdom og tilrettelegge for at flere skal kunne bo hjemme lengst mulig er tatt inn i kommuneplanen. Det gis ikke lenger kompenserende tjenester som fratar brukerne evnen til egenomsorg. Dette synliggjøres blant annet ved at bruker får vedtak om opplæring framfor et vedtak om hjelp. Ansatte skal trene og støtte brukerne i å mestre hverdagen slik at de kan leve hjemme lengst mulig, opprettholde funksjonsnivå, delta aktivt i samfunnet og få økt livskvalitet. Evalueringen viser at hverdagsrehabilitering har effekt på brukernes funksjonsnivå i alle aldersgrupper, og at utgiftene til tjenester går ned. Av de som har mottatt tiltak for hverdagsmestring, er det 60 prosent som klarer seg uten hjemmesykepleie. Samlet har antall brukere av hjemmesykepleie i Stavanger kommune blitt redusert gjennom prosjektperioden, til tross for en økende andel eldre innbyggere.

Kilde: https://www.stavanger.kommune.no/helse-og-omsorg/leve-hele-livet/

Tidlig innsats og hverdagsrehabilitering

Tidlig innsats er et tilbud til innbyggere i Trondheim kommune som nylig har fått bevegelses- eller synsproblemer, eller har fått en demensdiagnose, og som opplever vansker i hverdagen. Målet er at den enkelte fortsatt skal kunne være selvhjulpen og mestre hverdagen i eget hjem. Ergoterapeut kommer hjem og bistår med å komme i gang med forebyggende tiltak. Oppfølgingen gis over tid, med fokus på mestring av hverdagen og være ledsager til aktiviteter utenfor hjemmet.

Boks 7.2 forts.

Hverdagsrehabilitering er et tilbud til hjemmeboende eldre som allerede mottar hjemmetjenester fra Trondheim kommune. Primærkontakt i hjemmetjenesten gjør en kartlegging, tar initiativ til oppstart av hverdagsrehabilitering og danner et tverrfaglig team sammen med ergoterapeut og fysioterapeut. Teamet gjør hjemmebesøk for tverrfaglig kartlegging, målmøte og evaluering. Oppfølgingsperioden er på seks uker og hjemmetjenesten er hjemmetrenere i denne perioden.

Kilde: www.trondheim.kommune.no/tema/helse-og-omsorg/helsetjenester/ergoterapi/

Vossamodellen

Voss kommune var en av de kommunene som var tidlig ute med hverdagsrehabilitering i Norge. Allerede i 2012 var de i gang med å utforme sin egen tverrfaglige modell etter inspirasjon fra Fredericia i Danmark med mål om *«å utsetja trong for hjelp blant heimebuande eldre, auka jobbtrivsel blant involvert personell og gjera helsetenestene i kommunen betre rusta til framtidige utfordringar»*.

Prosjektet ble fulgt av forskning, der 31 eldre som gjennomførte ti ukers hverdagsrehabilitering, ble sammenlignet med en kontrollgruppe på 30 som fikk tradisjonell behandling. Dette var den første kontrollerte effektstudien av hverdagsrehabilitering, og viste både god helseeffekt og god økonomisk effekt sammenlignet med vanlig hjemmetjeneste. De som fikk hverdagsrehabilitering hadde større framgang, var mer tilfredse og viste større bedring i dagliglivets aktiviteter enn kontrollgruppen. Hverdagsrehabilitering krevde noe mer ressursinnsats i den perioden behandlingen foregikk, men totalt sett gikk ressursbruken ned fordi brukerne blir raskere selvhjulpne.

Kilde: www.helsebiblioteket.no/omsorgsbiblioteket/hverdagsrehabilitering

Evaluering av hverdagsrehabilitering

I 2013 bevilget Helse- og omsorgsdepartementet tilskuddsmidler til utprøving av hverdagsrehabilitering. Utprøvingen omfattet 47 kommuner og ble i perioden fra 2014–2016 følgeevaluert av Senter for omsorgsforskning Vest og Forskningssenter for habiliterings- og rehabiliteringstjenester ved Universitetet i Oslo. Evalueringen konkluderte med at hverdagsrehabilitering gir bedre effekt enn vanlige tjenester på brukerens utførelse og tilfredshet med daglige aktiviteter, fysisk funksjon, helserelatert livskvalitet og total helsestatus, både i et seks måneders perspektiv og delvis også etter tolv måneder. Det blir framhevet at rehabiliteringen foregår i personens hjem og nærmiljø, og at dette gjør det lettere å gjennomføre tiltak i tråd med den enkeltes behov. Kostnadene var om lag de samme, men tiltaket ga større helsegevinst. Hverdagsrehabilitering kan utsette behov for mer omfattende pleie- og omsorgstjenester og føre til lavere kostnader for kommunene på lengre sikt.

Kilde: www.helsebiblioteket.no/omsorgsbiblioteket/hverdagsrehabilitering

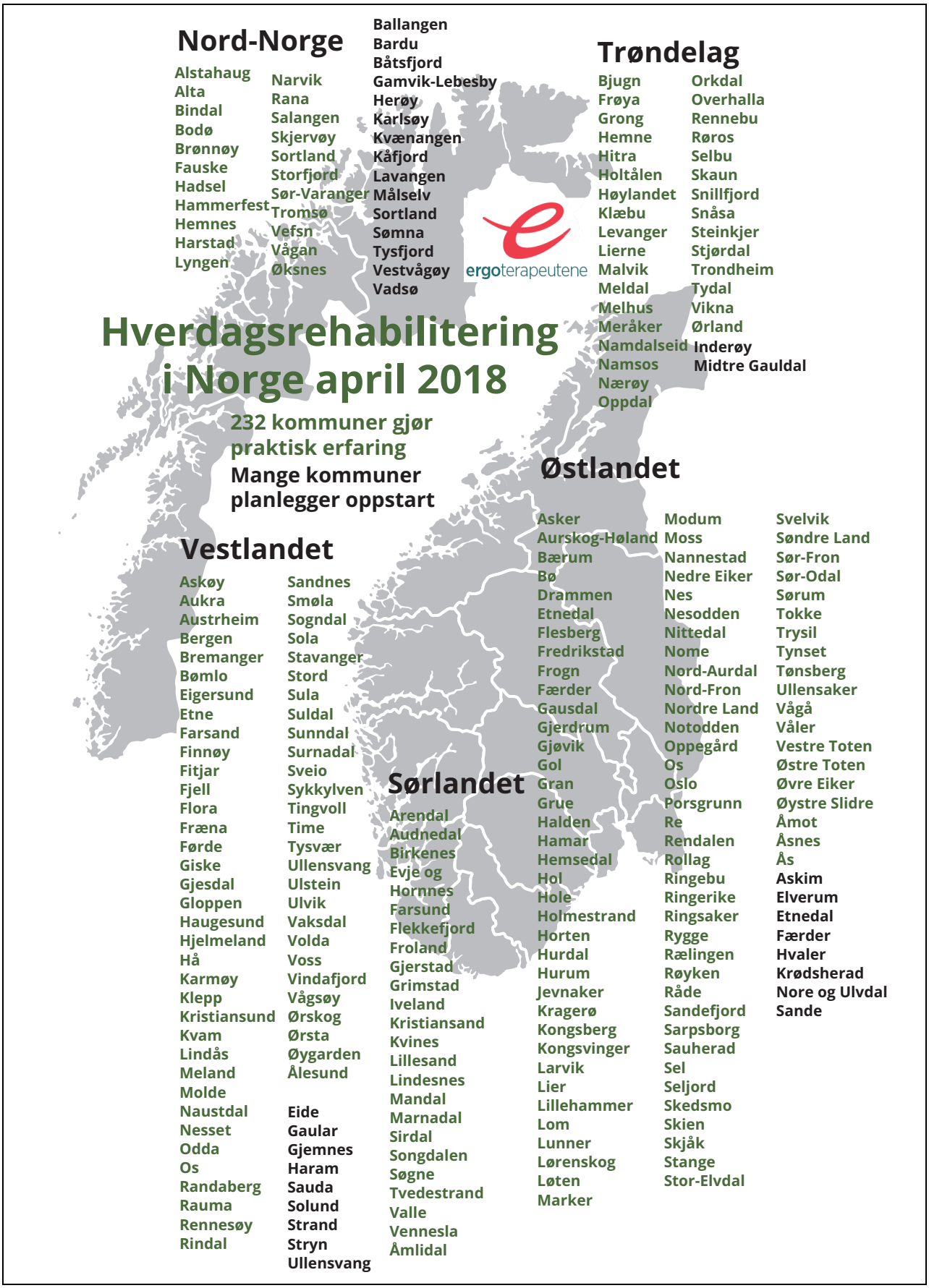
Helsestasjon for eldre

Helsestasjon for eldre i Harstad kommune er et forebyggende og helsefremmende tiltak rettet mot hjemmeboende pensjonister over 67 år. Helsestasjonen ble startet i 1990. Målet er å bidra til et godt og selvstendig liv i egen bolig ved å fremme helse og trivsel, samt å forebygge ulykker og sykdom. Helsestasjonen har tilbud om:

- Hjemmebesøk årlig til alle som er over 80 år med råd og veiledning
- Temakveld Leve godt som senior for 70 og 75 åringer
- Støtte og veiledning til bruker og pårørende
- Hørselskontakt
- Henvisning til andre hjelpeinstanser, hjelpemiddelsøknader etc

Helsestasjonen har særlig fokus på syn, hørsel, skade- og ulykkesforebygging, sosialt nettverk, fysisk aktivitet, kosthold, fysisk og psykisk helse.

Kilde: www.harstad.kommune.no



Figur 7.2

Kilde: Ergoterapeutene

7.2 Proaktive tjenester

Proaktive tjenester innebærer at tjenestene aktivt oppsøker innbyggere som ikke selv oppsøker helsetjenesten og tilbyr oppfølging. Formålet er at tjenester settes inn på et tidlig tidspunkt i stedet for å vente på at den enkelte selv tar kontakt. Helse- og omsorgstjenesten bør vurdere å bruke forebyggende hjemmebesøk på ulike indikasjoner i tillegg til alder. Tiltaket må ses i nær sammenheng med utviklingen av teambaserte tjenester i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

For å sikre eldre mennesker mulighet til å bo selvstendig lengst mulig vil det være vesentlig å identifisere personer med risiko for funksjonstap eller begynnende funksjonsfall tidlig, for å forebygge økende hjelpebehov (7). Identifisering kan skje på flere måter. Mestring av dagliglivets aktiviteter er avgjørende for å leve selvstendig i eget hjem. Kartlegging bør derfor skje i personens egne omgivelser, i form av hjemmebesøk.

Aktuelle indikasjoner for hjemmebesøk kan for eksempel være:

- Ved ny kronisk diagnose, for eksempel når fastlegen/primærhelseteamet mottar epikrise fra spesialisthelsetjenesten om at utredning er fullført og diagnose gitt
- Ved utskrivelse fra sykehus, med særlig vekt på hverdagsmestring og kartlegging av risikofaktorer (psykososial situasjon, syn, hørsel, ernæring, fysisk aktivitet, legemiddelbruk og tannhelse)
- Ved dramatiske hendelser eller større livsendringer som tap av partner, nær familie eller sosialt nettverk

Et slikt tilbud bør sees i sammenheng med forebyggende hjemmebesøk ved aldersmilepæler, og tilbud om psykisk og sosial støtte fra andre helse- og omsorgstjenestetilbud. Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk har de siste ti årene fått økende utbredelse i Norge. Nytteeffektene av hjemmebesøk er avhengig av at de rette personene får tilbudet (7).

De fleste kommuner har i dag en ordning for å melde et behov for bistand til et kommunalt service- eller forvaltningskontor, som tar seg av søknader og saksbehandling. God saksbehandling bygger på fullstendig utredning og grundig kartlegging og vurdering av problemer, behov og ressurser både hos den enkelte og i deres omgivelser. Dette kan gi grunnlag for å komme tidlig inn med tiltak, mer helhetlige vedtak om tjenestetilbud, og i noen tilfeller utarbeidelse av individuell plan. En bred kartlegging tidlig i forløpet, som tar utgangspunkt i spørsmålet Hva er viktig for deg?, kan forhindre eller endre en negativ utvikling i et pasientforløp. I dette arbeidet bør det tas i bruk verktøy som kan oppdage risiko for sykdomsutvikling, funksjonstap eller problemer tidlig.

Helsedirektoratet har etablert veiledere for etablering og gjennomføring av forebyggende hjemmebesøk. Flere kommuner har etablert tilbud om forebyggende hjemmebesøk ved ulike aldersmilepæler. Eldre som har fått slike besøk forteller om positive erfaringer med tilbudet, og at de opplever trygghet ved å få en kontaktperson i kommunen. En svensk studie viser at forebyggende hjemmebesøk kan forebygge hjelpebehov og redusere avhengighet i dagliglivets aktiviteter (7). Mange kommuner tilbyr også oppfølgingssamtaler når en bruker kommer hjem fra opphold i sykehus eller sykehjem.

De fleste eldre går regelmessig til tannhelseundersøkelse, i hovedsak til private tannklinikker. Ved begynnende funksjonsnedsettelse og kognitiv svikt er det økende risiko for at eldre ikke møter opp til eller avlyser time for tannhelseundersøkelse. Ved forebyggende hjemmebesøk er det derfor viktig at daglige rutiner for god tannhelse og symptomer på sviktende tann- og munnhelse inngår i kartleggingen. Kartlegging av sansetap og vurdering av eventuelle tiltak vil også være en viktig oppgave ved hjemmebesøket.

Deltakerne i dialogmøtet uttrykte et ønske om tjenester som mer aktivt oppsøker eldre og kartlegger risiko. Det ble fremmet ulike forslag til oppfølging fra hjemmetjenester, fastleger og øvrige kommunale tjenestetilbud.

Fastlegen har en sentral rolle i oppfølging av sine listepasienter. Oppfølgingen hos fastlegen er i dag i stor grad basert på at pasienten selv oppsøker legen utfra et opplevd behov. Innholdet i slike pasient-initierte konsultasjoner må fortsatt defineres av pasienten og være basert på pasientens behov. Fastlegen skal imidlertid etter fastlegeforskriften søke å ha oversikt over innbyggere på listen der medisinskfaglig oppfølging og koordinering er nødvendig, og tilby konsultasjon eller hjemmebesøk der det er behov for behandling eller oppfølging.

Gjennom primærhelsetjenestemeldingen er det tatt initiativ til å etablere mer teambaserte tjenester i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Den foreslåtte teamorganiseringen legger opp til oppgavedeling og tverrfaglig samarbeid mellom fastlegepraksis og andre kommunale tjenester. Primærhelseteamet er en utvidet fastlegepraksis og skal minst bestå av fastlege, sykepleier

og legesekretær. Primærhelseteamet skal blant annet arbeide proaktivt med å identifisere personer på fastlegens liste som har risiko for stort helse- og omsorgstjenestebehov, hvor målet er å forebygge sykdom og funksjonsnedsettelse. Teamet skal aktivt tilby helsetjenester til innbyggere på listen som har behov, men som ikke selv etterspør tjenester.

Oppfølgingsteam er et dynamisk team som settes sammen av kommunens tilgjengelige fagpersoner basert på den enkeltes behov for oppfølging. Slike team er særlig relevant for eldre som har flere diagnoser eller sammensatte behov. For å identifisere innbyggere med sammensatte behov som står i risiko for å få økende helseproblemer og funksjonstap, er det anskaffet et risikokartleggingsverktøy som skal prøves ut i en pilot. Formålet er å kunne tilby tilrettelagt og koordinert oppfølging av et team, og dermed bidra til bedre funksjon og redusert behov for institusjonsbaserte tjenester og spesialisthelsetjenester.

Boks 7.3 Proaktive tjenester – eksempler

Digital kartlegging

Stovner bydel i Oslo kommune har utviklet et digitalt skjema for å kartlegge behov for velferdsteknologiske tjenester blant innbyggerne, i samarbeid med utviklings- og designleverandør og bydelens beboere. All testing av skjemaet er gjort ute hos brukerne, og videreutviklingen er gjort i tett samarbeid mellom brukerinnspill, medarbeidernes faglige innspill og leverandørenes tekniske kompetanse. Etter en bred kartlegging av alle brukere av trygghetsalarm i bydelen fikk drøyt 20 prosent endret tjenestetilbud.

Framfor at bruker selv søker på en type tjeneste basert på kommunens liste over tilbud, gir en slik kartlegging mulighet for mer direkte tilpasning av tjenestene til den enkelte brukers ressurser, behov og utfordringer. Det arbeides videre med å bredde ut skjemaet slik at det kan omfatte tiltak utover velferdsteknologi.

Kilde: http://care.doro.no/bydel-stovner-i-tet-med-digitalisering-av-trygghetsalarmer/

Ressurssenter for seniorer

Hver onsdag kan seniorer henvende seg til Ressurssenteret på Samfunnshuset i Steinkjer kommune. Formålet med Ressurssenter for seniorer er å bidra til at seniorene i kommunen opprettholder helse og livskvalitet. Kommunen ønsker å bidra til forebygging av helseproblemer som oppstår på grunn av skader, livsstilsrelaterte sykdommer og sosial isolasjon. Dette gjøres ved å legge til rette for en god variasjon av tilbud i samhandling med frivillige lag og organisasjoner, forebyggende hjemmebesøk. Det gis også hjelp til deltakelse i samfunnsaktiviteter og kulturtilbud. Gjennom systematisk informasjon, forebyggende arbeid og tidlig innsats, ønsker kommunen å bidra til å forhindre eller utsette krevende hjelpebehov. Tilbudet er et samarbeid mellom avdelingene for omsorg, helse og utvikling i Steinkjer kommune.

Kilde: http://www.steinkjer.kommune.no/ressurssenter-for-seniorer.4961605-73562.html

Veiledere for forebyggende hjemmebesøk

Forebyggende hjemmebesøk er en del av det helhetlige forebyggende arbeidet rettet mot eldre i kommunen, og er et tilbud om råd og veiledning til eldre som ikke har tjenester, eller som har begrensede tjenester fra kommunen. Helsedirektoratet har på sine nettsider to veiledere; en for etablering av forebyggende hjemmebesøk og en for gjennomføring av tiltaket.

Veilederen for etablering gir råd om kartlegging av tilbud og behov, forankring og organisering, utvelgelse av målgrupper, kompetansebehov, kontakt med andre aktører, informasjon om tilbudet og etablering. Under målgrupper gis det konkrete råd om aktuelle risikogrupper som kan vurderes for forebyggende hjemmebesøk.

Veilederen for gjennomføring omhandler temaene invitasjon, forberedelser til og gjennomføring av besøk, anbefalte samtaleemner, journalføring og dokumentasjon og videre oppfølging. Samtaletemaer som er aktuelle er blant annet bolig, brann, ernæring, fall, fysisk aktivitet, hjelpemidler og velferdsteknologi, legemidler, vold, psykisk helse, rus/alkohol, sosialt fellesskap. Veilederen gir konkrete råd knyttet til de enkelte temaene.

Kilde: www.helsedirektoratet.no/sykehjem-og-hjemmetjenester/forebyggende-hjemmebesok

Boks 7.3 forts.

Pasientsentrert helsetjenesteteam

Tromsø og Harstad kommuner har i samarbeid med Universitetssykehuset i Nord-Norge etablert felles tverrfaglige team med ansatte både fra sykehus og kommunehelsetjenesten. Formålet er å styrke helsetjenesten til eldre med sammensatte helseutfordringer, spesielt i overgangene mellom sykehus og hjem og mellom kommunale institusjoner og hjem. Teamene ønsker å arbeide mer proaktivt for å fange opp helsesvikt på et tidligere tidspunkt for å unngå akuttinnleggelser i sykehus eller reinnleggelser. Erfaringene er gode, med positive tilbakemeldinger fra pasienter, pårørende og teamets samarbeidspartnere. Teamet avdekker risikoområder og setter inn strakstiltak for å forebygge uønskede hendelser, systemavvik mv. Tidlige, upubliserte forskningsresultater tyder på effekt med hensyn til reduksjon i akuttinnleggelser, liggedøgn i sykehus og risiko for død.

Kilde: https://unn.no/avdelinger/medisinsk-klinikk/pasientsentrert-helsetjenesteteam-tromso

7.3 Målrettet bruk av fysisk trening

Eldre bør få tilbud om fysisk trening og aktivitet som forebyggende, behandlende og rehabiliterende tiltak. Dette kan for eksempel skje gjennom kommunens frisklivstilbud, ved å etablere treningstilbud/treningsgrupper for eldre, og ved individuelt tilpasset trening.

Fysisk aktivitet er et lite utnyttet tiltak som har stort potensiale for å forebygge fall, tap av fysisk funksjon og kognitiv svikt og demens (7). Et treningstilbud rettet mot eldre bør blant annet:

- Gjennomføres i små treningsgrupper
- Tilby en kombinasjon av balansetrening og trening av beinstyrke
- Tilbys av instruktører som kan gi individuell oppfølging og veiledning

Optimal trening for å forebygge fall er en kombinasjon av balansetrening og styrketrening. Veiledning om fallfeller i hjemmet, fysisk aktivitet i hverdagen og riktig fottøy er viktig for å bidra til mestring. Eldre motiveres best av små treningsgrupper, med fokus på mobilitet og balanse, samt instruktører som kan gi individuell veiledning (7).

Alle kommuner skal ha tilbud om helsefremmende og forebyggende helse- omsorgstjenester. Helsedirektoratet anbefaler at frisklivstilbud inngår i slike tjenester som en integrert del av kommunens samlede helsetilbud (192). Målgruppen for frisklivstilbud er personer i alle aldre som har økt risiko for, eller allerede har utviklet sykdom, og som har behov for hjelp til å endre levevaner og mestre helseutfordringer. Dette handler både om råd og oppfølging i forhold til fysisk aktivitet, ernæring, psykisk helse, alkohol og tobakk. Helsedirektoratet anbefaler at treningstilbudet knyttet til kommunens frisklivstilbud utformes slik at det bidrar til fallforebyggende arbeid gjennom styrke- og balansetrening (192). Helsedirektoratet har sammen med VIRKE Trening og Norges teknisk- vitenskapelige universitet (NTNU) gjennomført et pilotprosjekt med styrke- og balansetrening blant eldre på treningssentre. Erfaringene fra prosjektet skal nå videreutvikles og det arbeides med e-læring på området.

Fysisk aktivitet var et tema som ble løftet av alle deltakergruppene på dialogmøtet i Bergen. Tjenestene må spørre om og kartlegge fysisk funksjon og aktivitetsnivå, og kunne tilby tilpassede aktiviteter for alle grupper av eldre, også eldre som i liten grad kan være fysisk aktive på grunn av omfattende funksjonstap eller nedsatt kognitiv funksjon.

Flere kommuner har etablert egne treningstilbud til eldre innbyggere. Organisering varierer, fra seniortrening knyttet til frisklivstilbud eller fallforebyggende kurs, til tilbud om hverdagsrehabilitering og trening i eget hjem. En kobling mellom frisklivstilbud og frivillige organisasjoner kan gjøre livsstilsendringen mer varig. Informasjon om mulighetene for videre aktivitet og trening bør inngå som del av tilbudet i kommunal regi.

Også beboere på institusjon vil ha nytte av trening for å bedre og optimalisere funksjon og mestre daglige aktiviteter. Fysisk aktivitet har helsemessig gunstige effekter selv om den enkelte har betydelig redusert funksjon. Forskning som har sett på effekten av trening og fysisk aktivitet hos beboere i sykehjem, konkluderer med at fysisk aktivitet har positiv effekt på søvn, selvstendighet og livskvalitet (193). Individuell vurdering av fysisk funksjon er viktig for å sikre tilstrekkelig og

tilpasset fysisk aktivitet, og bør gjennomføres systematisk når en person får plass på sykehjem eller ved endret funksjonsnivå. Dette krever at personalets kompetanse på fysisk aktivitet og aktiviserende tiltak for utsatte grupper vektlegges (193). Det skal også i løpet av 2018 utvikles et e-læringsprogram for fallforebygging helse- og omsorgspersonell.

Regelmessig fysisk aktivitet og trening kan også bidra til økt appetitt, og redusere risikoen for underernæring. På den annen side er god ernæringsstatus en viktig forutsetning for å kunne være fysisk aktiv.

For å løfte fram fysisk aktivitet, blant annet i helse- og omsorgstjenester til eldre, skal det utarbeides en tverrdepartemental handlingsplan for fysisk aktivitet. Det tas sikte på å legge den fram våren 2019.

Boks 7.4 Målrettet bruk av fysisk trening – eksempler

Bowls for eldre

Bowls er et modifisert bowlingspill som utføres med enkle hjelpemidler på et vanlig gulv. Spillet krever ingen forkunnskaper og kan spilles både sittende og stående. Bowls for eldre er et aktivitetstilbud der målet er økt fysisk form og velvære og å skape en sosial møteplass. Menn bruker sjeldnere eksisterende møteplasser og trimtilbud. Derfor ønsket initiativtakerne å samle eldre menn til sosialt samvær og fysisk aktivitet. Tiltaket er et samarbeid mellom Mental Helse Moss og Eldreliv ved Moss frivilligsentral, og fikk tilskudd fra Extrastiftelsen til oppstart. Rekruttering av deltakere skjer i samarbeid med frivilligsentralene. Deltakerne blir hentet hjemme, og spillet ledes av 1–2 frivillige. I tillegg til å spille Bowls sammen spiser deltakerne felles lunsj.

Kilde: https://extrastiftelsen.no/prosjekter/bowls-gutta-i-moss-gir-alt-for-laget/

Sterk og stødig

Sterk og stødig er et kunnskapsbasert fallforebyggende treningsopplegg, som kan inngå i kommunens tilbud innen helsefremmende og forebyggende tjenester. Trondheim kommune, Norges teknisk-vitenskapelige universitet og Pensjonistforbundet står bak utviklingen av tilbudet. Det stilles krav om at arbeidet med etablering og drift av tilbudet skal være forankret i kommunale planer og budsjett før kommunen deltar på kurs. Kommunenes fysioterapeuter får, sammen med frivillige treningsinstruktører opplæring i metoder for styrke- og balanseøvelser. Treningstilbudet drives av frivillige, med veiledning og oppfølging av fysioterapeuten. 30 kommuner har deltatt på kurs i løpet av 2017. Det er planlagt kurs i Oslo, Buskerud, Vestfold, Nordland og Troms i første kvartal 2018.

Et prosjekt er under evaluering, der opplegget fra Sterk og Stødig tas inn mot treningssenterbransjen. I en pilot deltar tre treningssentre og 195 eldre. Erfaringene fra prosjektet skal brukes inn i et e-læringsopplegg for fallforebygging for ansatte i treningssentrene og kommunale frisklivstilbud.

Kilde: NTNU, Trondheim kommune og Pensjonistforbundet: https://pensjonistforbundet.no/nyhet/2560-sterk-og-stoslashdig-treningsgrupper-for-eldreraquo

På stødig fot

Bydel Bjerke i Oslo kommune har etablert kurset På stødig fot for eldre brukere som har falt, eller er redd for å falle. Tiltaket tilbys via bydelens rehabiliterings- og mestringssenter, og har som formål å forebygge fall gjennom trening og undervisning. Kurset gis to ganger i uken i åtte uker og består av gruppetrening med fysioterapeut og etterfølgende temalunsj, som blant annet tar opp riktig fottøy, fallfeller i hjemmet, ernæring, legemidler, hverdagsaktivitet, treningsvaner. Det gis også informasjon om aktuelle tilbud i bydelen.

Gjennom informasjon, trening og et variert aktivitetstilbud styrkes egenaktivitet og mestring av dagliglivets aktiviteter. I tillegg til at flertallet får målbart bedre balanse og gangfunksjon i løpet av kurset, fungerer kurset som et sosialt tilbud, der eldre bygger nye relasjoner.

Kilde: https://www.oslo.kommune.no

Boks 7.4 forts.

Fallforebyggende gruppetrening

Rehabiliteringstjenesten i Tromsø kommune fikk våren 2010 tildelt midler til prosjektet Fallforebyggende gruppetrening for eldre med begynnende funksjonsfall. Målgruppen for tiltaket var hjemmeboende eldre med begynnende funksjonsfall og eldre med nedsatt balanse, falltendens eller som hadde falt. Deltakerne måtte være selvhjulpne i daglige aktiviteter, fungere greit kognitivt og være motivert for trening. Målet for tiltaket er å redusere sjansen for fall, øke trygghetsfølelsen i hverdagen og bedre generell styrke og balanse. To fysioterapeuter fulgte to grupper over åtte uker, med to treninger i uka. Treningen bestod blant annet av utendørsaktiviteter, balanseløype, styrketrening og utholdenhetstrening. I tillegg til trening var det fokus på sosialt samvær. Deltakerne ble servert kaffe, og fikk opplæring i bruk av et egentreningsprogram. Deltakerne ble testet individuelt før og etter oppstart av trening, og opplevde generelt en bedring med økt styrke, bedre utholdenhet og balanse, i tillegg til redusert bruk av smertestillende. Fallforebyggende grupper er etter prosjektet implementert i den daglige driften i kommunen.

Kilde: www.tromso.kommune.no

Aktive eldre i sykehjem

Aktive eldre er et flerfaglig livsgledeprosjekt. Målet om å tilrettelegge for en aktiv og levende alderdom. Prosjektet er et samarbeid mellom Norsk Sykepleierforbund, Løvåsen sykehjem og Etat for alders- og sykehjem i Bergen kommune, og er prøvd ut og videreutviklet i samarbeid med eldre brukere og ansatte. Tiltaket er implementert i en rekke sykehjem i Hordaland og Sogn og Fjordane.

Målgruppen for tiltaket er beboere i sykehjem og institusjon. Treningsprogrammet passer for de aller fleste, og erfaringene fra prosjektet viser at også beboere med stor funksjonssvikt har stor glede og nytte av treningen. Å være litt mer selvhjulpen i enkelte av dagliglivets funksjoner kan gi økt mestringsfølelse og styrket selvfølelse, selv om en fortsatt er avhengig av hjelp i hverdagen. I tillegg til positive helseeffekter, er treningen en sosial arena som skaper samhold og glede.

Kilde: Norsk Sykepleierforbund: www.nsf.no



Figur 7.3 Sterk og stødig

Kilde: NTNU

7.4 Miljøbehandling

Miljøbehandling kan øke mestring og velvære, skape nye muligheter for kommunikasjon, dempe angst og uro og redusere unødig legemiddelbruk hos eldre. Miljøbehandling kan inneholde integrert bruk av musikk og andre kulturuttrykk i behandling og daglige aktiviteter, minnearbeid, gjenkjenning og sansestimulering.

Miljøbehandling kan være på tre nivåer:
- Miljøbehandlingstiltak er enkelttiltak rettet mot en enkelt person eller en gruppe, som for eksempel bruk av musikk og sang under stell eller organisert som fellesaktivitet
- Miljøterapeutiske metoder kan for eksempel være bruk av minnearbeid eller reminisens, sansestimulering, bruk av fysisk aktivitet eller tilrettelagte måltider
- Videre handler miljøbehandling om å utnytte og skape gode fysiske og psykososiale rammebetingelser

Det er viktig at miljøbehandlingen tilpasses den enkeltes forutsetninger og baserer seg på en personsentrert tilnærming (184).

Deltakere på dialogmøtet om helsehjelp løftet flere ganger fram stikkordene en verdig alderdom og en meningsfull hverdag. Tiltak for å øke trivsel og mestring hos mennesker med demens ble særlig trukket fram, blant annet gjennom fysisk aktivitet, musikk og sang, deltakelse i hverdagsaktiviteter og besøk av dyr. Det ble også foreslått at pårørende i større grad bør inviteres til å delta i aktivitetene som tilbys, for å skape gode felles opplevelser.

God miljøbehandling forutsetter gode fysiske og sosiale rammebetingelser. Fysiske rammebetingelser er blant annet utforming og innredning av rom, lys- og lydforhold, tilgjengelige hjelpemidler eller etablering av sanserom og sansehager. Enkle og oversiktlige omgivelser som det er lett å orientere seg i, reduserer forvirring, skaper forutsigbarhet, trygghet og mestringsfølelse. Personalets rolleforståelse og utøvelse er en sentral faktor. De skal kunne gi støtte, sørge for å involvere og vise at de verdsetter den enkelte.

Det er begrenset erfaring med bruk av kunst- og kulturuttrykk i miljøbehandling til eldre i Norge. I 2016 kom boken Musikkterapi og eldrehelse, som omfatter både musikk som en helseressurs i hverdagslivet og musikk som del av en bred miljøterapeutisk praksis, til musikk som et behandlingstilbud som krever spesialisert musikkterapikompetanse (194). Nyere studier viser at når ansatte får mulighet til å bruke sang og musikk terapeutisk, fungerer det mot uro og depresjon ved demens eller mot utagering ved stell og daglige aktiviteter. Videre blir bruk av psykofarmaka redusert, pårørende blir mer tilfredse, sykefraværet blant ansatte går ned. Pasienter det før av og til var behov for tre personer for å stelle, kan stelles av én person (195). Erfaringene som rapporteres fra ulike kommuner, som har tatt i bruk sang integrert i behandlingen, bekrefter langt på vei dette bildet. Eldre blir roligere, og sang kan brukes som alternativ kommunikasjon i situasjoner som tidligere kunne eskalere til konflikter og tvangssituasjoner. Bruk av sang og musikk skaper også en annen forståelse, og gir relasjoner mellom beboere og ansatte en ny kvalitet.

For å utvikle og spre miljøterapeutiske metoder og arbeidsformer er det opprettet et nasjonalt kompetansemiljø for kultur, helse og omsorg tilknyttet Levanger kommune i samarbeid med fag- og forskningsmiljøer. Det er bevilget midler til å videreutvikle og spre opplæringsprogram om miljøbehandling og integrert bruk av musikk og sang til ansatte i helse- og omsorgstjenestene.

Boks 7.5 Miljøbehandling – eksempler

Film for minnene

Sesongfilm er filmer med innhold som er tilpasset personer med demens, og som kan brukes i stimulerings- og aktiviseringstiltak på sykehjem, hjemme og i dagaktivitetstilbud. Filmene dekker ulike miljøer i Norge fra nord til sør, og innholdet dreier seg rundt dagliglivets små og store erfaringer, naturen og årstidene. Sesongfilm er utviklet for å stimulere sanser og skape gode opplevelser knyttet til brukernes egne minner. Erfaringen er at sesongfilmene fremmer gode stunder, skaper aktiv omsorg og gode øyeblikk og assosiasjoner som gir grobunn for samtale. Sammen med filmene er det laget et hefte som gir faglig bakgrunn for bruk av film som aktivitet for personer med demens. Sesongfilm er utviklet i samarbeid mellom Nasjonal kompetansetjeneste for Aldring og helse, produksjonsselskapet Glefs og Asker kommune.

Kilde: http://sesongfilm.no/ og
https://www.aldringoghelse.no/articles/tag/film/

Musikkbasert miljøbehandling

Ved Feviktun bo- og omsorgssenter i Grimstad kommune er systematiske sang- og musikkverktøy tatt i bruk fra høsten 2016. Tiltaket har ført til et større fokus på beboernes restressurser og en mer interessant og variert arbeidsdag for de ansatte. En beboer har fått fjernet tvangsvedtak etter at musikkbasert miljøbehandling ble implementert i daglig omsorg. Det er betydelig mindre uro, aggresjon og bruk av tvang.

Kilde: www.grimstad.kommune.no

Ytterøy helsetun i Levanger kommune har tatt i bruk sang, musikk og bevegelse som miljøbehandlingsmetode. Det er CD-spillere på alle pasientrom og sang og musikk benyttes i stellsituasjoner og under måltider. Satsningen på miljøbehandling har medført en betydelig reduksjon i bruk av psykofarmaka og sovemedisiner.

Kilde: www.levanger.kommune.no

Gjenklang

Gjenklang er et opplæringstiltak for bruk av sang i samværet med personer med demens. I Songdalen kommune brukes sang og musikk aktivt som miljøtiltak for beboere i sykehjem, dagsenter og omsorgsboliger. Gjenklang skal bidra til gode stunder for beboere og pasienter. To musikkterapeuter har funnet fram til sanger den eldre generasjonen lærte på skolen. De har sunget sangene inn på CD, i et tempo og toneleie som passer de eldre. Sangen legger til rette for samtaler rundt minner som dukker opp. Musikkterapeutene har undervisning for personalet på arbeidsplassen, der de viser hvordan ansatte kan bruke dette som verktøy, selv om de ikke selv ønsker eller tør å synge.

Kilde: www.musikkterapeutene.no

Skrivekurs for eldre

Kirkens Bymisjon i Oslo har i en årrekke arrangert skrivekurs for eldre ved flere sykehjem og eldresentre. I 2016 kom boken: Det er jeg som har skrevet det. Boken inneholder tekster skrevet av de eldre. Prosjektet har inspirert til skrivekurs flere steder.

Målet med skrivekursene er at deltakerne skal få mulighet til å utvikle seg og lære noe, uavhengig av alder og livssituasjon. Kursene har mange positive ringvirkninger. Eldre får mulighet til å være kreative og skapende gjennom å produsere egne tekster. Ofte blir mennesker som bor på sykehjem definert av andre, gjennom tekstene de produserer får de selv komme til uttrykk. Videre legges det til rette for sosialt samvær og fellesskap.

Kilder: https://kirkensbymisjon.no

Boks 7.5 forts.

Ved Mortensnes sykehjem og Mortensnes dagsenter i Tromsø kommune har de hatt skrivekurs, der beboere og ungdomsskoleelever skriver sammen. Hensikten har vært å skape de gode øyeblikkene i samspillet mellom unge og gamle. Erfaringer og forventninger til livet formidles gjennom tekster. De ansatte opplever at skrivekurset gir de eldre mulighet til refleksjon over levd liv og hvordan livet er i dag, og skaper gode øyeblikk gjennom økt mestring. Dette igjen øker livskvaliteten ved positiv bekreftelse på deres egen historier. Skrivekurset er ledet av en forfatter i samarbeid med ansatte. Boka Sånn som æ husker det – tekster fra et levd liv ble utgitt i 2016.

> *«Vi hadde ikke drømt om på forhånd at det skulle bli skrevet så mange morsomme, gripende og detaljrike tekster.»*
>
> (Ansatt ved Mortensnes)

Kilde: http://www.tromso.kommune.no/mortensnes-sykehjem.121894.no.html

Kunstterapi til eldre og personer med demens

Hos personer med demens kan verbal kommunikasjon ofte bli vanskelig og forsterke følelsen av å ikke mestre. Muligheter for å uttrykke seg kreativt gjennom bilder, dans eller andre kunstformer kan derfor være berikende. Målene er å øke mestringsfølelsen, skapergleden og livsgleden til de eldre. Kunstterapi rettet mot eldre og personer med demens er brukt blant annet i dagaktivitetstilbud til personer med demens i Hamar kommune.

Kilde: http://www.utviklingssenter.no/kunstterapi-for-hjemmeboende-personer-med-demens.5028112-179637.html

Samisk tun

I Karasjok kommune er det etablert et samisk tun for personer med demens. Tunet er en levende møteplass med rot i samisk tradisjon og kultur. Målet er å tilby aktiviteter som personer med demens kan mestre, og legge til rette for møter på tvers av generasjoner, der eldre kan overføre samiske tradisjoner til barn og unge i lokalsamfunnet. Det samiske tunet har en gamme og en lavvo, og tilbyr varierte aktiviteter, blant annet garnbøting, skinnberedning, røyking av kjøtt, og kaffestund rundt bålet. Tunet har en sansehage bestående av kjente og stedsegne elementer. Hagen ligger i tilknytning til sykehjemmet og omsorgsboligene og er lett tilgjengelig for kommunens eldre befolkning.

Kilde: http://www.utviklingssenter.no/samisk-tun.4917519-179637.html

7.5 Systematisk kartlegging og oppfølging

Å fange opp tegn på utvikling av sykdom, funksjonstap eller problemer, er en forutsetning for å komme tidlig i gang med tiltak, både hos hjemmeboende eldre og eldre på sykehjem. Helse- og omsorgstjenesten bør derfor utvikle og bruke ansattes kompetanse i systematisk observasjon, kartlegging og oppfølging.

Slik kartlegging og oppfølging må i tillegg til fysisk helse og funksjon omfatte ernæringsstatus, munn- og tannhelse, sansetap, psykisk helse og sosiale forhold. Dette forutsetter personell med bred kompetanse, men ofte også et samarbeid mellom flere faggrupper som tannpleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, sosialarbeidere og personell med ernæringskompetanse, i tillegg til sykepleiere og leger. Dette begrunner og må ses i sammenheng med utviklingen av teambaserte tjenester.

Når helsepersonell ikke oppdager at sykdom utvikles eller forverres, har de ikke mulighet til å sette i gang riktige tiltak. Avdekking av endring i helsetilstand og funksjon forutsetter blant annet (7):

- Et system for måling gjennom observasjons- og kartleggingsverktøy
- Rutiner for dokumentasjon og overvåkning av symptom- og sykdomsutviklingen
- Løpende oversikt over samlet kompetanse og behovet for faglig oppdatering
- Tilbud om regelmessig faglig oppdatering og kollegaveiledning

Når eldre personer blir akutt syke, kan symptomene ofte være atypiske og diffuse. Den akutte sykdommen kommer i tillegg til de kroniske sykdommene de allerede har, noe som skaper sammensatte sykdomsbilder og en kompleks sykehistorie. Ulike legemidler pasienten står på kan kamuflere vanlige symptomer på sykdomsutvikling og komplisere bildet. Det gjør det krevende å stille riktig diagnose. I tillegg kan sansetap eller kognitiv svikt vanskeliggjøre kommunikasjon. Det er en utfordring at retningslinjer for behandling er basert på enkeltdiagnoser og i liten grad ivaretar behandling av pasienter med sammensatte sykdommer og problemer.

Sykepleiere med videreutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie, vil kunne fylle nye roller i kommunale helse- og omsorgstjenester, og blant annet bidra til tettere oppfølging av eldre innbyggere med sammensatte behov. Kompetanse knyttet til eldre og aldring vil være viktige elementer i all utdanning av faggrupper som skal ivareta behov i kommunale helse- og omsorgstjenester. Ansatte med geriatrisk kompetanse i spesialisthelsetjenesten er nødvendig for å sikre et godt kvalitativt tjenestetilbud til denne gruppen. Helseforetakene skal også bidra til kompetanseutveksling og kompetanseoppbygging i kommunal helse- og omsorgstjeneste, og bistå med geriatrisk kompetanse og veiledning til kommunene.

Å komme tidlig nok i gang med behandling når helsen endrer seg har vært et gjennomgående tema på dialogmøtene. Temaet er tatt opp av både brukerrepresentanter, ansatte, ledere og fagmiljø. Mye kunnskap om relevante tiltak finnes allerede i tjenestene, men er ikke tatt systematisk i bruk. Fortsatt er det for mange eldre som legges inn på sykehus med tilstander og problemer som kunne vært forebygget eller avdekket på et tidligere tidspunkt. Det er derfor behov for økt oppmerksomhet på medisinsk oppfølging av eldre brukere i omsorgstjenestene, både hjemmeboende og beboere i sykehjem. En tilgjengelig og god legetjeneste i sykehjem er her sentralt.

Systematisk samarbeid mellom helse- og omsorgssektoren og tannhelsetjenesten, og kontinuerlig opplæring av ansatte er avgjørende for at munnhelse og tannpleie skal bli en naturlig del av den daglige pleien.

Å flytte eldre som bor hjemme eller i sykehjem til sykehus for intravenøs behandling med væske eller antibiotika er vanlig. Samtidig er det godt kjent at slike flyttinger kan bidra til forvirring og utrygghet, og at det beste for pasienten ofte vil være å motta nødvendig behandling lokalt. Det forutsetter imidlertid ansatte som både har gode rutiner for kartlegging av behov og gjennomføring av intravenøs behandling.

En gjennomgang av innleggelser fra sykehjem til sykehus foretatt av Senter for omsorgsforskning, viser at det er store forskjeller fra sykehjem til sykehjem. Undersøkelsen konkluderer med at en viktig årsak til innleggelser er en grunnleggende usikkerhet i vurderingen av den eldres helsetilstand blant de som legger inn (196). Tilsvarende viser erfaringer fra pasientsikkerhetsprogrammet at økt kartleggingskompetanse og mulighet for å gjøre vitale undersøkelser i pasientens hjem, gir både hjemmetjeneste og konferende lege et bedre beslutningsgrunnlag for å bestemme om en pasient skal legges inn eller motta medisinsk oppfølging i hjemmet (197).

Flere prosjekter i regi av utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester viser at tjenestene gjennom systematisk observasjon kan avdekke utfordringer tidlig, og gjennom oppdatering av kunnskap og opplæring kan ivareta flere oppgaver lokalt. Sykepleiere har gjennom sin grunnutdanning et godt utgangspunkt for systematisk observasjon og kartlegging. Erfaringer fra både pasientsikkerhetsprogrammet og andre prosjekter viser at å styrke kompetansen gjennom tverrfaglige undervisningsopplegg fører til at systematisk observasjon og kartlegging bedre integreres i tjenesten. Dette gjelder både sykehjem (198) og hjemmetjenester (197).

Økende alder medfører betydelig redusert toleranse for alkohol og rusmidler og øker potensialet for skadevirkninger som balanseproblemer, nerveskader, psykiske plager og søvnproblemer. Bruk av legemidler i kombinasjon med rusmiddelbruk øker risikoen for funksjonsfall ytterligere. Rusmedisinsk kunnskap og kompetanse hos helsepersonell vil være viktig både for å oppdage uheldig samtidig bruk av alkohol og legemidler, men også for å senke terskelen til å ta opp rusmiddelbruk.

Symptomlindrende behandling blir særlig viktig når mennesker lever med flere og kroniske sykdommer eller problemer som gir innvirkning på dagliglivets aktiviteter og mestring av egen hverdag. God symptomlindring er også av stor betydning i livets siste fase. Kompetanse til å avdekke tidlige tegn på forestående død er nødvendig for å sikre god omsorg og helsehjelp (7). God palliativ behandling og omsorg ivaretar den som trenger det på en helhetlig måte, fysisk, psykisk, sosialt og åndelig. Den tar hensyn til brukerens og pårørendes behov gjennom en kontinuerlig dialog under hele sykdomsforløpet (199).

Boks 7.6 Systematisk kartlegging og oppfølging – eksempler

Sykepleieklinikk for hjemmeboende

Stavanger kommune har etablert en sykepleieklinikk for pasienter som mottar sykepleie fra hjemmetjenesten. Bruker med vedtak om sykepleie kan bestille time og komme til klinikken for å få sykepleiefaglig hjelp. Formålet er å gi et tilbud om kommunale sykepleietjenester i tilrettelagte lokaler med optimale hygieniske forhold og nødvendig utstyr tilgjengelig. Klinikken er bemannet av fire erfarne sykepleiere som er organisert under hjemmetjenesten, og er åpen hver dag. Klinikken har to behandlingsrom, tilrettelagt for blant annet sårbehandling med godt lys og tilgjengelig utstyr.

Pasientene betaler ikke for konsultasjonen, men må dekke transport selv. Tilbudet er samlokalisert med en av kommunens frisklivs- og mestringstilbud, med informasjon om øvrige tilbud lett tilgjengelig for besøkende. Tilbakemeldingene fra pasientene er gode. Samtidig rapporterer tjenesten at samhandling med fastleger og spesialisthelsetjenesten kan bli bedre.

Kilde: www.stavanger.kommune.no

Akuttsekk

Skedsmo kommune har, som ledd i pasientsikkerhetsprogrammet, hatt økt fokus på tidlig oppdagelse av forverret tilstand. Alle enheter i hjemmesykepleien har med seg en sekk med nødvendig utstyr for å kartlegge en akutt syk pasient. Sekken inneholder blant annet blodtrykksapparat, saturasjonsmåler, klokke, lommelykt og enkelt sårutstyr. Personalet har vært på kurs og øvd på å bruke utstyret. Utstyrssekken sammen med opplæringen gir økt trygghet på egen faglige kompetanse. At alle enheter er utstyrt med nødvendig utstyr gjør også tilbudet til pasientene mer effektivt. Det er ikke nødvendig å dra inn igjen til basen for å hente utstyr, og det er ikke knapphet på utstyr. Ordningen gjør at hjemmetjenesten kan gi mer detaljert informasjon om pasienten ved henvendelse til fastlege, legevakt eller akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK), og bidrar til at behovet for utrykning, innleggelse og hastegrad kan vurderes raskere og på et bedre faglig grunnlag. Ordningen har fått svært gode tilbakemeldinger fra fastleger, legevakt og AMK (197).

ALERT

Flere utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester har gjennomført kompetanseprogram for å øke ansattes kompetanse på systematisk observasjon og kommunikasjon. Kursdeltakerne øves opp i å benytte systematisk observasjonsmetodikk og kartleggingsverktøy. Formålet er å avdekke endringer og forverringer av den eldres helsetilstand, og kunne dokumentere og formidle kunnskapen til øvrig helsepersonell. Kurset utdanner instruktører som holder kurs for ansatte i sine kommuner. Målet med kompetanseprogrammet er å ivareta pasientene til rett tid av riktig personell på rett sted, når akutt sykdom eller forverret tilstand inntreffer.

Kilde: http://www.utviklingssenter.no/alert-sammen-om-kompetanseheving.5166700-179690.html

ABCDE

Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Rogaland har utviklet et kompetanseprogram som piloteres i to sykehjem og to hjemmebaserte tjenester i Stavanger og Sola kommune. Kompetanseprogrammet skal bidra til å bygge en systematisk observasjons- og handlingskompetanse hos bredden av helsepersonell i sykehjem og hjemmetjenester. Målet er at den enkelte bruker blir ivaretatt til rett tid av riktig personell på rett sted når akutt sykdom/forverret tilstand inntreffer.

Kompetanseprogrammet består av fire kompetanseområder: teoretisk kunnskap, praktiske ferdigheter, samhandling og kommunikasjon, samt etiske refleksjoner.

Parallelt med utviklingen av kompetanseprogrammet har utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Rogaland initiert et samarbeid med utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Akershus, Oslo, Vestfold, Agder, Oppland og Østfold, for å se på muligheten til å utvikle en felles kompetansepakke med kunnskapsbaserte verktøy tilpasset ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Kilde: http://www.utviklingssenter.no/

Boks 7.6 forts.

Intravenøs behandling i sykehjem

Gjennom et samarbeid mellom sykehus, utdanningsinstitusjoner og 30 sykehjem i Vestfold har pleiepersonalet i sykehjemmene fått teoretisk og praktisk opplæring i intravenøs behandling (iv) ved dehydrering og infeksjoner. Undervisningen ble gitt i sykehjemmets lokaler, og inkluderte både teoretisk undervisning og praktisk trening. Det ble i tillegg gitt egen opplæring til sykehjemsleger og legevaktsleger. Målet var å gjøre sykehjemmene kompetente til å gi sine pasienter iv-behandling lokalt.

Behandling med intravenøs væske gis nå lokalt uten at pasienten må flyttes. Følgestudien konkluderer med at opplæringsprogrammet var et svært effektivt tiltak for å redusere antall sykehusinnleggelser på grunn av dehydrering og infeksjoner hos sykehjemsbeboere. Opplæring i iv-behandling har ført til at bare 30 prosent av de som får behandling med antibiotika og 10 prosent av de som får ren væskebehandling sendes på sykehus. De øvrige får behandling på sykehjemmet. Dehydrering blir sannsynligvis i større grad forebygget, og pleiepersonalet har fått økt kompetanse på å vurdere når det er etisk riktig å sette i gang væskebehandling eller ikke (198).

Kilde: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28880941

Systematisk kompetansekartlegging

Verdal kommune har tatt i bruk en spørreundersøkelse for å kartlegge kompetansen i sin stab. Basert på kartleggingen planlegges og gjennomføres det ulike opplæringstilbud. Opplæringstilbudene omhandler alt fra lover, taushetsplikt og sosiale rettigheter til autisme, utviklingshemming, lungesykdommer, palliativ behandling og seksuell helse. Målet er å sikre at alle ansatte har grunnleggende kompetanse på utfordringer de kan møte i hverdagen. Kompetansekartleggingen startet som et prosjekt finansiert av Helsedirektoratet, og er nå etablert i ordinær drift.

Kilde: www.verdal.kommune.no

Tannhelsesamarbeid

Tannhelsetjenesten i Buskerud har gått systematisk til verks for å få på plass avtaler som sikrer et godt samarbeid mellom tannhelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten. Avtalen er forankret i lovverket og definerer partenes ansvar og oppgavefordeling med tanke på å sikre brukerne en tilfredsstillende tannhelse. Det er lagt opp til systematisk opplæring av pleiepersonell og regelmessige møter mellom tannhelsetjenesten og kommunen. Det gjennomføres en kartlegging på alle sykehjemmene i fylket hvert tredje år for å se på kvaliteten på tann- og munnstell og evaluere om samarbeidet fungerer etter intensjonen i avtalen.

Kilde: http://www.bfk.no/Tjenesteomrade/Tannhelse/Om-tannhelsetjenesten/

Basert på et prosjekt i Lenvik kommune er det innført nye rutiner for samarbeid mellom helse- og omsorgstjenestene i kommunene og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i Troms. Blant de ansatte på sykehjemmene er det etablert en tannkontakt på hver avdeling, og det er gitt opplæring i betydningen av tann- og munnstell til beboerne. Dette har ført til at ansatte er mer observante på tannhelsetilstanden til hver beboer, slik at tiltak blir satt inn tidligere. Dermed blir det mindre behov for mer inngripende tannbehandlinger, inkludert tannbehandling i narkose.

Kilde: www.lenvik.kommune.no

Boks 7.6 forts.

Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i Sogn og Fjordane og Høgskulen på Vestlandet, avdeling for helsefag, har inngått en avtale om samarbeid for å bedre den orale tannhelsen til eldre som bor på institusjoner i fylket og for å øke kompetansen innen oral helse hos sykepleiere. Fylkeskommunalt ansatte tannleger gir teoriundervisning i tre timer hvert studieår, mens tannpleiere er ansvarlig for praktiske øvelser i grupper. Sykepleiernes kunnskap om oral helse og ferdigheter i munnstell oppgis som nøkkelen til god tannhelse hos beboere på institusjon. Undervisningen av sykepleiere suppleres med en samarbeidsavtale med pleie- og omsorgstjenesten i kommunene i fylket. Avtalen omfatter undervisning til ansatte på institusjonene, og beskrivelse av de to avtalepartenes ansvar for å sikre en god munnhelse for beboerne

Kilde: http://www.sfj.no/

Nettverk eldre og rus Oslo

NERO, Nettverk eldre og rus Oslo, er et prosjekt som har vært gjennomført i flere bydeler i Oslo kommune. Målet for prosjektet er å utvikle helsetjenestens evne til å intervenere ved skadelig bruk av alkohol og legemidler hos eldre. Prosjektet har lagt til rette for kompetanseheving hos ansatte gjennom praktiske kurs og fagdager. Tilnærmingen bruker motiverende samtaler og vektlegger helseforhold, funksjon og mestring av dagliglivet i stedet for å fokusere på misbruk og rusproblemer. Erfaringer fra prosjektet viser at eldre forholder seg positivt til direkte spørsmål om alkoholbruk, og opplever dem som en meningsfull del av helseomsorgen. Selv om metodikken i dette tilfellet er rettet mot eldre, kan et slikt nettverk for rusoppfølging benyttes også for andre aldersgrupper.

Kilde: http://tidliginnsats.forebygging.no/Artikler–Kronikker/Nettverk-eldre-og-rusbruk-i-Oslo/



Figur 8.1

8 Sammenheng

Leve hele livet er en reform for å skape et mer sammenhengende tjenestetilbud for eldre og deres pårørende. Målet er å gi eldre økt trygghet og forutsigbarhet i pasientforløp og overganger, få færre hjelpere å forholde seg til og oppleve større grad av kontinuitet i tilbudet. Målet er også å ta vare på de som tar vare på sine nærmeste, og gi støtte og avlastning, slik at de ikke sliter seg ut.

Slik skal eldre og deres pårørende få mulighet til å leve livet – hele livet.

Tilbakemeldinger fra dialogmøtene og kunnskap på området tyder på at mange eldre og deres pårørende opplever at tjenestene er for oppstykket og mangler helhet og kontinuitet. Det fører til utrygghet og bekymringer, og rammer særlig dem med størst behov.

Oppsummert er utfordringene:

- For lite personsentrert tilnærming
- For lite avlastning og støtte til pårørende
- Manglende kontinuitet og trygghet, for mange ansatte å forholde seg til og usikkerhet om og når hjelpen kommer
- For mange brudd og krevende overganger mellom tjenestetilbud i kommunene
- For lite kontinuitet og trygghet i overgangen mellom de ulike tjenestenivåene

For å møte utfordringene foreslås fem løsninger, der målet er å gi økt kontinuitet, trygghet og forutsigbarhet i pasientforløpet til eldre og deres pårørende:

- Den enkeltes behov
- Avlastning og støtte til pårørende
- Færre å forholde seg til og økt kontinuitet
- Mykere overganger mellom eget hjem og sykehjem
- Planlagte overganger mellom kommuner og sykehus

Boks 8.1 Vi blir mye bedre sammen enn hver for oss

«Vælkømmin tel Hamar!»

Fylkesmann Sigbjørn Johnsen åpnet det fjerde dialogmøtet som hadde temaet sammenheng. Han snakket om den såkalte generasjonskontrakten:

«Det handler om at vi er hverandres nødvendighet. I Norge er vi glade i modellen som innebærer at generasjonene stiller opp for hverandre gjennom livsløpet.»

Sigrid Askum, fagleder i KS læringsnettverk for gode pasientforløp snakket om hvordan de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten må arbeide sammen:

«Vi har dessverre ikke en medfødt evne til å samarbeide. Derfor må vi bevisst trene på det.»

Hun er en av flere som står bak Hva er viktig for deg-dagen, en sosial bevegelse som skal hjelpe helse- og omsorgsarbeidere å finne ut hva som er viktig for den enkelte, som grunnlag for utvikling av tjenestetilbudet.

Anita Hatland fra Pårørendeaksjonen fortalte at verdig alderdom handler om viktigheten av god ivaretakelse av pårørende:

«I sum bidrar pårørende like mye som helse- og omsorgstjenesten. For mange varer omsorgsrollen lenge, mer enn 15 år for en fjerdedel.»

Boks 8.1 forts.

Hun trakk fram Gjøvik kommune som et godt eksempel. Der kan pårørende gå rett til en nettside med all informasjon de trenger:

> *«De har til og med et telefonnummer man kan ringe. Det er sånne ting som gjør at vi bare sier takk. Det å være menneske i et samfunn er en ren omsorgsøvelse. Og vi må hjelpe omsorgspersoner og pårørende å hjelpe.»*

Deltakere startet gruppearbeidet med å presentere sine behov, drømmer og forslag til tiltak for bedre sammenheng i tjenestene.

Som avslutning på dagen gikk deltakerne gjennom innspillene, og satte hjerter på de forslagene som var viktigst for dem.

Eksempler på hjertesaker:

- *Ett helsevesen*
- *Sømløshet i kommunale tjenestetilbud*
- *Felles IT-verktøy som snakker sammen*
- *Trygghet for alle, trygghet i alle faser og god informasjonsflyt*
- *Legge til rette for brukermedvirkning i alle ledd*
- *Nok kompetanse, riktig kompetanse på riktig sted*
- *Ikke slipp stafettpinnen før noen tar imot*
- *Ta pårørende på alvor og involvere dem*

Statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet Anne Grethe Erlandsen, takket for deltakelsen:

> *«Tusen takk for at dere har vært her og delt deres erfaringer og kunnskap. Særlig er vi glad for gode eksempler på løsninger som kan skape bedre sammenheng i tjenestene. De skal vi ta med oss inn i reformen til andre som har tilsvarende utfordringer. Det beste i væla er stjælt, som vi sier på Hedmarken.»*

Etter dialogmøtet om sammenheng har det kommet skriftlige innspill til Helse- og omsorgsdepartementet fra organisasjoner og enkeltpersoner:

- *Når eldre blir syke må de slippe å bli sendt fra det ene midlertidige sykehjemsoppholdet til det andre. Å bo i koffert og kun ha et nattbord med private eiendeler, og måtte forholde seg til stadig nye hjelpsomme tilsette er forvirrende. Viktig med forutsigbare, gode og trygge forhold på slutten av livet (Kari Torkildsen Utkilen)*
- *Det må etableres møteplasser for leger og annet helsepersonell som arbeider pasientrettet innenfor de ulike tjenestenivåene. Felles undervisning og nettverksbygging vil kunne bidra til at spesialisthelsetjenesten etterspørre kompetanseoverføring fra primærhelsetjenesten (Den norske legeforening)*
- *Fordi eldre er en gruppe med ulike preferanser og behov, og fordi vi forventer at flere ønsker å kunne velge det som passer av omsorgstilbud og tjenester for seg og sine pårørende, bør kommunene stimuleres til å tilrettelegge for mer mangfold i tjenestene. Fritt brukervalg bør understøtte dette (Virke)*
- *Alle eldre med omfattende og sammensatte behov skal ha en kontaktsykepleier som har reell myndighet til å sørge for at alle involverte parter i et pasientforløp arbeider sammen (Norsk Sykepleierforbund)*

Tilstand og utfordringer

Sammenheng er ett av hovedområdene i reformen, fordi eldre ønsker et tjenestetilbud som er mer preget av god samhandling og kontinuitet, og færre hjelpere å forholde seg til. Mange eldre og deres pårørende opplever manglende kontinuitet og forutsigbarhet i tjenestetilbudet med unødvendige brudd og krevende overganger.

Manglende personsentrert tilnærming

På nesten alle dialogmøtene har behovet for individrettede tjenester og personsentrert omsorg vært et hovedtema. En fellesnevner er at mange mener det er manglende kunnskap om den enkelte brukers preferanser og at tildeling av tjenester skjer før eller uten at brukernes ressurser, behov og ønsker er tilstrekkelig kartlagt. Videre har mange tatt til orde for at det er mye fokus på

standardløsninger og ikke på den enkeltes individuelle behov. Som en uttrykte det på dialogmøtet; *«Jeg opplever at personsentrert omsorg ofte blir personalsentrert omsorg – det er systemene som bestemmer og ikke den enkelte pasient.»* Flere trakk også fram behovet for å være sjef i eget liv og sentrum for avgjørelser som gjelder en selv.

Undersøkelser viser at kunnskap om pasientenes livsfortellinger gir innsikt som brukes for å tilpasse pleien og yte mer individrettede tjenester (200). Flere studier viser at personsentrert omsorg gir positiv endring på uro og rastløshet, bedre effekt på depressive symptomer og bedre resultat på livskvalitetsmål (201; 202). Å arbeid personsentrert betyr også at tiltakene blir mer målrettede og treffsikre.

Lite støtte og avlastning til pårørende

Den uformelle omsorgen som ytes av pårørende og nærpersoner synliggjøres ikke i offentlige planer eller budsjetter. Pårørende opplever ofte at deres innsats ikke blir verdsatt og at deres behov ikke blir hørt. Flere utredninger og meldinger viser til at samfunnet er avhengig av pårørendeomsorgen. Samtidig vet vi at pårørende som yter omsorg er mer utsatt for fysiske og psykiske plager enn befolkningen for øvrig, noe som kan tilskrives belastningen omsorgsarbeidet medfører. Deltakelse i arbeids- og samfunnsliv kan motvirke de negative effektene av omsorgsarbeidet. Det blir derfor avgjørende å legge bedre til rette for at det går an å kombinere arbeid og omsorg, noe som vil stille krav både til helse- og omsorgstjenestene og til større fleksibilitet i arbeidslivet.

Avlastning, støtte og veiledning til pårørende var ett av temaene eldre og pårørende var mest opptatt av på dialogmøtet om sammenheng. Mange tok til orde for at kommunikasjonen mellom eldre, pårørende og de ulike deler av tjenestene måtte forbedres. Rapporten som oppsummerer kunnskap og forskningsresultater om helsehjelp for eldre understreker også at avlastning og støtte må tilpasses behovene til de som yter omsorg og tilbys før omsorgsbyrden blir så stor at omsorgsgiver ikke lenger kan håndtere belastningen (7).

Familie og pårørende vet ofte mye om livet til den eldre og har erfaring med hva som kan hjelpe i vanskelige situasjoner. Gode tjenester blir til ved at omsorgstjenestene samarbeider med både brukere og pårørende, og skaper en felles forståelse bygd på gjensidig tillit. Utveksling av informasjon, erfaring og kunnskap mellom partene er avgjørende for at tjenestene skal fungere.

I tillegg til å utføre omsorgsoppgaver, tar mange pårørende en aktiv rolle som koordinator for sine nærmeste. De følger med på tjenestetilbudet som gis, går i dialog med kommunen og andre tjenesteytere, og hjelper med å klage dersom de opplever tjenestetilbudet som utilstrekkelig. En sentral problemstilling er på denne bakgrunn hvordan helse- og omsorgstjenesten kan avlaste og bistå pårørende som har store omsorgs- og koordineringsoppgaver.

Lite kontinuitet i tjenestene

En annen hovedutfordring som ble trukket fram på dialogmøtet om sammenheng, og som understøttes av kunnskap og forskning på området, er manglende kontinuitet i tjenestene. Dette kan både være knyttet til antallet hjelpere, kontinuitet i kompetanse og tid. En av brukerne uttrykte det slik: *«Det er for mange som kjem inn i heimen for å hjelpe.»* En annen sa: *«Ansvaret blir pulverisert når det blir så mange inne hos den enkelte pasient.»*

Undersøkelser viser at for eldre, som må forholde seg til stadig nytt helsepersonell, forårsaker den manglende kontinuiteten utrygghet. I tillegg bidrar det til ineffektivitet, økt risiko for feil og redusert tilfredshet med tjenestene. Flere studier har vist at bedre kontinuitet er assosiert med bedre behandlingsutfall, mindre bruk av akutte helsetjenester, færre komplikasjoner og reduserte kostnader for samfunnet (203).

Det er en stor utfordring å oppnå kontinuitet for eldre som mottar hyppig og langvarig hjemmesykepleie (204). Eldre må forholde seg til svært mange ansatte i løpet av en uke både i sykehjem og hjemmetjenester. De fleste undersøkelser viser at pårørende mener at antallet pleiere per pasient er for høyt og bør ned. Pårørende til hjemmeboende mener at en fast fagperson å forholde seg til er den viktigste enkeltfaktoren for å sikre bedre kontinuitet og kvalitet i tjenestetilbudet (205). Samtidig viser andre undersøkelser at majoriteten av brukere ikke er misfornøyd med antallet ansatte (204). Flere framholder at det ikke bare er antallet pleiere som betyr noe, men også om de blir behandlet ordentlig og at de ansatte er faglig kompetente.

En undersøkelse i Oslo kommune i 2017 viser at brukerne av hjemmetjenester er opptatt av at de ansatte overholder avtalte tidspunkter og setter pris på å ha faste personer som vet hvordan de vil at ting skal gjøres. Dette skaper trygghet og forutsigbarhet (206).

På dialogmøtet om sammenheng ble det utrykt behov for en fast kontaktperson, som både

har myndighet og kompetanse til å sette i verk relevante tiltak og som sikrer bedre kontinuitet både i og utenfor institusjon. For å sikre god behandling og oppfølging til den enkelte bruker, er det også viktig med kontinuitet i kompetansen som tilbys, slik at de kan forvente samme hjelp, veiledning og prosedyrer uavhengig av hvilken fagperson som skal hjelpe.

Overganger og flyttinger

Innleggelse og utskrivning fra sykehus eller flytting fra eget hjem til sykehjem, innebærer krevende overganger der nytt helse- og sosialpersonell skal gi behandling og omsorg, og pasienten må forholde seg til et nytt fysisk og sosialt miljø. Det stiller høye krav til overføring av informasjon og bred overlapping mellom de forskjellige aktørene. Flere studier viser at slike flyttinger kan være en av de største krisene de eldre opplever gjennom livsløpet. Det blir brukt begreper som sorg, tap og krise om flytting i alderdommen (207).

Det kan være mange ulike årsaker til at eldre må oppleve slike flyttinger. Ofte handler det om at de må flytte dit de ansatte i helse- og omsorgstjenesten holder til, i stedet for at de ansatte kommer til dem. I en del tilfeller flyttes brukere på grunn av diagnose, for eksempel mellom ulike avdelinger eller sykehjem ved ulike stadier i sykdomsutviklingen. Nødvendigheten av slike endringer må i større grad vurderes opp mot de negative konsekvensene av selve flyttingen.

På dialogmøtet om sammenheng var mange opptatt av gode pasientforløp og smidige overganger. Problemet ble beskrevet som at det er for mange og usikre overganger mellom ulike deltjenestene i kommunene og mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten. Det er behov for økt grad av planlagte og forutsigbare overganger.

Overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Det er nedlagt et kontinuerlig arbeid over mange år for å skape helhet og sammenheng i tjenestetilbudet mellom nivåene. Mange tiltak er allerede iverksatt. For eksempel er det inngått samarbeidsavtaler mellom kommunene og helseforetakene, og det er utarbeidet retningslinjer og pasientforløp, også på tvers av behandlingsnivåene. Det er retningslinjer for hva fastlegene skal gjøre i forbindelse med henvisninger til sykehuset, og for hva sykehuset skal gjøre i forbindelse med utskrivning. Det er etablert læringsnettverk i et samarbeid mellom KS og Folkehelseinstituttet for å forbedre overgangene i pasientforløpet.

Samtidig viser undersøkelser (208) at det fortsatt er betydelige utfordringer i overgangen mellom tjenestenivåene, særlig knyttet til informasjonsoverføring. Kommunene og helseforetakene oppfordres til å legge til rette for tidlig planlegging og saksbehandling for utskriving fra spesialisthelsetjenesten. Medvirkning i avgjørelser i utformingen av det kommunale oppfølgingstilbudet og god informasjon til pasienten, og eventuelt pårørende, er viktig for å skape trygghet. Dette kan bidra til bedre og sikrere informasjonsflyt og mer sømløse overganger mellom tjenestenivåene.

Rapporten som oppsummerer kunnskap og forskningsresultater om overganger og brudd i pasientforløpet til eldre (3), viser til at henvisningsgrunn, korrekt medisinliste og beskrivelse av kognitiv status ofte manglet i henvisninger som fulgte eldre personer til sykehus. Dette reduserer sykehusets muligheter til å gi god og adekvat behandling og øker risikoen for unødvendige reinnleggelser hos pasientene. Dette er i tråd med rapporter fra Riksrevisjonen som viser at mellom 80–90 prosent av sykehusene jevnlig opplever at henvisningene ikke inneholder den informasjonen de trenger, blant annet om funksjonsnivå, for å kunne gjøre en korrekt vurdering og prioritering av pasienten. For pasienter med mange diagnoser og fininnstilt medisinering er det særlig viktig med slik informasjon.

På den annen side viser Riksrevisjonens rapporter at det også er store utfordringer ved utskriving av pasienter fra sykehus til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. For pasienter som har store oppfølgingsbehov i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, er det etablert et eget forskriftsfestet system for at de skal bli ivaretatt på en god måte ved inn- og utskriving av sykehuset. Dette handler blant annet om krav til kommunikasjon og informasjonsutveksling mellom sykehus og kommune. Riksrevisjonen har beskrevet at kvaliteten på informasjonen ofte ikke er god nok, det er feil og mangler i epikriser og medisinlister og mangelfull vurdering av pasientenes funksjonsnivå. Dette kan ha sammenheng med at sykehuspersonalet i liten grad får systematisk oppfølging om regelverk, prosedyre og rutiner for utskriving. Riksrevisjonen framholder at bedret informasjon ved utskriving vil kunne hindre reinnleggelser.

På dialogmøtet ble det gitt uttrykk for at det ikke er likeverdighet mellom nivåene, og at sykehusene ofte definerer pasientens behov for tjenes-

ter uten å være i dialog med kommunene. Pasientforløpene er tilpasset enkeltdiagnoser og ivaretar ikke pasientens rett til medvirkning. Det er dels store barrierer mellom nivåene. Flere trakk fram at mangelen på felles dokumentasjons- og saksbehandlingssystem er et hinder for informasjonsdeling og sikker kommunikasjon, både på tvers av nivåene, men også på tvers av kommunale deltjenester.

Fra eget hjem til sykehjem

En annen krevende overgang er flyttingen fra eget hjem til sykehjem. Denne overgangen fra hjem til sykehjem innebærer ofte store endringer for den som må flytte, og berører sterkt både familie og pårørende og de som arbeider i helse- og omsorgstjenestene.

Flytting fra eget hjem til sykehjem innebærer ikke bare flytting til et nytt botilbud. Det kan også innebære å flytte fra livspartner, familie og pårørendes omsorg og fra egen fastlege, hjemmehjelpere og hjemmesykepleiere, til å bo sammen med mange andre med alvorlig sykdom, problemer og funksjonstap, og møte et helt nytt sett av helse- og sosialpersonell. I tillegg må de forholde seg til ukjente institusjonsrutiner og helt andre ordninger for saksbehandling, egenbetaling og finansiering. En slik flytting kan være dramatisk og utløse usikkerhet, sorg og angst. I en sårbar livssituasjon kan dette innebære en livskrise og skape passivitet og apati.

Slike overganger kan være krevende for alle, og by på særlige utfordringer for eldre som flytter fra sine røtter og sin kultur. Som det ble uttrykt fra samisk hold i dialogprosessen: *«Å flytte på sykehjem mange mil unna er for mange å flytte ut av det samiske samfunnet.»*

For enkelte eldre med innvandrerbakgrunn kan en slik flytting også innebære at de selv eller deres familie bryter med kulturelle normer og forventninger om at familien tar vare på sine egne.

Overgangsproblemene blir satt på spissen når de eldre veksler mellom å bo hjemme og på sykehjem. En studie av kontinuitet i sykepleien til pasienter med vekselsopphold (209), viser at vekselpleie byr på store utfordringer med å opprettholde kontinuitet i sykepleien.

Flyttingen innebærer også store endringer for pårørende, som på den ene siden kan bli lettet for omfattende og tunge omsorgsbyrder, men på den andre siden kan føle at de svikter sine og ikke slipper til i sykehjemmet (68).

Bruk av kommunale ressurser i den eldres eget hjem er ofte svært lav sammenlignet med hva som ytes per døgn i sykehjem. Framfor en jevn økning av den kommunale innsatsen over tid, viser undersøkelser at ressursbruk og kommunalt tjenestetilbud øker dramatisk ved flytting fra eget hjem til sykehjem. En analyse fra 2005 av 1100 sykehjemsinnleggelser i Trondheim kommune, viser at det er et stort sprik i antall timer brukt til omsorg fra den dagen en pasient går fra å motta hjemmetjenester til innleggelse på sykehjem. Det store flertallet, mer enn 600 sykehjemsbeboere, hadde mindre enn fem timers omsorg i uken før innleggelse, mot gjennomsnittlig 30 timer eller seks ganger så mye hjelp per uke etter innleggelse (210).

En undersøkelse av de samfunnsøkonomiske kostnadene knyttet til demens (69) viser at den siste måned før innleggelse på sykehjem får pasienter med demens fire timer hjemmesykepleie og litt hjemmehjelp i uken. 20 prosent av dem har også et dagtilbud 1,5–2 dager i uken. Til sammenligning er kostnadene i sykehjem nå godt over 1 mill. kroner per plass per år i gjennomsnitt, og timetallet tilsvarende et årsverk. Motsatt er det med pårørendeinnsats. Når demensdiagnosen blir stilt ytes det i gjennomsnitt 60 til 85 timer hjelp i måneden. I tiden før innleggelse i sykehjem yter pårørende opptil 160 timer hjelp i måneden, det vil si innsats tilsvarende mer enn et månedsverk i full stilling. Etter innflytting i sykehjem er pårørendeinnsatsen redusert til 1,6 timer per uke.

For å møte utfordringene beskrevet over, legger reformen fram fem forslag til løsninger basert på lokale eksempler fra kommuner, helseforetak og frivillige organisasjoner mv. Løsningene skal bidra til økt trygghet og forutsigbarhet i pasientforløpet til eldre og deres pårørende.

8.1 Den enkeltes behov

Eldres tjenestetilbud skal ta utgangspunkt i hva som er viktig for den enkelte. Sentrale virkemidler for å få til en personsentrert tilnærming er en kartleggende velkomstsamtale ved oppstart av tjenestetilbudet og ved flytting til sykehjem, utforming av individuell plan, primærkontakt og jevnlige pasient- og pårørendesamtaler.

En personsentrert tilnærming innebærer å ivareta de eldre som hele mennesker, ikke bare deres sykdom og funksjonssvikt. Målet er at hvert enkelt menneske skal ta i bruk sine ressurser og opprettholde selvstendighet så langt som mulig. Det betyr å verdsette mennesket uavhengig av

alder eller kognitiv funksjon og søke å forstå verden sett fra den enkeltes perspektiv, og imøtekomme den enkeltes sosiale og psykologiske behov. Beboernes livsfortellinger, verdier og preferanser skal danne utgangspunkt for utforming og gjennomføring av tjenestetilbudet. Dette krever respekt og sensitivitet for språk, kultur og identitet.

Elementer som bør inngå i personsentrert tilnærming er:

- Velkomstsamtale som kartlegger den enkeltes livshistorie, levevaner, ønsker og behov med utgangspunkt i spørsmålet: Hva er viktig for deg?
- Individuell plan med mål og tiltak på bakgrunn av den enkeltes ønsker og behov
- Primærkontakt med ansvar for oppfølging av den enkelte
- Ansatte med faste definerte oppgaver og roller
- Fagmøter med fast struktur der alle som arbeider i enheten deltar
- Jevnlige pasient- og pårørendesamtaler

På alle dialogmøtene har behovet for individrettede tjenester og personsentrert omsorg vært tema. Eldre ønsker å være sjef i eget liv og få mulighet til å leve livet på egne premisser, også når de blir hjelpetrengende.

Det er gjennomført flere kontrollerte studier av effekten av personsentrert omsorg. Disse viser at innføring av en personsentrert praksis gir redusert forekomst av agitasjon (uro, rastløshet) hos personer med demens i sykehjem, reduksjon i bruk av antipsykotika, samt bedre effekt på depressive symptomer og bedre resultat på livskvalitetsmål (201; 202). Dette forutsetter en ledelse som klart gir uttrykk for et personsentrert verdigrunnlag og som viser dette gjennom løpende prioriteringer og avgjørelser. Det er avgjørende å skape en organisasjonskultur som legger til rette for dialog og medvirkning fra medarbeidere, brukere og pårørende.

Boks 8.2 Den enkeltes behov – eksempler

Personsentrert omsorg til personer med demens

I Vågan kommune har de implementert personsentrert omsorg i tjenestetilbudet til personer med demens. Demenskoordinator utfører kartlegginger sammen med demenskontakt og fastlege. Demenskontakten følger opp bruker og pårørende tett under og etter en eventuell diagnose. Forutsetninger for å arbeide personsentrert er god opplæring og forankring, samt støtte og samarbeid med leder og mellomleder. Erfaringene fra Vågan kommune viser at denne tilnærmingen gir økt fokus på brukeren, skaper bedre samspill mellom bruker, pårørende og tjenesten, og fører til at hjelpen blir gitt på en forutsigbar måte og i tråd med den enkeltes ønsker. Dette fører til mindre stress hos bruker, pårørende og de ansatte. Brukeren kan mestre å bo hjemme lenger, og samtidig oppleve god livskvalitet. Det ser også ut til at denne tilnærmingen kan være tidsbesparende over tid, og fører til flere utførte oppdrag, bedre helse hos bruker og mindre stress hos pårørende.

Kilde: https://vagan.kommune.no/

Ved Tasta sykehjem i Stavanger kommune har de etablert rutiner på avdelingene som skal legge til rette for personsentrert omsorg til pasientene. Et sentralt element er jevnlige fagmøter der ansatte kan drøfte konkrete situasjoner som personalet synes er utfordrende, for eksempel at en person med demens motsetter seg hjelp til personlig hygiene, er urolig når pårørende går hjem etter besøk eller virker apatisk. En forutsetning er deltakelse både fra primærkontakt, leder og øvrige ansatte. Tasta sykehjem kan rapportere at pårørende er mer fornøyd med omsorgen som gis og at det er markant færre klager og mindre uttrykk for frustrasjon fra pårørende. Videre ser det ut til at ansatte opplever at hverdagen blir mer forutsigbar, og at det er et bedre arbeidsmiljø og mindre sykefravær.

Kilde: http://tasta-sykehjem.no/

Boks 8.2 forts.

Arbeidslag arbeider personsentrert

I Hamar kommune er hjemmetjenesten inndelt i arbeidslag. Primærkontakt eller arbeidslagsleder gjør kartlegging av både bruker og pårørendes behov. På denne bakgrunn får den enkelte tildelt tjenester. Primærkontakter oppretter tiltaksplan og har ansvar for kontinuerlig oppdatering av denne. Dette er gode, levende tiltaksplaner, som endres i tråd med brukeres behov. Forutsetningene for en personsentrert tilnærming er fleksible tjenester, klar ansvarsdeling og forventningsavklaringer, også med pårørende. Ansatte skal være tilgjengelige, og pårørende har visittkort med navn på primærkontakten og telefon til arbeidslaget. Dette gir kontinuitet og forutsigbarhet for alle. I ansattgruppen gir arbeidsmåten god mestringsfølelse.

Kilde: http://www.utviklingssenter.no/getfile.php/2871657.1875.fuepeetttf/Funksjonsinndelte+arbeidslag+-+rapport+2014.pdf

Hva er viktig for deg?

Ved å stille spørsmålet: Hva er viktig for deg?, flyttes oppmerksomheten fra sykdom til helse og fra diagnose til hele mennesket. Dette er en viktig retningsendring i helse- og omsorgstjenesten basert på en helsefremmende tilnærming og en styrket pasientrolle. Mange norske kommuner deltar i læringsnettverk for gode pasientforløp. Dialog og samtale med den enkelte, er utgangspunktet for å vurdere og iverksette tiltak og skape det gode pasientforløpet. Målet er at pasientene skal oppleve at tjenestene er trygge og koordinerte. Læringsnettverkene gjennomføres av KS i samarbeid med Folkehelseinstituttet.

I 2014 ble det etablert en årlig Hva-er-viktig-for-deg-dag med utspring i disse læringsnettverkene. Dette har nå blitt en internasjonal bevegelse. I 2017 markerte 30 land over hele verden denne dagen 6. juni.

Kilde: http://www.ks.no/fagomrader/helse-og-velferd/laringsnettverk/gode-pasientforlop-for-eldre-og-kronisk-syke/kunnskapsgrunnlag-og-verktoy/hva-er-viktig-for-deg/

8.2 Avlastning og støtte til pårørende

Mange pårørende har krevende omsorgsoppgaver og utsettes for store belastninger. Det er derfor viktig at pårørende får god støtte og avlastning, og at innsatsen deres anerkjennes. For å gi økt støtte og avlastning til pårørende løfter reformen fram tre løsninger:

- *Mer fleksible kommunale avlastningstilbud som møter pårørendes behov med hensyn til tidspunkt, varighet og om tilbudet skjer i eget hjem, i institusjon eller på annen måte*
- *Informasjon og dialog, blant annet ved bruk at digitale verktøy*
- *Pårørendeskoler og samtalegrupper som medvirker til læring og mestring*

Fleksible avlastningstiltak

Alle kommuner bør tilby fleksibel avlastning. Fleksibel avlastning handler om å gi pårørende med særlig tyngende omsorgsarbeid fri til å hente seg inn, ta ferie, besøke venner, ivareta personlige behov eller delta i arbeids- og samfunnslivet. Dette kan gjøres på mange ulike måter både når det gjelder tidspunkt, varighet, og om tilbudet gis i brukers eget hjem, i institusjon eller på annen måte. Et sentralt utgangspunkt er å kartlegge den enkelte pårørende og brukers behov og iverksette tiltak ut fra dette.

Langvarig og omfattende omsorgsinnsats kan øke risikoen for helseskader. En helhetlig pårørendepolitikk må ta høyde for dette, og blant annet se på avlastningsordninger som en nødvendig investering slik at pårørende ikke blir utbrent og selv får behov for hjelp.

En undersøkelse fra 2014 viser at det varierer i hvilken grad kommunene har tatt i bruk nye og fleksible avlastningsordninger (211). Fleksibel avlastning handler om friere disponering av timebasert avlastning, muligheter for endring av vedtak om oppholdstider (dager/helger/uker) på institusjon og god tilgang på akutte plasser ved særlig behov. Rapporten peker også på behovet for et mer fleksibelt og utvidet dagsentertilbud til eldre brukere. Det er viktig å skape avlastningstilbud som skaper kontinuitet og sammenheng i tilbudet med forutsigbare og trygge rammer.

Informasjon til og dialog med pårørende

Gjennom dialogmøtene kom det fram at pårørende ønsker mer informasjon om det tjenestetilbudet deres nærmeste mottar. For pårørende som ikke deler husstand med brukeren, kan det også være behov for å tilrettelegge for bedre kommunikasjon mellom tjenestene og pårørende.

Flere bydeler i Bergen, kommunesamarbeidet i Øvre Romerike og Oslo kommune har etablert digitale innbyggertjenester via helsenorge.no. Her kan både pasient og pårørende gi beskjeder til hjemmesykepleien og få tilbakemelding fra tjenesten. I tillegg kan de se avtalte og gjennomførte hjemmebesøk og avbestille besøk. Slike digitale løsninger bør tas i bruk i flere kommuner.

Noen kommuner har tatt i bruk digitale verktøy for kommunikasjon og informasjon mellom kommunen og pårørende, frivillige og lokalsamfunnet. Samspillet mellom disse er viktig for å utnytte kapasiteten i den enkelte kommune og sikre bærekraftige modeller for framtida. Erfaringene fra disse kommunene bør spres, og det bør legges til rette for at andre kommuner kan ta dem i bruk.

Kommunene oppfordres til å utvide ordningen med pårørendeskoler. Pårørende har behov for mer kunnskap og for å møte personer i samme situasjon som dem selv. Utprøving av pårørendeskolemodellen for pårørende til personer med demens (2007–2009), viste at pårørendeskoler og samtalegrupper medvirker til læring og mestring for deltakerne.

Som en følge av demensplanene er pårørendeskoler og samtalegrupper for pårørende til personer med demens nå tilgjengelig over en stor del av landet. I 2017 ble det gitt tilskudd til gjennomføring av totalt 299 tilbud. Tilbakemeldingene fra deltakere på pårørendeskolene og samtalegruppene er gjennomgående positive. Temaene som behandles i kursene oppleves å være nyttige og deltakerne opplever det godt å kunne dele opplevelser og erfaringer med noen som er i lignende situasjon. Pårørendeskoler og samtalegrupper er lite kostnadskrevende tiltak som gir gode gevinster, og kan bidra til at pårørende får økt kunnskap og støtte i pårørenderollen.

Støtte og veiledning til pårørende var ett av de temaene brukere og pårørende var mest opptatt av på dialogmøtet om sammenheng. Veiledning bør imidlertid være gjensidig, ettersom pårørende sitter inne med mye kunnskap og erfaring, som ansatt har nytte av. Avlastning og støtte til pårørende har også vært et tema på flere av de andre dialogmøtene.

1.oktober 2017 trådte en ny pliktbestemmelse i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i kraft. Bestemmelsen innebærer at kommunene skal tilby nødvendig pårørendestøtte blant annet i form av opplæring og veiledning, avlastningstiltak og omsorgsstønad til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid. Pårørendes rettigheter ligger i en tilsvarende bestemmelse i pasient- og brukerrettighetsloven. Bestemmelsen omhandler veiledning og opplæring i tilknytning til de arbeidsoppgaver som følger av det særlige tyngende omsorgsarbeidet.

Kommunen har med dette fått en tydeligere plikt til å foreta en selvstendig vurdering av pårørendes behov. Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder som beskriver pårørendes rettigheter og helse- og omsorgstjenestens plikter, og gir anbefalinger om god praksis.

Reformens løsninger må bygge videre på program for en aktiv og framtidsrettet pårørendepolitikk, som er en del av Omsorg 2020. Programmets formål er å synliggjøre, anerkjenne og støtte pårørende som står i krevende omsorgsoppgaver. Pårørende er en ressurs, og støtten til og samarbeidet med pårørende skal styrkes. Det er i regjeringsplattformen varslet at regjeringen vil legge fram en egen pårørendestrategi.

Boks 8.3 Avlastning og støtte til pårørende – eksempler

Fleksible avlastningsordninger

Maurtuva Vekstgård i Inderøy kommune har mottatt Demensprisen 2015 for sitt tilbud til hjemmeboende personer med demens eller personer som er under utredning for demens. I samarbeid med kommunen arrangerer Maurtuva blant annet trivselstreff med tilbud om måltider og ulike aktiviteter etter ønske, trivselsturer som gir mulighet for en kort ferie og rundturer i lokalområdet. Maurtuva har også et pensjonistpensjonat som gir tilbud om aktiviteter, måltider og overnatting. Ved overnatting kommer brukere tilbake til samme rom. Dette skaper gjenkjennelse og trygghet.

Kilde: http://maurtuva.org/

Dagsenter for personer med demens er et felles tilbud for hele Molde kommune lokalisert ved Råkhaugen omsorgssenter. Dagsenteret skal gi et målrettet tilbud ut fra et individuelt kartlagt behov. Tilbudet skal bevare og fremme iboende ressurser og legge til rette for mestring av dagliglivets gjøremål gjennom aktivering av den enkeltes evner og interesser. Dagsenteret skal skape trygghet og forutsigbarhet for den enkelte og dennes pårørende. Senteret har nært samarbeid med frivillige organisasjoner.

Dagsenteret er både et tilbud til hjemmeboende og et avlastningstilbud til pårørende og familier som yter omsorg for sine eldre. Råkhaugen dagsenter har åpent seks dager og to kvelder i uka. Råkhaugen dagsenter for personer med demens fikk Fylkesmannens omsorgspris i 2010. Dagsenteret er en del av et interkommunalt nettverk med til sammen 11 kommuner i Møre og Romsdal.

Kilde: https://www.molde.kommune.no/dagsenter-for-personer-med-demens.5393701-322295.html

Vittersø gård i Larvik kommune er et dag- og avlastningstilbud for personer med demens. Det er mellom 15 og 20 brukere på Vittersø, og tilbudet foregår fem dager i uka. I tillegg er det åpent to kvelder per uke.

Tilbudet består av felles måltider og matlaging, samt ulike gårdsaktiviteter. Det legges vekt på at tilbudet skal ta utgangspunkt i interesser og aktiviteter som den enkelte mestrer og har glede av.

Kilde: http://demensomsorgpagard.no/farm/vitterso-gard/

Friskus – informasjon og dialog med pårørende

Friskusprosjektet har utviklet et digitalt verktøy for kommunikasjon mellom kommune, lokalsamfunn, frivillige og pårørende. Verktøyet er både en portal med tilgang til frivillig aktivitet i nærmiljøet og et arbeidsverktøy for å koordinere den frivillige innsatsen. En av målsettingene er at pårørende skal kunne få bedre innsikt i hverdagen til sine nærmeste gjennom å legge til rette for kommunikasjon mellom bruker og dens familie.

Prosjektet samarbeider blant annet med kommunene Førde, Voss og Naustdal, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, Nasjonalforeningen for folkehelsen og Røde Kors i Sogn og Fjordane

Kilde: http://friskus.com/

Informasjon til pårørende

Gjøvik kommune har en egen nettside for pårørende som gir nyttig informasjon blant annet om de kommunale tjenestene, rettigheter og tilbud til pårørende og hvor og hvordan man kan motta hjelp og støtte. Informasjonen er tilrettelagt for pårørende.

Kilde: https://www.gjovik.kommune.no/helse-og-omsorg/er-du-parorende/

KOMP

KOMP er en dataskjerm med innebygd teknologi som gjør det mulig å ha sosial kontakt med familie, venner og andre, selv om man ikke kommer seg ut. Den er enkel i bruk, og skreddersydd for mennesker med begrensede digitale ferdigheter og redusert syn, hørsel eller motorikk. KOMP lar familie eller venner starte en videosamtale, dele film, bilder og meldinger like enkelt som på sosiale medier. Kreftforeningen låner ut KOMP til eldre som har eller har hatt kreft.

Kilde: https://kreftforeningen.no/vare-tilbud/komp-for-eldre--hold-kontakten-med-familien/
www.noisolatino.com

Boks 8.3 forts.

Helhetlig pårørendetilbud

Ålesund kommune har gjennom de siste årene bygd opp og forankret et godt og bredt pårørendetilbud til sine innbyggere, og vant i 2017 prisen som Årets pårørendekommune. Prisen deles ut til en kommune eller en gruppe samarbeidende kommuner som har gjort en særlig innsats for bedre pårørendearbeid. I begrunnelsen fra juryen, står det blant annet at Ålesund gjennom de siste årene har bygd opp og forankret et godt og bredt pårørendetilbud til sine innbyggere. Juryen mente at Ålesund kommune viser at pårørendearbeid blir prioritert og ivaretatt. Juryen har lagt merke til at Ålesund samarbeider tett med nabokommunene og frivillige organisasjoner. Pårørendeprosjektet trekkes fram spesielt, og juryen sier at dette lavterskeltilbudet har blitt tatt godt imot av brukerne. Prisen er opprettet i samarbeid mellom blant annet Pårørendesenteret, Pårørendealliansen og en rekke andre organisasjoner. Prisen ble for første gang delt ut i 2017.

Kilde: https://alesund.kommune.no/aktuelt/nyhetsarkiv/9282-alesund-ble-arets-parorendekommune

Pårørendeskoler og samtalegrupper

Som del av Demensplan 2015 ble det i 2011 startet opp en tilskuddsordning til pårørendeskoler og samtalegrupper for pårørende til personer med demens. Ordningen, som primært retter seg mot kommunene, er videreført i Demensplan 2020. Målet er å gi kunnskap om demens og tilby støtte og veiledning til pårørende. For å sikre kvaliteten på tilbudene er det utarbeidet veiledningsmateriell og e-læringskurs, og det avholdes årlig veiledningsseminar om etablering og drift av tilbudene.

Pårørendeskoler og samtalegrupper for pårørende til personer med demens er nå tilgjengelig i store deler av landet. I 2017 ble det gitt tilskudd til gjennomføring av totalt 299 tilbud fordelt på 258 kommuner. Det ble registrert 3076 deltagere på pårørendeskolene og 1268 deltakere i samtalegruppene.

Kilde: Aldring og helse https://www.aldringoghelse.no/demens/p%C3%A5r%C3%B8rende/

8.3 Færre å forholde seg til og økt kontinuitet

Organiseringen av helse- og omsorgstjenestene må ivareta brukernes behov for tilgjengelighet, kontinuitet, trygghet og forutsigbarhet. Noen fellesnevnere er primærkontakt på virksomhetsnivå, færre ulike ansatte per bruker og at hjelpen kommer til avtalt tid. Mange kommuner har tatt ulike grep for å bidra til dette, blant annet gjennom nye arbeids- og organisasjonsmodeller og alternative turnusordninger.

Reformen løfter fram fire forslag til løsninger, som kan bidra til at den enkelte bruker og deres pårørende får færre å forholde seg til og økt trygghet og kontinuitet i tjenestetilbudet:

Primærkontakt

Helse- og omsorgstjenesten bør organisere sine tjenester slik at beboere i sykehjem og brukere av hjemmetjenestene får en fast primærkontakt å forholde seg til. Hensikten med primærkontakten er at brukeren og deres pårørende skal oppleve trygghet gjennom en klar ansvarsfordeling og et nært forhold til en person. Primærkontakten skal bidra til en hverdag preget av kontinuitet og forutsigbarhet.

Mange kommuner har et system for primærkontakter i dag. Felles for innholdet i en slik rolle er å sikre god tjenesteyting, god dokumentasjon og etablere gode kommunikasjonsrutiner med bruker, pårørende og samarbeidspartnere. For å sikre en god rolleutøvelse må det utarbeides en oppgavebeskrivelse, gjennomføres opplæring og gis systematisk veiledning for ansatte i primærkontaktrollen. Brukere og pårørende bør vite hvem deres primærkontakt er og hva som er deres oppgaver, og det bør være mulighet for å kontakte primærkontakten.

Flere kommuner kan rapportere om gode erfaringer med å etablere primærkontakter. Det har ført til mer systematisk oppfølging av den enkelte med utgangspunkt i brukerens ønsker og behov, og engasjerte og myndiggjorte medarbeidere. Tilbud om primærkontakt får også positive tilbakemeldinger fra pårørende, som opplever at deres nærmeste får en tryggere og mer individtilpasset oppfølging, samt at informasjonsutveksling om situasjon og tiltak går lettere.

Riktig hjelp til riktig tid

Alle brukere i hjemmetjenestene skal være sikret at hjelpen kommer til avtalt tid og at de får beskjed ved eventuelle endringer av tidspunkt. Målet er økt forutsigbarhet og trygghet for den enkelte bruker og deres pårørende.

På dialogmøtene ga flere eldre uttrykk for at de opplever uforutsigbarhet knyttet til når hjelpen kommer. Dette gjelder særlig i hjemmetjenestene. Ofte kommer hjelpen for sent og tidspunkt blir endret uten at den enkelte får beskjed.

Det finnes ulike verktøy for å sikre en god og forutsigbar logistikk i fordeling av tjenesteoppdrag, som både sikrer rett kompetanse, færrest mulig ulike hjelpere og tilbakemelding til bruker ved forsinkelser eller endringer. Dette kan for eksempel gjøres gjennom bruk av dataprogrammer som optimaliserer planleggingen av arbeidslister og oppgavefordeling.

Fellestrekk for slike optimaliseringer av arbeidsprosesser er at arbeidslister sorteres etter oppdragets kompetansekrav, geografi, tidsvindu og oppdragstid. Uforutsette oppgaver må løses av personer utenfor dagslista, eventuelt der det blir kanselleringer. En slik optimalisering av arbeidsprosessen innebærer også at oppgaver kan fordeles slik at bruker så ofte som mulig får besøk av primær- eller sekundærkontakt.

En annen løsning er mer brukerdrevet bestilling av hjemmehjelp gjennom en nettbasert bestillingsportal, der brukerne kan bestille kommunale tjenester til det tidspunktet som passer dem. Dette er ressurseffektivt for kommunen, samtidig som det gir brukerne tjenestene de ønsker når de selv ønsker det. Brukerne blir i større grad i stand til å leve livet slik de selv vil.

Nye arbeids- og organisasjonsformer

Flere av deltakerne på dialogmøtene trakk fram arbeidslagsmodellen som et godt eksempel på tiltak for å sikre økt kontinuitet i tjenestetilbudet til den enkelte bruker. Et funksjonsinndelt arbeidslag er en liten, stabil og kompetent personalgruppe som er organisert slik at brukerne skal få en oversiktlig og trygg hverdag med forutsigbare tjenester.

Sentrale momenter i slike modeller er:

- Et selvstyrt arbeidslag med ansvar for en definert arbeidsprosess og oppfølging av en avgrenset gruppe brukere
- Ansatte med kompetanse innenfor sin brukergruppe
- Primærkontaktsystem
- Egen turnus og faste arbeidslister
- Tilgjengelighet for bruker

Forutsetninger for en slik modell er en gjensidig forpliktelse og tillit i arbeidslaget med myndiggjorte medarbeidere som både tar et felles og personlig ansvar for å planlegge, gjennomføre og evaluere arbeidsprosessene, samt en ledelse som er nær både brukerne og de ansatte. Arbeidslagsmodellen forutsetter at kommunens størrelse geografisk og hjemmetjenestens omfang er slik at det vil være hensiktsmessig å dele opp personalressurser i flere arbeidslag.

Undersøkelser viser at slike arbeidslagsmodeller kan gi fleksibilitet, god ressursutnyttelse, økt myndiggjøring av medarbeidere, bedre forutsetning for læring og mer brukerorientering (212; 213; 214). Videre kan det bidra til økt kontinuitet (215; 216). Erfaringer fra praksis viser at brukere og pårørende opplever at en liten stabil personalgruppe er uvurderlig. Brukerens integritet, historie og individuelle behov for hjelp kan lettere ivaretas når de ansatte kjenner den eldre godt, og tjenesten blir mer personsentrert enn oppgaveorientert. Tilliten og tryggheten som bygges opp gir også bedre arbeidsvilkår for den enkelte. Erfaringen tilsier i tillegg at bruker og pårørende har større trygghet og tillit til hjemmesykepleien når de blir skrevet ut fra sykehus eller korttidsplass på sykehjemmet, fordi det er bygd opp en god og trygg tjeneste i hjemmet.

Alternative turnusordninger

Som del av arbeidet for økt trygghet og kontinuitet i tjenestetilbudet, har flere kommuner prøvd ut alternative turnusordninger. I all hovedsak er langturnus prøvd ut i boliger for personer med utviklingshemming.

Formålet med alternative turnusordninger, for eksempel langturnus, er å kunne gi bedre tilpassede tjenester ved at den ansatte er mer tilstede og at det blir færre skifter av ansatte i løpet av et døgn. Langturnus inneholder vakter med daglig og ukentlig arbeidstid som kan fravike arbeidstidsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven. Disse må derfor gjennom en omfattende, partsbasert kvalitetssikringsprosess.

Flere studier i Norge viser at langturnus reduserer stress for de ansatte, skaper kontinuitet og fleksibilitet i arbeidet og gir mer tid til pasientene. Langturnus viser også positive effekter for mottakere av tjenestene, i form av større kontinuitet og økt grad av trygghet. Videre er det påvist resultater i form av redusert bruk av beroligende legemidler,

redusert bruk av tvang, mindre utagering, bedre tid til aktivitet og bedre søvn (217). Langturnus bidrar videre til flere heltidsstillinger og redusert sykefravær blant ansatte (217; 218; 219). Dersom endringer i arbeidstidsordninger bidrar til lavere sykefravær og færre personer i ufrivillig deltid, vil dette også kunne bidra til en bedre ressursbruk av den arbeidsstyrken som er tilgjengelig.

Viktige forutsetninger for at alternative turnusordninger lykkes, er at en slik omstillingsprosess er preget av frivillighet, stor grad av medvirkning fra ansatte, et tett partssamarbeid og involvering av brukere og pårørende. Videre er det viktig med god tid til planlegging og forberedelse av endringene og en god ledelse av omstillingsarbeidet.

Boks 8.4 Færre å forholde seg til og økt kontinuitet – eksempler

Primærkontakt

Bodø kommune har, som del av sitt kvalitetsarbeid i hjemmetjenesten, innført primærkontakter. Alle brukere skal få tildelt en primærkontakt. Målet er å sikre at brukeren får best mulig tilrettelagte tjenester og så langt som mulig en individuell oppfølging. Primærkontakten skal ha kjennskap til brukeren og sørge for brukermedvirkning, at brukere og pårørende får god informasjon og er kjent med primærkontaktens rolle og kan ta kontakt ved behov. Videre skal primærkontakten gjennomføre jevnlige samtaler med brukere og pårørende, og avdekke og holde oversikt over behov og endringer i sykdomsbilde og funksjonsnivå. Erfaringene fra Bodø viser at etablering av primærkontakter skaper engasjerte og myndiggjorte medarbeidere.

Kilde: www.bodo.kommune.no

Eidskog, Tromsø, Sortland og Kristiansund kommuner deltar i trygghetstandardarbeidet. Formålet med trygghetsstandardpiloten er å utvikle et rammeverktøy for sykehjem og kommuner hvor målet er å redusere uønsket variasjon i opplevd kvalitet for pasienter og pårørende. Satsingen er under pilotering til medio 2018.

Som del av prosjektet har kommunene etablert en ordning med primærkontakt i sykehjemmene. Det å være primærkontakt innebærer å ha hovedansvaret for omsorgen og kontakten med den enkelte pasient og dens pårørende. Ordningen med primærkontakt skal gi muligheter for å ivareta kontinuitet, stabilitet og individuell pasientomsorg. Erfaringen er at dette har medført en annen og mer systematisk oppfølging av den enkelte bruker med utgangspunkt i deres ønsker og behov.

Kilde: https://helsedirektoratet.no/sykehjem-og-hjemmetjenester/trygghetsstandard-i-sykehjem

Hjelp til avtalt tid – logistikk

Horten kommune har implementert logistikkløsning for mer optimale kjøreruter og bedre kvalitet i hjemmetjenesten. Løsningen tar hensyn til brukerbehov, de ansattes kompetanse og ansvarsroller. Systemet registrerer også hvem som har vært hos brukeren tidligere, og finner tilgjengelig personalressurs som er kjent for brukeren så langt det er mulig.

Basert på innlagt informasjon leverer systemet elektroniske arbeidslister med logisk rekkefølge for brukerbesøk og korteste kjørerute.

Resultater fra Horten kommune viser effekter som økt kontinuitet og hyppigere besøk av primærkontakt. Logistikkverktøy er også en av de anbefalte teknologiene i Nasjonalt velferdsteknologiprogram.

Kilde: https://www.horten.kommune.no/

Boks 8.4 forts.

Tjenesteshop

Larvik kommune har utviklet en egen tjenesteshop, som er en nettbasert kalender- og bestillerfunksjon der brukerne kan bestille kommunale tjenester til det tidspunktet som passer den enkelte. Ideen bak tjenesteshopping kom da Larvik kommune skulle samlokalisere unge mennesker med nedsatt funksjonsevne i en ny bolig. I samtale med brukerne kom det fram at brukerne ønsket seg en mer fleksibel og brukerstyrt hjemmetjeneste. Kommunen fulgte opp innspillet og startet innovasjonsarbeidet som ble Tjenesteshop. Formålet er at brukerne gjennom tjenesteshop selv kan velge dag og tidspunkt for når de vil motta hjemmetjenester. Det er ikke målt konkrete effekter av tjenesteshopping ennå, men det er mye som tyder på at brukerne opplever økt fleksibilitet i tjenestetilbudet.

Kilde: https://www.difi.no/fagomrader-og-tjenester/innovasjon/erfaringsdeling/laer-av-andre/larvik-kommune-tjenesteshop-brukarstyring-av-tenester

Digitale innbyggertjenester

Digitale innbyggertjenester knyttet til hjemmetjenester er utviklet på helsenorge.no. Hensikten er at dette kan tas i bruk av alle landets kommuner. De første tjenestene som lanseres er meldinger mellom innbygger, pårørende og hjemmetjeneste, muligheten til å se egne avtaler og gjennomførte besøk, og selv kunne avbestille timer. I tillegg kan pårørende få varsler om gjennomførte besøk. Enkelte bydeler i Oslo og Bergen og kommunesamarbeidet i Øvre Romerike har tatt løsningen i bruk og tilbyr dette til sine brukere. Det planlegges en nasjonal skalering av løsningene til alle kommuner. Målet er at denne løsningen skal gi brukerne større forutsigbarhet og mer tillit til tjenestene. Videre vil de ansatte kunne styre hverdagen bedre, og oppleve å bruke mindre tid på administrasjon og færre bomturer i hjemmetjenesten.

Kilde: https://ehelse.no/nasjonale-prosjekter/digitale-tjenester-innenfor-kommunal-helse-og-omsorg

Nye arbeids- og organisasjonsformer

I Hamar kommune er hjemmebasert omsorg organisert i tre distrikt og ni soner med til sammen 17 funksjonsinndelte arbeidslag. I 2015 var det i gjennomsnitt 58 brukere og 12 årsverk på hvert arbeidslag. Antall ansatte på dagvakt i et arbeidslag varierer fra to til fem personer.

Kommunen startet med arbeidslagsorganisering innenfor deler av hjemmetjenesten allerede i 2003. Modellen har blitt videreutviklet to ganger. Arbeidslagsmodellen ble evaluert i 2016 (220). Evalueringen viste at personalet mente funksjonsinndelte arbeidslag var en god organisasjonsmodell for hjemmebasert omsorg. Dette ble blant annet begrunnet med at det var lettere å arbeide når en kjenner brukerne og vet hva som skal gjøres hos hver enkelt. Arbeidslagsmodellen gir forutsigbarhet, både for brukere, pårørende og ansatte. Fellesskapet i arbeidslaget ble nevnt som positivt, det er fornøyde ansatte, god stemning, og mange føler at de gjør en god jobb. Ledelsen og de fagansatte er fornøyde med arbeidslagsmodellen i hjemmetjenesten. Ingen ville tilbake til tidligere organisering, men mente at det var behov for noen justeringer og forbedringer (220).

Kilde: http://www.utviklingssenter.no/

Boks 8.4 forts.

Alternative turnusordninger

Ved Lillevollen bofellesskap for mennesker med utviklingshemming i Bodø kommune ble det i 2008 foretatt et omstillingsarbeid der tradisjonell turnus ble erstattet av langturnus. Prosessen ble forankret i virksomhetens helse- miljø- og sikkerhetsarbeid der alle parter har vært involvert, det vil si arbeidstakere, ledere, verneombud og tillitsvalgte. Endringen ble gjenstand for en følgeevaluering over en fem-års periode. Evalueringen viser hvordan en slik arbeidstidsordning kan virke inn på de som arbeider, og de som bor der over tid (217). Sluttrapporten viser gode resultater både for brukere og ansatte. Brukerne har redusert bruk av legemidler, det er færre tvangsvedtak og de har bedre psykisk helse. Videre kommuniserer brukere bedre og er mer aktive både på ferie og i daglige aktiviteter. De ansatte oppgir høy grad av trivsel og det er dokumentert redusert sykefravær. Påvirkning på egen arbeidssituasjon og bedre mulighet for å ivareta egen helse og omsorgsoppgaver i nær familie, er blant sentrale tilbakemeldinger om hva de ansatte har oppgitt er viktig for dem (217).

Kilde: https://naku.no/nyhet/ny-rapport-evaluering-av-langturnus-i-lillevollen-bofellesskap-i-bod%C3%B8-kommune

Bergen kommune har prøvd ut en rekke arbeidstidsordninger i tjenester til personer med utviklingshemming og mennesker med psykiske problemer. Hensikten er å tilby bedre tjenester til brukerne og samtidig utnytte arbeidskraftsressursene bedre. Forsøkene ved fem tjenestesteder er evaluert av Fafo (218). Bergen kommune har gjennom sine forsøk oppnådd gode resultater med hensyn til målet om bedre kvalitet til brukere, en mer effektiv tjeneste med kompetente og stabile medarbeidere og et godt arbeidsmiljø med lite fravær. Resultatene er dels en følge av arbeidstidsordninger i seg selv, av flere ansettelser av kvalifisert personale i store og hele stillinger og av god prosjektledelse (218).

Kilde: https://www.bergen.kommune.no/bk/multimedia/archive/00152/Fafo-rapport_152324a.pdf

Tromsømodellen

For å sikre fast bemanning i helgene og flere heltidsstillinger, har Tromsø kommune inngått særavtaler med organisasjonene.

Fast ansatte i helse- og omsorgstjenesten har tre avtaler de kan velge mellom:

- Særavtale 1 innebærer vridning av minst 30 timer til helg per år for dem som arbeider hver tredje helg i dag.
- Særavtale 2 krever at den ansatte har fast arbeidstid hver andre helg.
- Særavtale 3 innebærer langvakter hver fjerde helg med vaktlengde på 12,5 timer.

Nesten 200 ansatte har inngått slike særavtaler.

Alle særavtalene gjelder ansatte som er organisert i Delta, Fagforbundet, Norsk Sykepleierforbund, Fellesorganisasjonen, Akademikerforbundet og Norsk Ergoterapeutforbund. Avtalene gjelder for ett år.

Kilde: https://sykepleien.no/2018/02/tromso-lokker-med-heltid-og-mer-helgejobbing

8.4 Mykere overgang mellom hjem og sykehjem

Kommunene bør legge til rette for bedre pasientforløp og mykere overgang mellom eget hjem og sykehjem.

- *For eldre brukere kan det bety større trygghet og mindre påkjenning ved flytting.*
- *For pårørende kan det bety mer avlastning og støtte før flytting, og invitasjon til å fortsette å bidra etter flytting.*
- *For ansatte kan det bety lengre vekslingsfelt og bedre overlapping ved flytting.*
- *For kommunen kan det bety mer samordnet bruk av ressursene på tvers av hjemmetjeneste og sykehjem og muligheten til å gjøre godt kvalitetsarbeid.*
- *For staten kan det bety å vurdere om det er barrierer i statlig regelverk som hindrer samordning og gode pasientforløp mellom eget hjem og sykehjem.*

Overgangen fra eget hjem til sykehjem er svært utfordrende for alle involverte parter både før, under og etter flytting. I den grad en ikke kan unngå selve flyttingen, er det derfor gode grunner

til å ha fokus på hvordan denne overgangsperioden tilrettelegges og gjennomføres, slik at den kan foregå mer smidig og skape mindre uro, angst og usikkerhet.

For å sikre en bærekraftig og god oppgaveløsning og best mulig ressursutnyttelse i framtida, vil det være viktig å unngå eller forskyve tidspunktet for flytting fra eget hjem til sykehjem. Det er nødvendig å se nærmere på hvordan sykehjemmene kan innrettes og tilrettelegges innholdsmessig, organisatorisk og arkitektonisk, slik at beboerne opplever et mer sammenhengende og trygt forløp. Dette vil kreve en annen fordeling av ressursene i helse- og omsorgstjenesten.

Eksempler på kommunale grep som kan bidra til lange vekslingsfelt og flytende overganger mellom helse- og omsorgstjenesten i og utenfor institusjon kan være at:

- primærkontakt/personell fra hjemmetjenesten følger pasienten over i sykehjem for å gi trygghet, etablere relasjoner til nye hjelpere og dele informasjon
- fastlege og tilsynslege på institusjon samarbeider i en sårbar flyttefase når pasienten trenger det som mest, og sørger for at all nødvendig informasjon blir overført
- pårørende får mer støtte og avlastning så lenge pasienten bor hjemme, men inviteres aktivt til å delta inn i sykehjemmet
- alle har oppdatert individuell plan (IP) ved innleggelse i sykehjem og fortsatt får oversikt over innholdet i tjenestetilbudet, for eksempel ved enkeltvedtak som kan påklages
- sykehjemmene har mer fleksible overnattingstilbud, dagaktivitetstilbud og trygghetsplasser, der folk kan legge seg inn til korttidsopphold på egenhånd, i samspill mellom institusjon og hjemmetjeneste
- kommunens helse- og sosialpersonell arbeider både i sykehjem og hjemmetjeneste, eller overlapper hverandre med brede vekslingsfelt i overgangene

I en rapport om integrerte organisasjonsmodeller i helse- og omsorgstjenesten beskrives ulike former for integrasjon mellom hjemmehjelp, hjemmesykepleie og institusjonstjenester i norske kommuner. Resultatene tyder på at integrering gir mer helhetlige og fleksible tjenester, bedre ressursutnyttelse og bedre samarbeid. Utfordringene ved høy grad av integrasjon synes å ligge i at sammenslåing av enheter gir et stort og krevende ansvarsområde for både ansatte og ledere (221). Det er mye som kan tyde på at helintegrerte tjenester enten forutsetter distriktsorganisering eller har sin styrke i små kommuner som er sårbare for dekning av fagpersoner.

Det skal settes i gang et arbeid for å vurdere om dagens sykehjemsforskrift, kvalitetsforskrift og forskrift om verdighetsgaranti bør endres for å tydeliggjøre reformens hovedtema om sammenheng, helsehjelp, mat, aktivitet og fellesskap.

Boks 8.5 Mykere overganger mellom hjem og sykehjem – eksempler

Integrerte tjenester

Flere kommuner har en mer integrert organisering av sykehjem, omsorgsboliger og hjemmetjenester, slik at ansatte arbeider på tvers av boformer, og i større grad kan følge brukerne ut og inn av institusjon. I følge Statistisk sentralbyrå skal det være 76 virksomheter som beskrives som hjemmetjeneste i kombinasjon med sykehjem (222). I tillegg er tjenestetilbudet i omsorgsboligene i større eller mindre grad integrert i den ordinære hjemmetjenesten.

Kvitsøy kommune har mange års erfaring med slik integrert organisering, og beskriver i kommunens samfunnsplan at:

«Større kommuner har ofte et klart skille mellom hjemmetjenester og institusjonsbaserte tjenester. Et slikt skille er i en mindre kommune som Kvitsøy ikke nødvendig, tvert imot vurderes det som bedre at tjenestene er integrert. Det vil si at de samme ansatte gir hjelp i hjemmet og senere på institusjon. Dette vurderes som en klar fordel fordi pasientene opplever stor kontinuitet og trenger ikke å forholde seg til skiftende pleiepersonale. Integrerte tjenester eller separerte tjenester er i mange kommuner et stort tema i planleggingen av pleie- og omsorgsarbeidet, i Kvitsøy kommune ser vi det som unødvendig å drøfte temaet dyptgående. Konklusjonen er at dagens integrerte tjeneste er bra og bibeholdes.»

Boks 8.5 forts.

I Bardu kommune er enkelte deler av de hjemmebaserte tjenestene og institusjonstjenestene integrert. Dette gjøres for å utnytte kompetansen i hele tjenesten. En av effektene ved den integrerte tjenesten er at ansatte har god kunnskap om brukerens behov når de blir tilbudt sykehjemsplass og brukere får mykere overganger fra hjem til institusjon.

Kilde: http://www.kvitsoy.kommune.no/ (223) og www.bardu.kommune.no

Enkeltvedtak i sykehjem

Fræna kommune har i sin forskrift, med hjemmel i lov om kommunale helse- og omsorgstjenesters § 3-2a annet ledd, bestemt at:

«Pasient eller bruker som i enkeltvedtak får tildelt opphold i institusjon har rett til at enkeltvedtaket også omfatter de helse- og omsorgstjenestene som skal gis under oppholdet (forskriftens § 9 annet ledd).»

Det innebærer at en sykehjemsbeboer får samme rett til vedtak om tjenestetilbudets innhold som de som mottar slike tjenester i omsorgsbolig eller eget hjem.

Kilde: Forskrift om tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester, vurderingsmomenter og vurderingslister, Fræna kommune, Møre og Romsdal av 28.september 2017. Se www.lovdata.no

8.5 Planlagte overganger mellom kommuner og sykehus

For å sikre gode overganger mellom tjenestenivåene, bør det legges til rette for tidlig planlegging og saksbehandling for utskriving, og for gjensidig kompetanseoverføring mellom tjenestenivåene. Målet er god og sammenhengende behandling og oppfølging, og å hindre uønskede reinnleggelser

Det foreslås å videreføre læringsnettverk for gode pasientforløp i perioden 2020–2022, slik at alle kommuner og helseforetak får mulighet til å delta i læringsnettverket. Formålet med læringsnettverket er å støtte kommunene og helseforetakene i å bedre overgangene i pasientforløpet, og sikre brukernes behov for å møte helhetlige, trygge og koordinerte tjenester.

Tidlig planlegging og saksbehandling for utskriving

Kommunene har etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og pasient- og brukerrettighetsloven plikt til å foreta en vurdering og fatte enkeltvedtak om tjenestetilbudet som skal ytes i kommunene. En slik vurdering foretas ofte ved hjemmebesøk, enten ved oppstart av tjenester eller ved revurderinger av tjenestebehov, blant annet etter sykehusinnleggelser. For å fatte gode vedtak er det nødvendig med tilstrekkelig og god informasjon om den enkeltes helsetilstand og sykdomshistorie.

Det er mange ulike måter å sikre tidlig planlegging av kommunale tjenester ved utskriving fra sykehus. Mange kommuner har egne forvaltningsenheter for saksbehandling og koordinering av kommunale tjenester. De kan besøke sykehuset eller gjennomføre digitale møter om avstandene er store. Det avgjørende er at kommuner og helseforetak starter tidlig med planlegging, gjerne allerede ved innskriving, i samarbeid med pasient og pårørende. Undersøkelser viser at informasjon til pasient og pårørende rundt slike overganger skaper trygghet. God kommunikasjon og medvirkning er avgjørende for pasienters opplevelse og utbytte av behandling. Manglende informasjon reduserer pasienters mulighet for å ta mer ansvar selv. Tidlig planlegging av utskriving kan også føre til færre og kortere reinnleggelser (3).

Det er videre behov for at ansatte i sykehusene har kunnskap om regelverk og rutiner for utskriving og kommunal saksbehandling. Sykehusene skal ha internkontrollsystemer som sikrer at rutiner og prosedyrer om utskrivningsklare pasienter følges opp for å hindre reinnleggelser.

Som oppfølging av Riksrevisjonens rapporter, foreslås det en gjennomgang av erfaringene med de lovpålagte samarbeidsavtalen og en vurdering av hvorvidt disse bør endres for å ivareta informasjonsflyten om den enkelte pasient. Gode elektroniske løsninger for kommunikasjon mellom helse- og omsorgstjenestene kan også bidra til bedre informasjonsflyt.

For å følge opp pasienten på en god måte er det viktig at helsepersonell har tilgang til nødvendig og oppdatert informasjon. Sektoren er alle-

rede i gang med å utrede muligheten for å realisere Én innbygger – én journal, som er en felles, nasjonal løsning for klinisk dokumentasjon, beslutnings- og prosessstøtte og pasient- og brukeradministrasjon. Dette vil være et viktig grep for å bygge en helhetlig og god helse- og omsorgstjeneste for framtida.

Gjensidig kompetanseoverføring

Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt innebærer å bistå kommunene med å sikre nødvendig faglig kompetanse, slik at de skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift. Plikten gjelder helsemessige forhold, og omfatter ethvert tiltak som angår pasientens fysiske eller psykiske helse. Fra og med 1. januar 2018 fikk også de kommunale helse- og omsorgstjenestene en veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten.

Mange av deltakerne på dialogmøtene trakk fram kunnskapsdeling og kunnskapsstøtte som sentrale tiltak for bedre og sikrere pasientforløp.

Flere tiltak for kunnskapsstøtte og gjensidig kompetanseoverføring har vist effekt for kvaliteten i behandling og oppfølging, og for å hindre unødige sykehusinnleggelser for eldre generelt og for eldre med psykiske helseutfordringer spesielt.

Basert på erfaringen fra prosjektet SAM-AKS (Samhandling mellom avdeling for alderspsykiatri og kommunale sykehjem), skal Helsedirektoratet som del av sitt tilrådningsarbeid, vurdere om det skal anbefales et forpliktende samarbeid mellom alderspsykiatriske avdelinger i helseforetak og kommuner i sykehusområdet for å styrke kommunenes fagkompetanse og tilby veiledning i alderspsykiatriske problemstillinger. Samarbeid mellom kommuner og helseforetak om alderspsykiatriske pasienter vurderes i etterkant av faglig råd fra Helsedirektoratet.

Læringsnettverk for gode pasientforløp

Det foreslås å videreføre læringsnettverk for gode pasientforløp i perioden 2020–2022, slik at alle kommuner får mulighet til å delta i læringsnettverket.

Læringsnettverk for gode pasientforløp for eldre og kronisk syke er ett av svarene på brukernes behov for å møte helhetlige, koordinerte og trygge tjenester. Formålet med læringsnettverket for gode pasientforløp er å støtte kommunene og helseforetakene i å bedre overgangene i pasientforløpet. Det handler om å la tjenestene utformes sammen med den enkelte bruker med utgangspunkt i spørsmålet: Hva er viktig for deg?. Arbeidet tar utgangspunkt i fire virkemidler for å utvikle gode pasientforløp:

- Flytte oppmerksomheten fra å spørre Hva er i veien med deg? til Hva er viktig for deg?
- Utvikle forløp etter en modell med åtte sjekkpunkter som til sammen ivaretar kartlegging og oppfølging av den enkelte
- En ansvarlig person – en koordinator for det enkelte pasientforløpet
- Systematisk oppfølging av kvaliteten på pasientforløpene, som inkluderer målinger og faste møter

Rundt 200 kommuner deltar i dag i læringsnettverk sammen med spesialisthelsetjenesten. KS er prosjekteier, og samarbeider med Folkehelseinstituttet om satsingen.

Boks 8.6 Planlagte overganger mellom kommuner og sykehus – eksempler

Tidlig planlegging og saksbehandling for utskriving

Akershus universitetssykehus og kommunene på Romerike har etablert et samhandlingskontor. Samhandlingskontorets hovedoppgave er å bidra til å koordinere aktiviteten i kommunene, slik at de framstår som en samlet og likeverdig part i samarbeid og forhandlinger med sykehusene. Etter initiativ fra samhandlingskontoret har partene opprettet en fagforumsordning for å følge opp samhandlingsavtalene. Fagforumene skal utarbeide, fremme og foreslå tiltak som kan bedre samarbeidet mellom nivåene og sikre gode og sammenhengende pasientforløp.

Kilde: http://samhandlingskontoret.no/index.php?pageID=147

Tverrfaglig vurderingsteam

Helsehuset i Indre Østfold er i ferd med å utvikle Tverrfaglig vurderingsteam i prosjektet Innovativ Rehabilitering i Indre Østfold. Formålet med teamet er å gjøre en tidlig vurdering av den enkeltes funksjon, samt koordinere og igangsette rehabilitering. Teamet består av ergoterapeut, fysioterapeut, lege og sykepleier. Tilbudet er til personer over 18 år som på grunn av skade, sykdom eller andre årsaker har fått redusert sitt funksjonsnivå og som har behov for tverrfaglig rehabilitering for å mestre daglige aktiviteter bedre og øke sin sosiale og samfunnsmessige deltakelse. I 2018 driftes teamet som et prosjekt, med 50 prosent finansiering av kommunene i Indre Østfold. Prosjektet følgeforskes.

Kilde: http://www.iomk.no/innovativ-rehabilitering-indre-ostfold.6086022-307276.html

Vurderingsteam

I Stovner bydel i Oslo kommune har de opprettet et vurderingsteam. Vurderingsteamet har kontakten med sykehuset ved inn- og utskriving av pasienter. Teamet foretar vurderingsbesøk på sykehuset, planlegger utskrivelsen og holder kontakt med sykehuset etter behov. Ved utskriving har vurderingsteamet ansvaret for oppfølgingen og tjenesteytingen hjemme i inntil 14 dager eller til situasjonen er så avklart at vedkommende klarer seg selv, kan benytte lavterskeltilbud eller overføres til ordinært tjenesteapparat.

Kilde: http://www.mynewsdesk.com/no/bydel-stovner/blog_posts/naa-tester-vi-ut-felles-vurderingsteam-for-helsetjenestene-63434

Trygg utskriving fra sykehjem og sykehus

Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7 gjennomfører i perioden september 2017 til mai 2018 nasjonalt læringsnettverk for å spre tiltakspakke for trygg utskriving. Det er fire kommuner som deltar, med korttidssykehjem eller helsehus med plasser for øyeblikkelig hjelp: Melhus, Sunndal, Kristiansund og Tromsø. Hensikten med tiltakspakken er å forbedre pasientenes erfaring med utskriving og sikre tryggere utskrivninger fra sykehjem og sykehus.

Tiltakene er:

- Starte planlegging av utskrivelse ved innkomst (innkomstsamtale)
- Formidle viktig informasjon til samhandlingspartnere
- Gjennomføre strukturert utskrivningssamtale
- Bruke sjekkliste før utskrivning

På bakgrunn av erfaringene som gjøres i læringsnettverket, vil tiltakspakken bli ferdigstilt.

Kilde: http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no

Trygg utskriving

På Storhaugen helsehus i Kristiansund kommune, avdeling for rehabilitering og korttid, er det opprettet et team som arbeider med prosjektet Trygg utskriving med pasienten som likeverdig part. Teamet er med i det nasjonalt læringsnettverk i regi av Pasientsikkerhetsprogrammet.

Boks 8.6 forts.

Erfaringene fra dette arbeidet viser at ansatte har blitt mer bevisste på at pasienter og pårørende skal være delaktige i hele prosessen. Pårørende blir også invitert til å være med på utskrivningssamtaler dersom pasienten ønsker det. I disse samtalene går sykepleier og lege igjennom forløpet, vurderer eventuelt nye tjenester i hjemmet, og tiltak de selv kan gjøre for å øke hverdagsmestring. Avdelingen har så langt gode erfaringer med den nye måten å arbeide på.

Kilde: https://www.kristiansund.kommune.no/tjenester/politikk-og-administrasjon/alle-enheter-i-kristiansund-kommune/helse-inkludering-og-omsorg/storhaugen-helsehus/

Gjensidig kompetanseoverføring

St. Olavs hospital og kommunene i opptaksområdet har utviklet retningslinjer for gjensidig kompetanseoverføring mellom sykehus og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det er utviklet rutiner, prosedyrer og kommunikasjonskanaler for å utveksle gjensidig informasjon som omfatter:

- Faglige nettverk for utveksling av kunnskap og erfaringer, som gir helsearbeidere rom for faglig refleksjon og mulighet for kompetansebygging og styrket tverrfaglig samarbeid
- Hospitering på en annen arbeidsplass for å oppdatere sin fagkompetanse eller lære seg noe nytt om arbeidsmåter, teknologi osv.

Kilde: https://stolav.no/

Strategi for helsetjenester for eldre

Ved Diakonhjemmet sykehus i Oslo er det utviklet en strategi for helsetjenester til eldre. Gjennom samarbeid mellom sykehuset, Diakonhjemmets høyskole, Diakonhjemmet Omsorg og Oslo kommune er målet å bidra til et bedre tjenestetilbud til eldre.

Tiltakene er:

- Geriater ansatt i delt stilling på sykehuset og på sykehjemmet
- Videreutvikling av ambulante tjenester innen alderspsykiatri
- Samarbeid mellom sykehus, høyskole og sykehjem for å utvikle tjenester til eldre

Alderspsykiatrisk avdeling ved Diakonhjemmet sykehus tilbyr også utredning og behandling av psykisk lidelse hos personer over 65 år. Både utredning og behandling kan gjøres poliklinisk, ambulant eller ved innleggelse. I noen tilfeller drar klinikere hjem til pasientene for å vurdere behov for innleggelse, noe som bidrar til rask vurdering og færre innleggelser. I utredningen kartlegges ressurser og problemområder. Dette skjer i tett samarbeid med pasientene, pårørende, den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den øvrige spesialisthelsetjenesten.

Kilde: http://diakonhjemmetsykehus.no/

SAM-AKS

Avdeling for alderspsykiatri ved Sykehuset Innlandet HF startet i 2010, i samarbeid med KS, prosjektet Samhandling mellom avdeling for alderspsykiatri og kommunale sykehjem (SAM-AKS). SAM-AKS startet som en modell for klinisk samhandling mellom sykehjem i noen kommuner i Hedmark og Oppland og alderspsykiatrisk avdeling ved sykehuset. Målet var at ansatte i spesialisthelsetjenesten skulle være jevnlig til stede på sykehjem i kommunene. I tillegg skulle prosjektet motivere kommunene til kompetanseutvikling og forskningsarbeid.

Gjennom SAM-AKS har sykehjemmene i kommunene fått kontinuerlig opplæring, rutiner for utredning og behandling og veiledning i enkeltsaker. Til sammen 23 kommuner har deltatt i prosjektet. Tilbakemeldinger fra kommunene har vært positive, og de fleste har ønsket å fortsette samarbeidet. SAM-AKS har tilført avdelingene og sykehjemmene mye ny kunnskap, og vært til god støtte i arbeidet med pasientene. Fra sommeren 2014 ble SAM-AKS satt i drift som en ordinær tjeneste, som avdeling for alderspsykiatri ved Sykehuset Innlandet HF tilbyr alle kommunene i Oppland og Hedmark. Det er et ønske om å utvide tilbudet til også å omfatte hjemmetjenestene i kommunene.

Kilde: https://sykehuset-innlandet.no/Documents/SAM-AKS%202017.pdf

Boks 8.6 forts.

KVALAP

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse drifter KVALAP, kvalitetsregister i alderspsykiatri, med deltagende alderspsykiatriske avdelinger i spesialisthelsetjenesten fra alle helseregioner. En av målsettingene til KVALAP er å forbedre diagnostisering og behandling av psykiske lidelser hos eldre i hele Norge. Slik klinisk samhandling vil, i tillegg til intern kompetanseheving i sykehjemmene, bidra til en bedre kommunikasjon mellom sykehjem og spesialisthelsetjenesten, både mellom pleiepersonalet og mellom sykehjemslege og alderspsykiater.

Økt klinisk samhandling kan videre gi spesialisthelsetjenesten bedre kjennskap til eldres psykiske helse, og legge et felles grunnlag for forskning på eldre i sykehjem. Økt klinisk kompetanse og mulighet for veiledning kan bidra til redusert bruk av tvang i sykehjem. Tiltaket kan også utvides til å omfatte en strukturert kartlegging av alderspsykiatriske symptomer og sykdommer hos alle hjemmeboende pasienter over 65 år som skal tildeles hjemmetjeneste.

Kilde: https://www.aldringoghelse.no/kvalap/



Figur 9.1

9 Plan og gjennomføring

Leve hele livet er en annerledes reform der det skal tas i bruk nye virkemidler for å sikre spredning og implementering av nye og gode løsninger i helse- og omsorgstjenestene. En viktig suksessfaktor er forankring av reformen gjennom lokalpolitisk behandling av de forslag til løsninger som presenteres i Leve hele livet og et aldersvennlig Norge.

Reformen Leve hele livet innebærer omfattende endringsprosesser som berører store institusjoner og organisasjoner med mange hundre tusen ansatte, og tar sikte på å utløse lokalt ansvar og engasjement i kommuner og lokalsamfunn, ikke minst blant den voksende andel eldre i befolkningen. Det vil kreve tydelige veivalg og prioriteringer og gode prosessuelle virkemidler om vi skal lykkes både med å skape et mer aldersvennlig Norge og videreutvikle kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene.

For å bistå kommunene med å forberede og gjennomføre reformen, skal det i reformperioden etableres et støtteapparat med utgangspunkt i dagens statlige og regionale aktører. Kommuner som omstiller seg i tråd med reformen, vil bli prioritert innenfor relevante eksisterende og eventuelle nye øremerkede ordninger. Kompetanseløft 2020, Omsorgsplan 2020 og Demensplan 2020 utgjør ellers helt sentrale deler av fundamentet for reformen.

Boks 9.1 Fra hva til hvordan

«La det gå som en olympisk ild fra kommune til kommune over hele landet,»

sa en av deltakerne på det siste dialogmøtet for utvikling av kvalitetsreformen for eldre – Leve hele livet.

Etter mange innspill om hva som må gjøres i kvalitetsreformen, kom spørsmålet: Hvordan skal vi lykkes med å gjennomføre den nye kvalitetsreformen for eldre?

Invitasjonen til det femte og siste dialogmøtet gikk til kommunale ledere, kompetansemiljø, statlige organisasjoner og fag- og interesseorganisasjoner.

Helse- og omsorgsminister Bent Høie åpnet dialogmøtet med å si:

«Den største utfordringen er kanskje hvordan vi kan sørge for at de gode eksemplene og løsningene blir tatt i bruk i alle landets kommuner. Hvordan kan vi gjennomføre og implementere de gode tiltakene i hele landet. Jeg ser fram til å få gode forslag og innspill på det i dag.»

Kari Midtbø Kristiansen, leder av Aldring og helse, presenterte rapporten som oppsummerer kunnskap og forskningsresultater om spredning og implementering av gode tiltak for eldre. Kristiansen trakk fram tre sentrale funn som påvirker spredning av gode tiltak:

«Kontaktpunkter mellom kommuner, der de kan utveksle erfaringer, kunnskap om tiltaket og insentiver fra overordnet myndighet.»

Dialogmøtet resulterte i et stort antall innspill basert på deltakernes egne erfaringer med endringsprosesser. Forankring og oppfølging av arbeidet lokalt var en av suksessfaktorene som gikk igjen. Det handlet først og fremst om god forankring i ledelse, både administrativt og politisk, men også om god informasjon til hele virksomheten og løpende oppfølging av alle berørte parter. Erfaringsdeling, engasjement og synliggjøring av gevinster var andre suksessfaktorer som ble trukket fram.

Deltakerne forventet tydelige bestillinger med klart definerte mål, tydelige krav og hensiktsmessige rammebetingelser. Flere tok til orde for at staten også bør bidra med verktøy for implementering og legge til rette for erfaringsdeling og samarbeid på tvers av kommunene.

Boks 9.1 forts.

Etter dialogmøtet om gjennomføring har det kommet mange innspill til Helse- og omsorgsdepartementet fra organisasjoner og enkeltpersoner:

- *Hva kan Pensjonistforbundet gjøre for at vi skal lykkes:*
  - *Vi kan skrive om de gode eksemplene i vårt medlemsblad Pensjonisten*
  - *Sikre god informasjon og brukerinvolvering fra eldrerådet*
  - *Skaffe gode eldre ambassadører i kommunen som kan være gode endringsambassadører*
  - *Sørge for god informasjon til borgerne i kommunen – likemannsarbeid, på pensjonistforeningenes møter, sende ut skriftlig og enkel informasjon i posten (Pensjonistforbundet)*
- *Samfunnet må tåle en pukkel av økte utgifter for å møte utfordringene og legge til rette for nødvendige omstillinger (Fagforbundet)*
- *En god kommuneøkonomi er en viktig forutsetning for en god eldreomsorg, men det er ikke nok (Pensjonistforbundet)*
- *Kommunene ser til hverandre når de planlegger budsjettene sine. Kommuner bruker andre kommuner som har lavere utgifter til helse- og omsorg enn dem selv, som mal i budsjettplanleggingen, og innfører lavere pleiefaktor og høyere terskler for tjenestetildeling (Norsk Sykepleierforbund)*
- *Vi heier alle på sykepleieren fra Gjøvik som får honnør for sitt initiativ om å flytte middagen på et sykehjem. Vi er mange som lurer på hvorfor man ikke har fått til endringen. Mange har fått det til, mange har møtt motstand. Vi trenger modige ledere som har evne til å skjære igjennom (Statens seniorråd)*

9.1 Reformstart, tidsplan og virkemidler for gjennomføring

Utgangspunktet for reformen er en erkjennelse av at de gode løsningene finnes i kommuner, helseforetak, frivillige organisasjoner, næringsliv og lokalsamfunn. Mange arbeider systematisk og godt på ett eller flere av reformens områder. Det er samtidig en erkjennelse av at løsningene i mindre grad implementeres eller spres til andre. Denne reformen skal derfor legge til rette for at kommuner, helseforetak og andre kan lære av hverandre og implementere gode og innovative løsninger i tjenestene.

Lokalpolitisk behandling og forankring

Reformen legger opp til at kommuner og fylkeskommuner gjennom politiske vedtak, skal ta stilling til hvordan tiltakene i Leve hele livet kan utformes og gjennomføres lokalt, og deretter innarbeide dem i sitt planverk og sette reformen ut i livet. Dette gjelder både tiltak knyttet til Et aldersvennlig Norge og reformens andre hovedområder: aktivitet og fellesskap, mat og måltider, helsehjelp og sammenheng i tjenestene.

Planverk betyr i kommunal sammenheng først og fremst kommuneplanens handlingsdel med økonomiplan, som skal revideres årlig og som gjelder for fire år, og eventuelt en kommunedelplan for de som har egen delplan for helse- og omsorg. Spørsmålet om aldersvennlige kommuner og fylker bør eventuelt drøftes i den kommunale og fylkeskommunale planstrategien for eksempel etter neste kommunevalg, og bli en prioritert sak i arbeidet med kommuneplan og fylkesplan. Reformen legger opp til endringsprosesser med sterk medvirkning fra eldrerådene og den eldre befolkning i dette planarbeidet, og med støtte og bistand fra fagmyndigheter og nasjonale og lokale fagmiljø.

Aktiviteter på spesialisthelsetjenestens område vil bli fulgt opp i ordinære styrings- og rapporteringssystemer.

Samarbeidsavtale med KS

For å lykkes med reformen er det avgjørende å involvere og samarbeide med kommunesektoren. Det er lang tradisjon for samarbeid mellom regjeringen og KS om ulike satsinger, blant annet på helse- og omsorgsfeltet. Dette samarbeidet skal videreføres i arbeidet med gjennomføring av Leve hele livet både på nasjonalt og regionalt nivå etter nærmere avtale.

Støtte til gjennomføring – organisering og oppgaver

I reformperioden skal det etableres et støtteapparat som sikrer politisk og faglig legitimitet og gjennomføringskraft. Støtteapparatet skal informere og spre kunnskap om reformen, skape interesse og oppslutning om reformens løsninger og inspirere og støtte kommuner og fylkeskommuner i praktisk omstillings- og implementeringsarbeid.

Regjeringen ønsker å inngå et samarbeid med kommunesektoren ved KS om gjennomføring. Ansvaret for spredning og implementering av Leve hele livet legges til Helsedirektoratet med styringslinje til fylkesmannen. I samarbeidet om gjennomføring av tiltak rettet mot helse- og omsorgssektoren knytter Helsedirektoratet også til seg et nasjonalt fagmiljø etter nærmere avtale. Arbeidet med et aldersvennlig Norge er mer sektorovergripende, og vil bli organisert i nært samarbeid med KS, og sett i sammenheng med framtida for Statens seniorråd.

Det skal utvikles gode verktøy og gis faglig bistand på reformens hovedområder. Helsedirektoratet skal i samarbeid med andre aktører følge opp det regionale arbeidet gjennom felles samlinger og individuell hjelp, sikre felles oppstart og framdrift, stå for informasjonsarbeidet til allmenheten og kommunikasjon med berørte parter. Helsedirektoratet skal rapportere på framdrift og resultater til regjeringen.

Hovedinnsatsen fra statens side vil ligge på regionalt nivå, der fylkesmennene inngår samarbeid med KS og utviklingssenterene for sykehjem og hjemmetjenester, fylkeskommunene og andre regionale fagmiljø, samt fylkeseldreråd og aktuelle organisasjoner. Sammen skal de etablere et strukturert samarbeid om gjennomføring av reformen.

Det regionale aktørene skal gi informasjon, råd og veiledning og bistå kommunesektoren i planlegging, omstillings- og endringsarbeid gjennom kommunebesøk, faglig veiledning og nettverkssamarbeid. Nettverkssamarbeidet kan bygges på eksisterende kommunenettverk, regionale læringsnettverk og samarbeidsfora mellom spesialisthelsetjenesten, fylkeskommunene og kommunene. Fylkesmannen skal rapportere på framdrift og resultater til sentrale myndigheter.

I tillegg vil det på nasjonalt nivå bli organisert et samarbeid med sikte på å gjennomføre et nasjonalt program for Et aldersvennlig Norge. Oppgaven vil blant annet være å inngå avtale om tilknytning til Verdens helseorganisasjons globale nettverk for aldersvennlige byer og lokalsamfunn, invitere organisasjoner, institusjoner, bedrifter, forskning og utdanning til partnerskap, bygge et nasjonalt nettverk av aldersvennlige kommuner, gjennomføre kampanjen Planlegg egen alderdom og gi kommuner og eldreråd verktøy, bistand og inspirasjon til lokalt planarbeid.

Omstilling gir prioritet

Ettersom reformen i stor grad handler om å endre praksis og bidra til omstilling og kvalitetsutvikling av ordinær virksomhet, legges det til grunn at kommuner og helseforetak selv kan foreta nødvendige omprioriteringer innenfor egen drift og økonomiske rammer. Flere av de foreslåtte løsningene kan bidra til mer effektive tjenester og et mindre omfattende tjenestebehov hos innbyggerne på sikt. Forbedring av eldreomsorgen skal i hovedsak dekkes av kommunenes frie inntekter.

Endringsarbeid medfører ofte omstillingskostnader i reformperioden, og vil kreve utgifter til opplæring i nye arbeidsformer og metoder og tilrettelegging av organisasjon og lokaler. Å foreta endringer i organisasjoner som samtidig skal sikre døgnkontinuerlig drift hele uka gjennom hele året, er særskilt krevende. Kommuner som omstiller seg i tråd med reformen, vil bli prioritert innenfor relevante eksisterende og eventuelle nye øremerkede ordninger. Det forutsettes at kommunene gjennom politisk behandling har tatt stilling til forslagene i reformen, og beskrevet hvordan de vil utforme og gjennomføre dem lokalt. Videre forutsettes at kommunene forplikter seg til å delta i regionale nettverk for Leve hele livet, og bidrar til erfaringsdeling og gjensidig faglig støtte og bistand med andre kommuner.

Fylkesmannen får i oppdrag å følge opp kommunenes utvikling, gjennomføring og evaluering av planene gjennom tilbud om erfaringsdeling, kommunenettverk og annen bistand.

Tidsplan 2019–2023

For å få mest mulig felles framdrift, fastsettes reformperioden til fem år, med felles oppstart 1. januar 2019 og med ulike faser for kartlegging, planlegging, gjennomføring og evaluering.

Reformen er inndelt i fire faser som vil være dels overlappende:

Fase 1 Forberedelse og oppstart (2019)

Det første året skal Leve hele livet settes på dagsorden i kommuner og fylkeskommuner, helseforetak og i allmennheten. Det vil innebære å spre informasjon og kunnskap om reformen, etablere

et regionalt støtteapparat og utvikle verktøy og materiell for gjennomføring av reformen lokalt. Støtteapparatet regionalt skal informere alle kommuner om reformen og invitere til deltakelse i læringsnettverk, ha dialogmøter, drive oppsøkende virksomhet og gi faglig veiledning og støtte.

Fase 2 Kartlegging og planlegging (2019–2020)

Kommunene har perioden 2019–2020 til å ta stilling til løsningene i reformen og planlegge hvordan de vil utforme og gjennomføre dem lokalt. Det legges opp til at kommunene og fylkeskommunene kartlegger egne behov og utfordringer, og gjennom politiske vedtak tar stilling til forslagene i Leve hele livet. Spesialisthelsetjenesten vil bli fulgt opp i ordinære styrings- og rapporteringssystemer.

Fase 3 Implementering og gjennomføring (2021–2023)

Når kommunene har tatt stilling til forslagene i reformen, og beskrevet hvordan de vil utforme dem, starter arbeidet med gjennomføring lokalt. Det legges opp til en samlet implementering i årene 2021–2023. Kommuner som omstiller seg i tråd med reformen, vil bli prioritert innenfor relevante eksisterende og eventuelle nye øremerkede ordninger. Det er imidlertid flere forslag til løsninger som ikke krever langvarige planleggingsprosesser og kan iverksettes umiddelbart, slik som for eksempel endringer av måltidstider mv. Kommunen må selv ut fra lokale forhold og behov, vurdere hvilke forslag til løsninger som er mulig å iverksette tidligere i reformperioden.

Fase 4 Evaluering og forbedring (2023)

Reformen skal evalueres gjennom følgeforskning i et representativt utvalg kommuner. Midtveis i reformperioden skal det utarbeides en forskningsrapport for blant annet å kunne følge beslutninger, planer og endringer, og kunne justere kurs og virkemiddelbruk. Følgeforskningen avsluttes med resultatevaluering av hele reformen etter 2023.

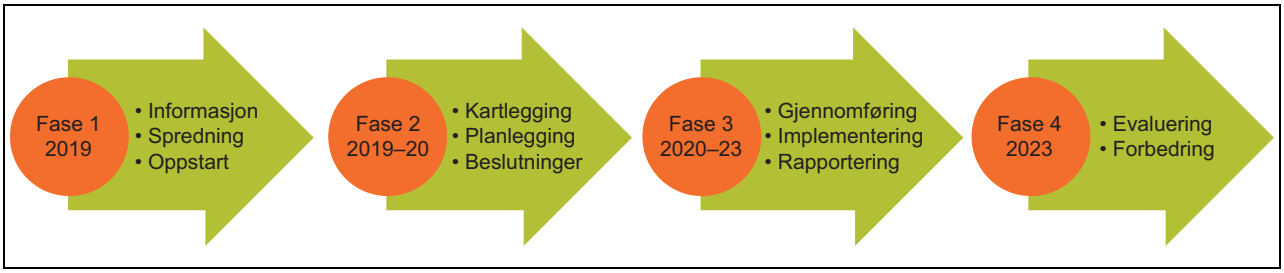
9.2 Verktøy og metoder

Spredning av gode løsninger og implementering av endringer er krevende prosesser. På flere av dialogmøtene har deltakerne vært opptatt av manglende spredning av gode tiltak, og at kommunene i for liten grad har en systematikk og kultur for å lære av hverandre.

Rapporten fra Aldring og helse, som oppsummerer kunnskap og forskningsresultatet om spredning og implementering av gode tiltak for eldre, viser at innføring av nye tiltak i kommunene styrkes dersom et nasjonalt eller regionalt nivå tar initiativ og bidrar til kunnskapsutvikling, formidling og spredning av de nye løsningene. Videre viser undersøkelser av kontaktpunkter for erfaringsutveksling mellom kommuner og kunnskap om intervensjonene, kan ha betydning for spredning (4).

Resultatene fra Innovasjonsbarometeret for kommunal sektor 2017 viser at fire av ti virksomheter har spredd sine innovasjoner slik at andre kan gjenbruke løsningene. Innovasjonsbarometeret viser at spredning først og fremst skjer gjennom nettverk mellom kommuner og fylkeskommuner (224).

Staten skal derfor understøtte kommunenes endringsarbeid gjennom et støtteapparat som skal legge til rette for erfaringsdeling, kunnskapsutveksling og lokalt forbedringsarbeid i reformperioden. Sentrale verktøy for å støtte det lokale endringsarbeidet vil være læringsnettverk og faglig bistand. Det vil bli etablert regionale læringsnettverk for erfaringsutveksling og gjensidig faglig støtte og bistand mellom kommunene. Erfarin-



Figur 9.2 Tidsplan

ger fra ulike læringsnettverk viser at denne formen for erfaringsutveksling har stor nytteverdi. Det handler om felles forståelse for områder som bør forbedres, og om å finne og dele løsninger, men også om å hente inspirasjon og motivasjon fra hverandre.

Kommunene vil, som del av reformarbeidet, bli tilbudt støtte og veiledning til lokalt planarbeid. En sentral oppgave for støtteapparatet vil være å bistå kommunene i utvikling, gjennomføring og evaluering av lokale planer. Fylkesmennene har lang tradisjon i å understøtte kommunene i deres planarbeid, blant annet gjennom dialogmøter med kommunene. Evalueringen fra arbeidet med Omsorgsplan 2015 viser at når planer for helse- og omsorgssektoren blir en del av det helhetlige planarbeidet i kommunene, bidrar dette til en felles forståelse for hva som er utfordringer, prioriteringer og løsninger i kommunens helse- og omsorgssektor.

Et annet sentralt hjelpemiddel i planarbeid er gode data og et valid faktagrunnlag. Det foreslås derfor en styrking av ressursportalen for analyse og planlegging som er utviklet av fylkesmannsembetet i Trøndelag i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet. Som del av Leve hele livet skal ressursportalen bli tilgjengelig for alle kommuner og inngå som et sentralt verktøy for kommunene i deres planarbeid.

Samskaping løftes fram som viktige prosessuelle grep for å skape framtidas lokalsamfunn og tjenestetilbud. Erfaringer fra kommuner som har arbeidet med samskaping er at kommunene må møte innbyggerne der de er og involvere dem fra starten av om prosjekter skal lykkes. På den måten kan de koble sine forvaltningsmessige ressurser opp mot sivilsamfunnets ressurser, og legge grunnlaget for nye løsninger skapt i fellesskap mellom kommune, innbyggere og brukere, foreninger, organisasjoner og næringsliv. Iverksetting av reformen Leve hele livet og et mer aldersvennlig samfunn bygger på nye måter å involvere innbyggere og samfunnsaktører på, og forutsetter bruk av ulike former for samskaping som metode for lokalt utviklings- og endringsarbeid.

Videre skal det igangsettes et informasjonsarbeid for å spre kunnskap om reformen. Det skal utarbeides informasjonsmateriell og tas i bruk nye formidlingskanaler, herunder sosiale medier.

For å stimulere til aktivitet og løfte fram kommuner som arbeider godt og systematisk, foreslås det også å etablere en årlig Leve hele livet-pris. Prisen skal gå til en kommune som gjennom kvalitetsforbedringsarbeid kan vise til både planlagte og gjennomførte aktiviteter og gode resultater på reformens områder.

Det vises videre til de store pågående satsingene knyttet til kompetanseutvikling og ledelsesopplæring som beskrevet i kapittel 3. Tilstrekkelig og god kompetanse, dyktige ledere og en organisasjon som vektlegger kontinuerlig forbedringsarbeid og systematisk refleksjon, er avgjørende for å utvikle kvalitativt gode tjenester. Et hovedverktøy er forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, som legger grunnlaget for å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring.

9.3 Måling, evaluering og rapportering

Erfaringer fra andre endringsprosesser viser at det er avgjørende å sette tydelige og konkrete mål, og måle egen framgang over tid for å lykkes.

Ved å gjennomføre hyppige målinger, kan den enkelte enhet se om tiltakene blir gjennomført, om de skaper ønsket forbedring og om forbedringen er varig.

Helsedirektoratet vil få i oppdrag å igangsette et arbeid for å utvikle måleverktøy som synliggjør resultater og gevinster i reformperioden. Målingene skal, så langt som mulig, kunne integreres i det ordinære saksbehandlings- og journalsystemet på sikt.

Reformen skal evalueres gjennom følgeforskning i et representativt utvalg av kommuner. Midtveis i reformperioden skal det utarbeides en forskningsrapport for blant annet å kunne følge beslutninger, planer og endringer, og kunne justere kurs og virkemiddelbruk. Følgeforskningen avsluttes med resultatevaluering av hele reformen etter 2023.

Det skal også etableres noen enkle rapporteringskrav til staten på gjennomføring av reformen. Sentrale indikatorer her vil blant annet være antall kommuner som har tatt stilling til tiltakene i reformen og laget og vedtatt lokale planer.

Boks 9.2 Spredning og implementering av gode tiltak for eldre

Rapporten som oppsummerer kunnskap og forskningsresultater om spredning og implementering av gode tiltak for eldre (4) løfter fram noen suksesskriterier for 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. Implementering kan bli vanskelig dersom målgruppene ikke sluttet opp om tiltaket.
- Forankring i ledelse på ulike nivåer understrekes. Ledelsen må støtte de ansatte aktivt og følge med på hvordan implementeringen av intervensjonen fungerer.
- 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.
- 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.
- En eller flere personer bør ha en bestemt ansvarsrolle i implementeringen. Det kan være en ildsjel, en som er spesielt kompetent eller har arbeidet med noe tilsvarende et annet sted, eller en kan ansette en person som har ansvar for prosjektet som sin spesielle oppgave
- 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.

Videre viser studier at for helsetjenester som krever samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, er et godt evidensgrunnlag viktig for både spredning og implementering av tiltaket.

Få studier og rapporter har fokusert på spredning. Men noen suksesskriterier framheves:

- Spredning kan påvirkes av insentiver fra overordnet myndighet
- Kontaktpunkter mellom kommuner der de kan utveksle erfaringer kan ha betydning for spredning
- 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

Boks 9.3 Erfaringer fra Trygghetsstandard i sykehjem, pilot 2016 – 2018

Utvikling av en trygghetsstandard i sykehjem er forankret i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Regjeringen vil iverksette et systematisk kvalitetsutviklingsarbeid med sikte på å utvikle en standard for kvalitet i sykehjem. Våren 2016 ble det igangsatt en pilot for å teste ut et web-basert verktøy. Verktøyet er forankret i de krav og føringer som ligger i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring og prosessene som understøttes tar utgangspunkt i de fem stegene i modell for kvalitetsforbedring.

Tromsø, Sortland, Kristiansund og Eidskog kommune er pilotkommuner. Piloten er forankret i kommuneledelsen. Piloten er ikke prosjektorganisert, men gjennomføres innenfor ordinær drift. Arbeidet forsøker å sette nasjonale krav, føringer og forventninger inn i en lokal kontekst og pasientsentrert omsorg er et overordnet prinsipp. Det gjennomføres en følgeevaluering i regi av Senter for omsorgsforskning. Piloten avsluttes juni 2018.

Siden piloten gjennomføres innenfor ordinær drift gir den god kunnskap om hva som hemmer og fremmer implementering i kommunene. Det er tre sentrale drivere i implementeringsarbeidet:

- Ledelse – styrke forbedringskompetansen, skape gode endringsledere
- Kompetanse – systematisk opplæring, veiledning, evaluering, endring av kultur og holdninger
- Organisasjon – bygge gode strukturer som skaper forutsetninger for endring i hele organisasjonen

Boks 9.3 forts.

Dette understøttes av hvordan kommunene selv oppsummer suksesskriteriene for god implementering:

- Ha de grunnleggende strukturene på plass først
- Forstå kvalitetsmodellen, holde seg til den og ta den i bruk i praktisk arbeid
- Forankring helt til topps i kommuneledelsen
- Enhetlige og tilpassede støttesystemer
- Systematisk og tilpasset opplæringsprogram for ansatte
- Faste fagfora for diskusjon/refleksjon
- Tilstedeværende leder
- Involvering av alle ansatte – skape eierforhold

Ledere i kommunene har fått tilbud om prosessveiledning. Denne formen for lederstøtte ser ut til å være en virkelig suksessfaktor. Kommunene melder blant annet tilbake at prosessveiledning hjelper til å holde en rød tråd i prosessen, til å håndtere et løpende utviklingsarbeid i en ellers travel hverdag, til å prioritere, til å være bevisst på hvordan man får med seg medarbeiderne og til å komme videre når man står fast.

Piloten har god overføringsverdi til andre deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Den gir blant annet god kunnskap om hvordan man arbeider strukturert med reell brukermedvirkning på individ- og systemnivå, hvordan man bygger kvalitetsperspektivet inn i styringssystemet i kommunene, hvordan man måler kvalitet og utvikler indikatorer, hvordan man etablerer en varig forbedringskultur, hvordan man systematiserer arbeidet med kompetanseplanlegging og -styring og hvordan man systematiserer rutiner for tverrfaglig arbeid. Tromsø kommune har blant annet avholdt felles fagdager mellom sykehjem og hjemmetjenester med vekt på overføring av erfaringer fra piloten.

9.4 Opplæringspakke – Leve hele livet

Det er store kunnskaps- og kompetansebehov om eldre og aldring generelt og om temaene i reformen spesielt. Regjeringen vil derfor vurdere å utvikle en egen Leve hele livet-opplæringspakke for ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Innholdet skal, i tillegg til kunnskap om eldre og aldring, dekke opplærings- og kompetansebehov på reformens hovedområder. Det skal vurderes om opplæringsprogrammet kan utformes slik at det kan inngå som en modul i annen fagopplæring.

Leve hele livet setter fokus på forsømte områder i tjenestetilbudet til eldre, der løsningen er nært knyttet til kunnskap og kompetanse. Reformen inviterer kommunene til å tenke bredere i sitt rekrutterings- og opplæringsarbeid, med særlig vekt på faggrupper som kan styrke kompetanse på kjøkken- og ernæring, aktivitet og mestring, rehabilitering, miljøarbeid, sosialt arbeid og samarbeid med pårørende, frivillige og lokalsamfunn.

Helsefagarbeideren er viktig i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det har vært en økning i rekrutteringen til helse- og oppvekstfagene de siste årene. Samtidig var det bare i overkant av 3000 som avla fagbrevet som helsefagarbeider skoleåret 2016–2017. Dette er ikke tilstrekkelig for å møte arbeidskraftsbehovet i helse- og omsorgssektoren (65). Voksne er en viktig rekrutteringskilde. Fagbrev på jobb vil bli etablert som en ny fleksibel vei til fagbrev, som gjør det enklere for voksne å delta i opplæring og kan ta fagbrev på arbeidsplassen, mens de er i lønnet arbeid. Opplæringen er mer fleksibel enn eksisterende ordninger gir rom for, men kravet til fagbrev er likt. Det vises videre til tiltakene i Kompetanseløft 2020 omtalt i kapittel 3.



Figur 10.1

10 Økonomiske og administrative konsekvenser

Denne meldingens hovedfokus er å skape et mer aldersvennlig Norge og finne nye og innovative løsninger på de kvalitative utfordringene knyttet til aktivitet og fellesskap, mat og måltider, helsehjelp, kontinuitet og sammenheng i tjenestene. Forslagene til løsninger i kapittel 4–8 bygger på erfaringer som allerede er gjort i enkeltkommuner, sykehus, organisasjoner og næringsliv, og understøttes av forskning og kunnskap på området.

Reformen handler om å gjøre enkelte ting på andre måter enn før og skape forenkling, fornyelse og forbedring gjennom innovasjon. Nye arbeidsmetoder, nye samarbeidsformer, ny teknologi og nye løsninger vil gi noen av svarene på hvordan vi i fellesskap kan skape et mer bærekraftig samfunn i møte med de demografiske endringene. Flere av de foreslåtte løsningene kan bidra til mer effektive tjenester og et mindre omfattende tjenestebehov hos de eldre på sikt. Det legges derfor til grunn at kommuner, fylkeskommuner og helseforetak selv må foreta nødvendige omprioriteringer innenfor egen drift og økonomiske rammer. Det presiseres at kommunene ikke vil bli pålagt nye oppgaver gjennom denne reformen, og det legges ikke opp til tiltak som vil endre ansvarsdelingen mellom stat og kommune. Det understrekes at forbedring av eldreomsorgen i hovedsak dekkes av kommunenes frie inntekter.

Å foreta endringer i organisasjoner som samtidig skal sikre døgnkontinuerlig drift hele uka gjennom hele året, er særskilt krevende. Kommuner som omstiller seg i tråd med reformen, vil bli prioritert innenfor relevante eksisterende og eventuelle nye øremerkede ordninger.

Spredning og implementering av reformen skal ta utgangspunkt i dagens statlige og regionale aktører, men med et tydelig støtteapparat i reformperioden. For å bistå kommunene med å forberede og gjennomføre reformen er det behov for faglig veiledning, tilrettelegging for læringsnettverk og oppfølging lokalt. Hovedinnsatsen fra statens side vil ligge på regionalt nivå, der fylkesmennene inngår samarbeid med KS og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT), fylkeskommunene og andre regionale fagmiljø, samt fylkeseldreråd og aktuelle organisasjoner, jf. omtale i kapittel 9.

Kompetanseløft 2020 og Omsorgsplan 2020 med Demensplan 2020, utgjør helt sentrale deler av fundamentet for reformen.

Regjeringen vil komme tilbake til gjennomføringen av reformen i de enkelte års budsjetter, og det tas forbehold om at enkelttiltak først vil kunne gjennomføres når det er budsjettmessig dekning.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 4. mai 2018 om Leve hele livet blir sendt Stortinget.

Referanser

1. Bøhn, B H., m.fl. *Mat og ernæring til eldre – oppsummering av kunnskap og forskningsresultater.* Nasjonal kompetansetjeneste Aldring og helse, 2017.
2. Sudmann, T. *Aktivitet og fellesskap for eldre. Kunnskapsoppsummering. Rapport 6/2017.* Bergen: Senter for omsorgsforskning Vest, 2017.
3. Bergh, S., m.fl. *Overganger og brudd i pasientforløp for eldre- oppsummering av kunnskap og forskningsresultater.* Nasjonal kompetansetjeneste Aldring og helse, 2017.
4. Røsvik, J., m.fl, *Spredning og implementering av gode tiltak for eldre- oppsummering av kunnskap og forskningsresultater*. Nasjonal kompetansetjeneste Aldring og helse, 2017.
5. Johannessen, A., m.fl. *Pårørende til eldre – oppsummering av kunnskap og forskningsresultater.* Nasjonal kompetansetjeneste Aldring og helse, 2017.
6. Rokstad, M. A. M. og Øvereng, A. *Kompetanseutvikling og forutsetninger for faglig gode arbeidsmiljø i kommunal helse- og omsorgstjeneste til eldre – oppsummering av kunnskap og forskningsresultater.* Nasjonal kompetansetjeneste Aldring og helse, 2017.
7. Husebø, B., m.fl *Helsehjelp til eldre. Kunnskapsoppsummering.* Senter for Alders- og sykehjemsmedisin, Universitetet i Bergen, 2017.
8. Hansen, T., m.fl. *Aldring, mestringsbetingelser og livskvalitet.* Oslo: Helsedirektoratet, 2016. IS-2475.
9. HelpAge International. Global Age Watch Index 2015. [Internett] 2015. http://www.helpage.org/global-agewatch/.
10. Meld. St. 19 (2014–2015). Folkehelsemeldingen. *Mestring og muligheter.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2014.
11. Slagsvold, B. og Daatland, S. *Eldre år, lokale variasjoner. Resultater fra Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon (NorLag) – runde 1.* Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, 2006. NOVA rapport 15/2006.
12. Daatland, S. O. og Veenstra, M. *Bærekraftig omsorg? Familien, velferdsstaten og aldringen av befolkningen.* Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, 2012. NOVA rapport 02/2012.
13. Nordby, P. og Næsheim, H. *Yrkesaktivitet blant eldre før og etter pensjonsreformen. 2016.* Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå, 2017. SSB rapport 2017/5.
14. Hellevik, T. og Solem, P. E. *Mulige konsekvenser av økt yrkesaktivitet blant eldre.* Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, 2011. NOVA rapport 9/11.
15. Rogne, A. F.og Syse, A. *Framtidens eldre i by og bygd. Befolkningsframskrivinger, sosiodemografiske mønstre og helse.* Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2017. SSB-rapport 2017/32.
16. Wollebæk, D. og Sivesind, K. H. *Fra folkebevegelse til filantropi? Frivillig innsats i Norge 1997–2009.* Oslo: Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor, 2010.
17. Loga, J. *Livskvalitet. Betydningen av kultur og frivillighet for helse, trivsel og lykke. En kunnskapsoversikt.* Oslo/Bergen: Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor, 2010.
18. Hank, K. og Stuck, S. Volunteer work, informal help, and care among the 50+ in Europe: Further evidence for 'linked'productive activities at older ages. *Social Science Research.* 37, December 2008, Vol. 4.
19. Enjolras, B., m.fl. *Deltakelse i frivillige organisasjoner. Forutsetninger og effekter.* Oslo/Bergen: Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor, 2012.
20. Vaage, O F. *Tidene skifter. Tidsbruk 1971–2010.* Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå, 2012.
21. Wollebæk, D. *Bakteppet: Eldre og frivillighet.* Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor, 2013.
22. Otnes, B. Livet etter 80 – Eldres helse og levevaner. *Tidsskrift for omsorgsforskning.* 2017, Vol. 3.
23. Fors, S., m.fl. Interview study on the living conditions of the very old. Elderly acquire

more health problems, but they manage everyday life better. *Lakartidningen.* 2013.
24. Mørk, E. *Seniorer i Norge 2010.* Oslo-Kongsvinger: Statistisk Sentralbyrå, 2011.
25. Engedal, K. og Haugen, P. K. *Demens. Fakta og utfordringer.* Forlaget Aldring og Helse, 2009.
26. Steptoe, A., m.fl. *Subjective well-beeing, helth and ageing.*The Lancet, 2015.
27. Ekornrud, T. og Jensen, A. *Tannhelse – Personell og kostnader, tannhelsetilstand og tannlegebesøk.* Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå, 2010. SSB rapport 29/2010.
28. Blix, B. H. Helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen i Norge. En oppsummering av kunnskap. *Omsorgsbiblioteket.* [Internett] 2016. http://www.helsebiblioteket.no/omsorgsbiblioteket/samisk-befolkning.
29. Brustad, M., m.fl. Mortality patterns in geographical areas whit high vs. low Sami population density in Artic Norway. *Scandinavian Journal of Public Health.* Vol. 2009, 37.
30. Hassler, S., m.fl. Causes of death in the Sami population of Sweden 1961–2000. *International Journal of Epidemiology.* 2005, 34.
31. Kvernmo, S. Tiden er et skip som kaster anker. Utvikling av helse- og sykdomsbilde og helsetjenester i den samiske befolkningen. *International Journal of Epidemiology.* 2014, Vol. 43.
32. Hamre, K. Innvandrermenns helse svekket blant de eldste. *Statistisk sentralbyrå.* [Internett] 2017. https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/innvandrermennshelse-betraktelig-svekket-blant-de-eldste.
33. Daatland, S. O., m.fl. Balancing generations: on the strength and character of family norms in the West and East of Europe. *Ageing and Society.* 2011, Vol. 07.
34. Lappegård, T., m.fl. Fatherhood and fertility. *Fathering.* 1, 2011, Vol. 9.
35. Priskorn, L., m.fl. Increasing trends in childlessness in recent birth cohorts – a registry-based study of the total Danish male population born from 1945 to 1980. *PubMed.* [Internett] 2012. http://onlinelibrary.wiley.com/wol1/doi/10.1111/j.1365-2605.2012.01265.x/abstract,%20http:/onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2605.2012.01265.x/full.
36. Connidis, I. A. og Davies, L. Confidants and companions in later life: The place of family and friends. *Jorunal of Gerontology.* 1990, Vol. 45, 4.
37. Ajrouch, K. J., m.fl. Chohort differences in social relations among the eldrely. [bokforf.] H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer og A. Hoff. *New dynamics in old age: individual, environmental and societal perspectives.* Amityville, NY: Baywood publishing company, 2006.
38. Daatland, S. O. og Solem, P. E. *Aldring og samfunn. En innføring i sosialgerontologi.* 2.: Fagbokforlaget, 2011.
39. Sæther, J P. *Seniorer i Norge. Boforhold og nærmiljø.* Statistisk Sentralbyrå, 2010.
40. Grønningsæter, A.B. og Nielsen, R.A. *Bolig, helse og sosial ulikhet.* Oslo: Helsedirektoratet, 2011. IS-1857.
41. Brevik, I. og Schmitdt, L. *Slik vil eldre bo. En undersøkelse av framtidige eldres boligpreferanser.* NIBR, 2005.
42. Mørk, E. *Seniorer i Norge 2010.* Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå, 2010.
43. Langeland, S., m.fl. *Fattigdom og levekår i Norge. Tilstand og utviklingstrekk – 2017.* Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2017. NAV-rapport 2017:4.
44. Christensen, K., m.fl. *Ageing populations: the challenges ahead.* Lancet, 2009.
45. Falk, H., m.fl. *Functional disability and ability 75-year-olds: a comparison of two Swedish cohorts born 30 years apart.* PubMed, 2014.
46. Moe, J. O. og Hagen, T. P. Trends and variation in mild disability and functional limitations among older adults in Norway, 1986–2008. *European Journal of Aging.* 8, 2011.
47. Parker, M. G., m.fl. Health changes among Swedish oldest old: prevalence rates from 1992 and 2002 show increasing health problems. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2005.
48. Skirbekk, V., m.fl. The Flynn effect and population ageing. *Intelligence.* 2013.
49. Vaupel, J W. Biodemography of human ageing. *Nature.* 2010.
50. Hellevik, O. *Jakten på den norske lykken. Norsk monitor 1985–2007.* Oslo: Universitetsforlaget, 2008.
51. Hafsjold, L., m.fl. Older persons' worries expressed during home care visits: Exploring the content of cues and concerns identified by the Verona coding definitions of emotional sequences. *Patient Education and Counseling.* December 2016, Vol. 99, 12.
52. Diener, E., m.fl. Subjective wellbeing: *Psychological Bulletin.* 1999.
53. Romøren, T. I. *Den fjerde alderen. Funksjonstap, familieomsorg og tjenestebruk hos mennesker over 80 år.* Oslo: Gyldendal akademisk, 2001.

54. Gerstofr, D., m.fl. Decline in life satisfaction in old age: Longitudinal evidence for links. *Psychology and Aging,*. 2008.
55. Helsedirektoratet. *Samdata Kommune.* Oslo: Helsedirektoratet, 2017. Sammenstilling av statistikk.
56. Lunde, E. S. og Vold, B. Eldre menn bruker fastlegen mest. [bokforf.] Jorun Ramm. *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester. Statistiske analyser 137.* Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2013.
57. Holst, D., m.fl. *Etterspørsel etter og utgifter til tannbehandling i den voksne befolkningen.*Seksjon for samfunnsodontologi, Odontologisk fakultet, Universitetet i Oslo, 2004.
58. Mortensen, S. M. og Kalseth, B. *Bruk av somatiske spesialisthelsetjenester i den eldre befolkningen.* Oslo: Helsedirektoratet, 2017. Analysenotat 10/2017 SAMDATA Spesialisthelsetjenesten.
59. Haga, O. og Lien, O. C. Utviklinga i pensjonering og sysselsetjing blant seniorar. *Arbeid og velferd nr. 2/2017.* 2017.
60. Rønning, R., m.fl. *Frivillighetens muligheter i eldreomsorgen.* Lillehammer: Østlandsforskning, 2009. ØF-rapport nr. 18/2009.
61. Holmøy, E. *Etterspørsel etter årsverk og omsorgsboliger i pleie- og omsorgssektoren 2016–2060. Oppdatering av tall i kapittel 6.* Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2017. SSB-rapport 20/2016.
62. Eggen, F. W. og Røtnes, R. *Framtidens behov for akademikere.* Oslo: Samfunnsøkonomisk analyse AS, 2017. Rapport 73. 2017.
63. Eggen, F W., m.fl. *Helse-Norge 2040 – Hvordan vil framtiden bli?.* Oslo: Samfunnsøkonomisk analyse AS, 2018. Rapport 1–2018.
64. Dapi., m.fl. *Education-specific labour force and demand in Norway in times of transition.* Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå, 2016. SSB rapport 2016/31.
65. NOU 2018:2. *Fremtidige kompetansebehov I – Kunnskapsgrunnlaget.* Oslo: Kunnskapsdepartementet, 2018.
66. Ramm, J. *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester.* Oslo – Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå, 2013.
67. Døhl, Ø., m.fl. Variations in levels of care between nursing home patients in a public health care system. *BMC Health Services Research.* 2014, Vol. 108, 14.
68. Hov, J. «De får han aldri» Om erfaringene til pårørende og pleiepersonalet og det som står på spel i møtet mellom heimeverda og sjukeheimsverda. *Ph.d. serie 14/2015 Senter for praktisk kunnskap.* Universitetet i Nordland, 2015.
69. Vossius, C., m.fl. *Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC).* Alderspsykiatrisk forskningssenter Sykehuset Innlandet, 2015.
70. Friberg, J.H. og Gautun, H. *Inkludering av etniske minoriteter i frivillige organisasjoner og fotballag for barn og ungdom i Oslo.* Oslo: Forskningsstiftelsen Fafo, 2007. Fafo-rapport 2007:16.
71. Selle, P. Frivillig organisering i nye omgjevnader. *LOS-senter notat.* 1996.
72. Hansen, G.V. Prosjekt frivillige hjelpere i eldreomsorgen. Fredrikstad: Høgskolen i Østfold, 2005.
73. Statistisk Sentralbyrå. *Satellittregnskap for ideelle og frivillige organisasjoner.* 2017.
74. Schanche, P. *Velferd i nytt terreng, Hvordan kan kommunen som arbeidsgiver samarbeide med frivillig sektor og sosiale entrepenører innen pleie og omsorg?* Agenda Kaupang, 2014.
75. Folkestad, Bjarte., m.fl. *Endringer i frivillig innsats. Norge i et skandinavisk perspektiv.* Institutt for samfunnsforskning, 2017.
76. Kuhnle, S og Selle, P. Frivillig organisert velferd. *Alma Mater.* 1990.
77. Esping, A, G. *The Three Worlds of Welfare Captialism.* Princeton University Press, 1990.
78. KS. *Frivillighetsundersøkelse gjennomført av KS november 2010,*KS 2010.
79. Ervik, R. og Linden, T. S. *Samhandling mellom kommunen og frivillig sektor i eldreomsorgen. Rapport 2017/8.* Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor, 2017.
80. Mørk, E., m.fl. *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2016 Statistikk om tjenester og tjenestemottakere.* Statistisk Sentralbyrå. 2017.
81. Kjelvik, J. og Mundal, A. *Utgifter til helse og omsorg.* Statistisk Sentralbyrå, 2013.
82. Gautun, H. og Grødem, A. S. *Hvordan fordele omsorg? Utfordringer med å prioritere mellom eldre og yngre brukere.* FAFO, 2012.
83. Brevik, I. *De nye hjemmetjenestene – langt mer enn eldreomsorg. Utvikling og status i yngres bruk av hjemmebaserte tjenester 1989–2007.* NIBR, 2010.
84. Hamran, T. og Moe, S. *Yngre og eldre brukere i hjemmetjenesten – Ulike behov eller forskjellsbehandling.* Universitetet i Tromsø Senter for omsorgsforsking, 2012. Rapportserie 3.
85. Romøren, T. I. *Ulike «omsorgsregimer» for eldre og yngre hjemmetjenestemottakere?* Høgskolen i Gjøvik Senter for omsorgsforsking, 2012. rapportserie nr. 4.

86. Brevik, I., m.fl. *Hjemme, borte eller uavgjort? Kvalitet og effektivitet i pleie- og omsorgstjenestene.* Oslo: Fafo, 2016. Rapport 2016:06.
87. Brevik, I. *Herre i eget hus. Muligheter til å etablere seg i egen bolig for unge funksjonshemmede med tjenester.* Brelanta, rapport 2014:1, 2014.
88. PWC. *Ressursbruk i pleie- og omsorgssektoren. Betydningen av organisering, ledelse og kultur.* Kristiansand: PWC, 2015.
89. Kristoffersen, D.T., m.fl. *Kvalitetsindikatoren 30 dagers reinnleggelse etter sykehusopphold. Resultater for helseforetak og kommuner 2016. FHI rapport 10/2017.* Oslo: Folkehelseinstituttet, 2017.
90. Riksrevisjonen. *Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten. Dokument 3:4 (2017–2018)*. Bergen: Fagbokforlaget AS, 2017.
91. Holmboe, O. og Bjertnæs, A. *Pasienterfaringer med norske sykehus i 2015. Resultater etter en nasjonal undersøkelse. PasOpp-rapport 2016:147.* Oslo: Folkehelseinstituttet, 2016.
92. United Nations Programme on Ageing. un.org. *Report of the Second World Assembly on Ageing.* [Internett] 11 4 2002. https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/LTD/N02/324/63/PDF/N0232463.pdf?OpenElement.
93. AARP. aarp.org. *The Policy Book: AARP Public Policies 2017–2018.* [Internett] 2017. http://policybook.aarp.org/the-policy-book.
94. Vestby, G.M., m.fl. *Lytt til seniorene! Utprøving av medvirkningsmodell for aldersvennlige lokalsamfunn. Samarbeidsrapport NIBR/AFI 2017.* Oslo: By- og regionsforskningsinstituttet NIBR og Høgskolen i Oslo og Akershus, 2017.
95. Nordens välfärdscenter. *En bättre plats att åldras på – Arbete för åldersvänliga städer i Norden.* Nordens välfärdscenter, 2018.
96. Sørvoll, J. m.fl. *Eldres boligsituasjon. Boligmarked og boligpolitikk i lys av samfunnets aldring. NOVA rapport 11/2016.* Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA, 2016.
97. NyAnalyse. *Verdien av aktive seniorer – Frivillighetsbidraget fra pensjonister i Norge.* Oslo: Statens seniorråd, 2017.
98. Haugen, M. S.og Logstein, B. *Frivillighetens plass i distriktskommuners eldreomsorg. En forprosjektrapport.* Bygdeforskning, 2017.
99. Slagsvold, B og Solem, P. E. *Morgendagens eldre.* Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA, 2005. NOVA rapport 11/2005.
100. Nicolaisen, M. og Thorsen, K. What Are Friends For? Friendships and Loneliness Over the Lifespan – From 18 to 79 years. *The International Journal of Aging and Human Development.* 2017, Vol. 84, 2.
101. Perissinotto, C. M., m.fl. Loneliness in older persons. A predictor for functional decline and death. *Archives of Internal Medicine.* 2012, Vol. 172, 14, ss. 1078–1083.
102. Carlsson, I. og Dahlberg, K. Ha en bra dag! Att vara boende på servicehus. *The Nordic Journal of Nursing Research.* 2002, Vol. 22, 1.
103. Drageset, J, Kirkevold, M og Espehaug, B. Loneliness and social support among nursing home residents without cognitive impairment: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies.* 2011, Vol. 48, 5.
104. Kirkevold, M., m.fl. Facing the challenge of adapting to life 'alone' in old age: the influence of losses. *International Journal of Nursing Studies.* Februar 2013, Vol. 69, 2.
105. Slettebø, Å. Safe, but lonely; Living in a nursing home. *Vård i Norden.* 2008, Vol. 87.
106. Holt-Lundstad, J., m.fl. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science.* 10, 2015, Vol. 2.
107. Ong, A.D., m.fl. Loneliness and health in older adults: A mini-review and synthesis. *Gerontology.* 2015.
108. Nicolaisen, M. og Thorsen, K. Impairments, mastery and loneliness. A prosepective study of loneliness among older adults. *Norsk epidemiologi.* 22, 2012, Vol. 2.
109. Østby, L. *Innvandrere i Norge – Hvem er de, og hvordan går det med dem? Del II Levekår. SSB rapport 2004/66.* Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå, 2004.
110. Røssland, A. *Behov for hjelp, mulighet til selvbestemmelse og tilfredshet med sykehjemmet: en kartleggingsstudie blant 77 pasienter ved to av sykehjemmene tilknyttet undervisingssykehjemsprosjektet i Norge. Masteroppgave.* Universitetet i Bergen, 2001.
111. Statens helsetilsyn. *Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud. Rapport fra Helsetilsynet 10/2003.* Oslo: Statens helsetilsyn, 2003.
112. Haugland, B.Ø. Meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet. *Sykepleien Forskning.* 2012, 1.
113. Birkelans, A. og Natvig, G.K. Coping with ageing and failing health: a qualitative study among elderly living alone. *Int J Nurs Prac.* 2009, 15.

114. Lohne-Seiler, H. og Langhammer, B. *Fysisk aktivitet og trening for eldre: betydning for fysisk kapasitet og funksjon.* Kristiansand: Høgskoleforlaget, 2011.
115. Voelcer-Rehage, C., m.fl. Cardiovascular and Coordination Training Differentially Improve Cognitive Performance and Neural Processing in Older Adults. *Hum Neurosci.* 5, 2011.
116. Avlund, K, m.fl. Social relations as determinant of disability in aging. *Archives of Gerontology and Geriatrics.* 2004, 38.
117. Lampinen, P.R.L., m.fl. Activity as a predictor for mental wellbeing among older adults. *Aging and Mental Health.* 2006, 10.
118. Vik, K. Aktivitet og deltakelse for eldre – et middel for å nå helsepolitiske mål om aktiv aldring. *Ergoterapeuten.* 2012, 1.
119. Amdam, S. og Vrålstad, S. Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2012. SSB. Vol. 2014.
120. Kuven, B. M. og Bjorvatn, L. Åndelig omsorg er en del av sykepleien. *Sykepleien.* 2015.
121. Disch, P.G. og Vetvik, E. *Framtidas omsorgsbilde. Rapportserie nr. 1–2009.* Senter for omsorgsforskning Sør, 2009.
122. Vetvik, E og Disch, P.G. *Retorikk og realiteter, Planlegging for framtidens helse- og omsorgsoppgaver i kommunene – 2015–2025. Rapportserie nr. 05/2017.* Senter for omsorgsforskning Sør, 2017.
123. Vetvik, E. og Disch, P.G. *Kommunal omsorg – i plan? Status 2011 – utfordringer mot 2025. Rapportserie nr 06/2014.* Senter for omsorgsforskning Sør, 2014.
124. Skirbekk, H. og Grimen, H. *Tillit i Norge.* Res Publica, 2012.
125. Husbanken. *Rom for trygghet og omsorg – Veileder for utforming av omsorgsboliger og sykehjem.* Husbanken, 2009.
126. Brandtzæg, P.B. Social Networking Sites: Their Users and Social Implications – A Longitudinal Study. *Journal of Computer-Mediated Communication.* 2012, Vol. 17, 4.
127. Lüders, M. og Brandtzæg, P.B. Når alt sosialt blir flyktig. En kvalitativ studie av hvordan eldre opplever sosiale medier. *Norsk Medietidsskrift.* 2016, Vol. 23.
128. Brenner og Smith. 72 % of Online Adults are Social Networking Site Users. *Pew Research Center's Internet & American Life Project.* 2013.
129. Morris, J.T., m.fl. Use of social media during public emergencies by people with disabilities. *Wester Journal of Emergency Medicine.* 2014, Vol. 15, 5.
130. Jevne, B. *Åndelig og eksistensiell omsorg. Fordypningsoppgave i kreftsykepleie.* Avdeling for helse- og idrettsfag. Høgskolen i Hedmark, 2014.
131. Rundskriv I-6/2009. *Rett til egen tros- og livssynsutøvelse.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2009.
132. Stang, L. Generasjonskontakt er minst like viktig for godt voksne som for de unge. Vi har mye å lære av hverandre, og det gjelder å finne de rette møteplassene. *Vi over 60.* [Internett] 7 11 2016. https://www.viover60.no/artikler/mennesker/kontakten-mellom-generasjonene/.
133. Abrahamsen, A F. Frivillighet i fremtidens eldreomsorg. *Verdighetssentret.* [Internett] 2009. https://www.verdighetsenteret.no/fagutvikling-og-fagstoff/satsningsomrader/frivillighet-i-eldreomsorgen/.
134. Bøhn, B.H., m.fl. *Mat og ernæring til eldre – oppsummering av kunnskap og forskningsresultater.* Nasjonal kompetansetjeneste Aldring og helse, 2017.
135. Helsedirektoratet. *Kostholdshåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten.* Oslo: Helsedirektoratet, 2016.
136. Statens helsetilsyn. *Krevende oppgaver med svak styring, samlerapport fra tilsyn i 2010 med kommunens sosial- og helsetjenester for eldre.* 2011.
137. Helsedirektoratet. *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. IS-1580.* Oslo: Helsedirektoratet, 2013.
138. Helsedirektoratet. *Kosthold og ernæring. Ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten.* [Internett] 2017. https://helsedirektoratet.no/folkehelse/kosthold-og-ernering/erneringsarbeid-i-helse-og-omsorgstjenesten.
139. Helsenorge.no. *Helsenorge.no.* [Internett] 2017. https://helsenorge.no/.
140. Statistisk sentralbyrå. *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2016.* Oslo: 2016.
141. Helsedirektoratet. *Kunnskapsgrunnlag ny handlingsplan kosthold. En beskrivelse av måltidenes betydning som en sosial begivenhet og for mestring og trivsel.* Oslo: Helsedirektoratet, 2016.
142. Halogen. *Delrapporter dialogmøtene.* Oslo: Halogen AS, 2017.
143. Tomstad, S. *Nutritional Self-Care In Older People: studies Among Home-Dwelling Persons in Southern Norway.* 2014.
144. Grini I.S. *Matvaner hos aktive eldre.* Høgskolen i Oslo og Akershus, 2013.

145. Departementene. *Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021)*. Oslo: Departementene, 2017.
146. Espnes og Smedslund. *Helsepsykologi.* Oslo: Gyldendal Norsk forlag, 2009.
147. Forbrukerrådet. *Appetitt på hele livet.* Forbrukerrådet i samarbeid med Kost- og ernæringsforbundet, 2015.
148. Aagaard, H. og Grøndahl, V.A. *Mat og måltider i hjemmesykepleien: undersøkelse utført for Helsedirektoratet.* Høgskolen i Østfold, 2013.
149. Svendsen, K. *Er det nok at maten er sunn?* [Internett] 17 2 2017. https://fagbladet.no/faglig-fokus/er-det-nok-at-maten-er-sunn-6.91.399459.4978b39d52.
150. Holten, L. kl.dk. *Spisevenner.* [Internett] 02 01 18. http://www.kl.dk/Sundhed/Appetit-pa-maltidet-id231870/.
151. Prop. 1 S (2017–2018). Kulturdepartementet.
152. Landbruks- og matdepartementet. *Døli pleie- og omsorgshjem vant Gylne måltidsøyeblikk. Regjeringen.no.* [Internett] 2 12 2015. https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/doli-pleie–og-omsorgshjem-vant-gylne-maltidsoyeblikk/id2465133/.
153. Rogaland Fylkeskommune. Glade farger gir demente bedre matlyst. *Rogaland Fylkeskommune.* [Internett] 26 2 2016. http://www.rogfk.no/Vaare-tjenester/Naeringsutvikling/VRI-Rogaland/Aktuelt-VRI/Glade-farger-gir-demente-bedre-matlyst.
154. Rønning, H. En revolusjon for sykehjemmet. *nrk.no.* [Internett] 5 10 2015. https://www.nrk.no/vestfold/_-en-revolusjon-for-sykehjemmet-1.12568328.
155. Måltidets hus AS. *Innspill til Leve hele livet.* Et godt eksempel fra kommunene. 2018.
156. Wold, S. Åfjord er fylkesvinner i «Det gylne måltidsøyeblikk». *Fosna-Folket.* [Internett] 2015. https://www.fosna-folket.no/nyheter/2015/11/13/%C3%85fjord-er-fylkesvinner-i-%C2%ABDet-gylne-m%C3%A5ltids%C3%B8yeblikk%C2%BB-11803990.ece.
157. Jomaas, K-M.K. *Innspill til HOD.* 20 10 2017.
158. Johannessen, E. Bygdekvinnene på Nykirke er Måltidsvenner – Ingen må spise alene. *Gjengangeren.* [Internett] 2017. https://www.gjengangeren.no/maltidsvenn/nykirke-bygdekvinnelag/eldreomsorg/bygdekvinnene-pa-nykirke-er-maltidsvenner-ingen-ma-spise-alene/s/5-60-200270.
159. Bergen kommune. Nå kan du bli spisevenn. *bergen.kommune.no.* [Internett] 30 11 17. https://www.bergen.kommune.no/hvaskjer/tema/frivillighet/article-150649.
160. Utviklingssenter for hjemmetjenester i Oslo. *Løft for bedre ernæring, delprosjekt 1.* Oslo kommune, 2014.
161. Rælingen kommune. *Demensplan 2016–2020.* [Internett] 2016. http://www.ralingen.kommune.no/getfile.php/3547968.2185.caruewttcq/Demensplan+2016–2020.pdf.
162. Fonn, M. Hun samspiste med Arne. *Sykepleien.* [Internett] 12 04 2016. https://sykepleien.no/2016/04/hun-samspiste-med-arne.
163. Aagaard, H. og Grøndahl, V. A. Routines for assessing nutrition status in home nursing. *Sykepleien forskning.* 2017.
164. Helsedirektoratet. *Kostholdshåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten.* Oslo: Helsedirektoratet, 2016.
165. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester. *Innføring av et fjerde måltid i sykehjem.* [Internett] 2014. http://www.utviklingssenter.no/innfoering-av-et-fjerde-maaltid-i-sykehjem.5736580-179648.html.
166. Time kommune. *Timeplan 2016–2019.* [Internett] 2016. https://www.time.kommune.no/Handlers/fh.ashx?MId1=14714&FilId=7016.
167. Forbrukerrådet. *De eldre i Gloppen får landets beste mat på døren.* [Internett] 2017. https://www.forbrukerradet.no/siste-nytt/de-eldre-i-gloppen-far-landets-beste-mat-pa-doren/.
168. Forbrukerrådet. *Den beste sykehjemsmaten finner du på Vinstra.* [Internett] 2016. https://www.forbrukerradet.no/siste-nytt/den-beste-sykehjemsmaten-finner-du-pa-vinstra/.
169. Landbruks- og matdepartementet. *Vinstra har den beste sykehjemsmaten i Norge.* [Internett] 2016. https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/vinstra-har-den-beste-sjukeheimsmaten-i-noreg/id2516978/.
170. Fuglerud, K.S. Appen Appetitus er nå tilgjengelig i App Store. *Norsk Regnesentral Norwegian Computing Centre.* [Internett] 2018. https://www.nr.no/nb/node/913.
171. Trondheim kommune. *Saksprotokoll PS 0166/17 – Matglede for eldre.* 2017.
172. Hoveden, E., m.fl. *Tannhelsetilbudet til brukere av hjemmebaserte omsorgstjenester.* Senter for omsorgsforskning, 2017. Rapportserie nr 3/2017.
173. Oslo kommune. *Verdigrunnlag for «Trå lekkert».* [Internett] 2016. http://www.fag.oslo.kommune.no/tra_lekkert_kompetanseheving_ernaring/innhold/article275862-68629.html.

174. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester Buskerud. *Velkommen til bords- e-læring i ernæring.* [Internett] 2018. http://www.utviklingssenter.no/velkommen-til-bords-e-laering-i-ernaering.4996475-185203.html.
175. Utviklingssenter for sykehjem i Nordland. *«Maten e god den, det e'kje da…» – En opplæringsfilm om ernæring.* [Internett] 2018. http://www.utviklingssenter.no/maten-e-god-den-det-ekje-da-en-opplaeringsfilm-om-ernaering.5081952-185365.html.
176. Åbotsvik, B F. *Mat er den beste medisin, forebygging og behandling av underernæring i hjemmetjenesten i Bodø.* Tromsø: Utviklingssenter for hjemmetjenester, 2013.
177. Helse Stavanger HF. *Ernæringsstrategi Helse Stavanger HF 2015–2020.* [Internett] 2015. https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/nasjonal-kompetansetjeneste-for-sykdomsrelatert-underernering-nksu/Documents/Ern%C3%A6ringsstrategi%20Helse%20Stavanger%20HF%202015.pdf.
178. Kost og ernæringsforbundet. *Leve hele livet – praktiske innspill fra kjøkkenverden.* Oslo: Arnt Steffensen, 2017.
179. Helsedirektoratet. *Kompetansebehov innen ernæring hos nøkkelgrupper – IS-2592.* Helsedirektoratet, 2017.
180. Horecanytt. *Matomsorgsprisen 2013 til Bærum storkjøkken.* 22 10 2013.
181. Folkehelseinstituttet. Folkehelserapporten. *Helse hos eldre i Norge.* [Internett] 9 4 2015. https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-i-ulike-befolkningsgrupper/helse-hos-eldre-i-norge--folkehels/.
182. Naci, H og Ioannidis, J.P. Comparative effectiveness of exercise and drug interventions on mortality outcomes: metaepidemiological study. *BMJ.* 2013, s. 5577.
183. Helsedirektoratet. *Samdata kommune.* [Internett] 2017. https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata-kommune.
184. Statistisk Sentralbyrå. Tabell 7: Idrett og friluftsliv, Levekårsundersøkelsen 2017. *Statistisk Sentralbyrå.* [Internett] 2017. www.ssb.no/kultur-og-fritid/statistikker/fritid.
185. Kann, I. C., m.fl. Competition in general practice: Prescriptions to the elderly in a list patient system. *Journal of Health Economics.* 29, 2010.
186. Kjosavik, S. R., m.fl. Psychotropic drug use in the Norwegian general population in 2005: data from the Norwegian Prescription Database. *Pharmacoepidemiology and drug safety.* 2009, 18.
187. Wetherell, J. L., m.fl. Mental health treatment preferences of older and younger primary care patients. *International journal of psychiatry in medicine.* 2004, 34.
188. Bjerrum, L, m.fl. Risk factors for potential drug interactions in general practice. *Eur J Gen Pract.* 23, 2008, Vol. 14.
189. Folkehelseinstituttet. *Halvparten av oss dør i sykehjem.* [Internett] 1 11 2016. https://www.fhi.no/nyheter/2016/halvparten-av-oss-dor-i-sykehjem/.
190. Jokstad, K., m.fl. Eldres erfaringer med hverdagsrehabilitering – Mestring og muligheter – krav og støtte i et dynamisk samspill. *Tidsskrift for omsorgsforskning.* 3, 2016, Vol. 2, 3.
191. Tuntland, H og Nils, E. N (red). *Hverdagsrehabilitering.* Oslo: Gyldendal Akademisk, 2014.
192. Helsedirektoratet. *Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering, organisering og tilbud.* Oslo: Helsedirektoratet, 2016. IS-1896.
193. Telenius, E. W., m.fl. *Fysisk aktivitet og trening på sykehjem.* Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus, 2017. ISSN 1892-9648.
194. Stige, B og Ridder, H M. *Musikkterapi og eldrehelse.* Oslo: Norsk universitetsforlag, 2016.
195. Myskja, A. *Integrated music in nursing homes – an approach to dementia care.* Bergen: Universitetet i Bergen, 2011. Doktorgradsavhandling.
196. Ågotnes, G. *The Institutional Practice – on nursing homes and hospitalization.* [Internett] 2017. https://press.nordicopenaccess.no/index.php/noasp/catalog/book/12.
197. Fladby, J., m.fl. *Tidlig oppdagelse av forverret tilstand – Pilotrapport for Hjemmetjenesten avdeling Skedsmokorset.* Skedsmo: Helsedirektoratet, 2016.
198. Romøren, M., m.fl. A structured training program for health workers in intravenous treatment with fluids and antibiotics in nursing homes: A modified stepped-wedge cluster-randomised trial to reduce hospital admissions. *PLoS ONE.* 12, 2017, Vol. 9.
199. Helse- og omsorgsdepartementet. *NOU 2017:16 På liv og død. Palliasjon til alvorlige syke og døende.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2017.
200. Rummelhoff, G., mfl. Gir individuell omsorg. *Sykepleien.* 08, 2016.

201. Chenoweth, L., m.fl. Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial. *PubMed.* 2009.
202. Fossey, J., m.fl.. Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial. *BMJ.* 03, 2006.
203. Senter for Alders- og sykehjemsmedisin. *Helsehjelp til eldre. Kunnskapsoppsummering.* Bergen: Universitetet i Bergen, 2017.
204. Gjevjon, E. R., m fl. Measuring interpersonal continuity in high-frequency home healthcare services. *Journal of advance nursing.* Juli, 2013.
205. Ugreninov, E., mfl. *Konsekvenser av sykepleiermangel i kommunene fra et pasient- og pårørendeperspektiv» er å framskaffe ny kunnskap om hvordan pasienter og pårørende opplever kvaliteten i hjemmesykepleien og i sykehjem.* NOVA rapport 7, 2017.
206. Oslo kommune. *Saksfremlegg 7.11.2017 – Brukerundersøkelse i hjemmetjenesten 2017. Oslo kommune.* [Internett] 2017.
207. Heap, K. *Samtalen i eldreomsorgen.* Oslo: Kommuneforlaget, 2002.
208. Riksrevisjonen. *Helseforetakenes praksis for utskrivning av somatiske pasienter til kommunehelsetjenesten.* 2017.
209. Rusdal, M. og Aase, K. Kontinuitet i sykepleien til pasienter med vekselopphold. *Sykepleien.* 2013.
210. Døhl, Ø. Data fra undersøkelse i Trondheim kommune gjengitt i artikkelen: Den moderne velferdsstaten. Flere sykehjemsplasser løser ikke eldrekrisen. *Mandag morgen.* 2011, Vol. 11, 14.
211. Jessen, J. T. *Kommunale avlastningstilbud Fra tradisjonelle tjenester til fleksible løsninger?* Oslo: NOVA, 2014. 978-82-7894-518-6.
212. Assmann, R. *Teamorganisering: veien til mer fleksible organisasjoner.* Bergen: Fagboforlaget, 2008.
213. Copson, A K. *Bedre tjenester med myndiggjorte medarbeidere. Et idéhefte for medarbeiderutvikling i pleie – og omsorgstjenesten.* Oslo: s.n., 2006.
214. Sollund, M. J., m.fl. *Myndiggjorte medarbeidere i pleie- og omsorg – hvorfor og hvordan? Rapportering fra utviklings- og dokumentasjonsprosjekt.* KS Nordlandsforskning, 2004.
215. Gjevjon, E R. Kontinuitet i hjemmesykepleien – vanskelige vilkår men gode muligheter. *Tidsskrift for omsorgsforskning.* 2014.
216. Grasdalen, A. B. Er 17 pleiere per pasient for mange? *Helsefagarbeideren.* 2015.
217. Engbråten, A.L. *«Fra skadebegrensning til tjenesteutvikling» – evaluering av langturnus i Lillevollen bofellesskap i Bodø kommune.*Nordlandssykehuset og Bodø kommune, 2015.
218. Moland, L og Bråthen, K. *Langturnus og hele stillinger i Bergen kommune Arbeidstid i tjenester for utviklingshemmede og psykisk syke.* FAFO, 2012.
219. Ingstad, K og Amble, N. En ny ro med langturnus Less job stress with 12-hour shifts. *Nordic Journal of Nursing Research.* 5, 2015.
220. Kjøs, B. Ø. og Hov R. *Evaluering av funksjonsinndelte arbeidslag i hjemmebasert omsorg i Hamar kommune.* Utviklingssenter for hjemmetjenester Hedmark, 2016.
221. Solem, P. E. og Høistad, B. *Vi spiller på lag Om integrerte organisasjonsmodeller i pleie- og omsorgstjenestene.* NOVA, 2000. 82-7894-088-6.
222. Abrahamsen, D., m.fl. *Hjemmetjenestens målgrupper og organisering.* Statistisk Sentralbyrå, 2016. ISBN 978-82-537-9324-5.
223. Kvitsøy kommune. *Pleie- og omsorgsplan Kvitsøy kommune 2010–2018.* 2010.
224. KS. *Innovasjonsbarometeret for kommunal sektor. Se http://www.ks.no/fagomrader/utvikling/innovasjon/innovasjonsbarometeret/.* 2018.
225. Hektoen, Liv Faksvåg. *Kostnader ved hoftebrudd hos eldre.* Høgskolen i Oslo og Akershus, skriftserien, rapport 2014 nr 3.

Bestilling av publikasjoner

Offentlige institusjoner:
Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
Internett: www.publikasjoner.dep.no
E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no
Telefon: 22 24 00 00

Privat sektor:
Internett: www.fagbokforlaget.no/offpub
E-post: offpub@fagbokforlaget.no
Telefon: 55 38 66 00

Publikasjonene er også tilgjengelige på
www.regjeringen.no

Illustrasjoner: Jørgen Nordlie/Kord AS
Omslagsfoto: © Adobe Stock
Foto: Ola Heggø/Fotovisjon, Ole Walter Jacobsen, Steinar Barstad, Sverre Chr. Jarild og Morten Brakestad

Trykk: 07 Media – 05/2018

