

Kunnskapsnotat

Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre
Beskrivelser av eksisterende kunnskap om reformens utfordringsområder

Helsehjelp til eldre

Betty-Ann Solvoll, Siri Andreassen Devik, Bente Irene Løkken
og Aud Moe



Kunnskapsnotat

Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre

Beskrivelser av eksisterende kunnskap om reformens utfordringsområder

Helsehjelp til eldre

Betty-Ann Solvoll, Siri Andreassen Devik, Bente Irene Løkken
og Aud Moe





Leve hele livet er en kvalitetsreform for eldre. Målet med den er at alle eldre skal få bedre hjelp og støtte til å mestre livet. Reformen handler om de grunnleggende tingene som oftest svikter i tilbudet til eldre: mat, aktivitet og fellesskap, helsehjelp og sammenheng i tjenestene.

Senter for omsorgsforskning har utarbeidet denne og flere kunnskapsnotater på oppdrag fra Helsedirektoratet. Kunnskapsnotatene viser eksisterende kunnskap om de ulike temaene i reformen.

© Forfatterne/Senter for omsorgsforskning

Omslagsbilde: Gary Kramer

Tittel på Kunnskapsnotat: Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre
Beskrivelser av eksisterende kunnskap om reformens utfordringsområder
Helsehjelp til eldre

Forfattere: Betty-Ann Solvoll, Siri Andreassen Devik, Bente Irene Løkken
og Aud Moe

Institusjon: Senter for omsorgsforskning

Oppsummering nr 17

Februar 2020

Satt med Adobe Caslon 10,5/12,5 (Avenir Next)

ISBN (digital utgave): 978-82-8340-100-4

ISSN (digital utgave): 2464-4382

Oppsummeringen finnes på: www.omsorgsbiblioteket.no

INNHOOLD

1	INNLEDNING	1
1.1	Bakgrunn og sentrale begreper	1
1.2	Hensikt og problemstilling	2
2	METODE OG MATERIALE	3
2.1	Søkestrategi og utvalg	3
2.2	Analyse	4
2.3	Kvalitetssikring	4
3	LOVER, FORSKRIFTER OG SENTRALE DOKUMENTER	5
3.1	Lover	5
3.2	Forskrifter	5
3.3	Aktuelle offentlige utredninger, proposisjoner, nasjonale strategier og meldinger	6
4	KUNNSKAP OM HELSEHJELP	9
4.1	Kort om helsehjelp	9
4.2	Kunnskap om hverdagsmestring	10
4.2.1	Friske liv	10
4.2.2	Sårbare liv	12
4.2.3	Velferdsteknologi	15
4.3	Kunnskap om proaktive tjenester	16
4.3.1	Helsestasjon og oppsøkende hjemmebesøk	17
4.3.2	Møtesteder i kommunen	18
4.4	Kunnskap om Målrettet bruk av fysisk trening	18
4.4.1	Helsefremmende og forebyggende aktiviteter	19
4.4.2	Målrettet trening	19
4.5	Kunnskap om Miljøbehandling	20
4.5.1	Felleskap og Læring	20
4.5.2	Musikk som miljøbehandling	20
4.6	Kunnskap om palliativ omsorg	21
4.6.1	Palliasjon	22
4.6.2	Tilbud og forhold i kommunene	23
4.7	Satsingsområder i eldreomsorgen	25
4.7.1	Satsingsområder i eldreomsorgen	25
4.7.2	Pårørende som satsingsområde i eldreomsorgen	27
4.7.3	Frivillige som satsingsområde i eldreomsorgen	28
4.8	Kunnskap om Systematisk kartlegging og oppfølging	29
4.9	Kunnskap om kompetansebehov	31
4.9.1	Kompetanse hos ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester	31
4.9.2	Helsekompetanse hos pasienter og pårørende	33
5	AVSLUTNING OG ANBEFALINGER	35
6	LITTERATUR	39

1 INNLEDNING

Reformen *Leve hele livet* presenteres og beskrives i St.meld 15 (2017-2018) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a). Reformen skal bidra til at eldre kan mestre livet lenger, ha trygghet for at de får god hjelp når de har behov for det, at pårørende kan bidra uten at de blir utslitt og at ansatte kan bruke sin kompetanse i tjenestene. 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, sammenheng og overganger i tjenestene.

På oppdrag fra Helsedirektoratet har Senter for omsorgsforskning laget denne kunnskapsoppsummeringen om helsehjelp for personer som er i målgruppa for kvalitetsreformen *Leve hele livet*. Den presenterer faglige, juridiske og politiske dokumenter som regulerer og legger føringer for temaet, og den identifiserer, omtaler og oppsummerer forsknings- og utviklingsarbeid knyttet til utfordringer og tiltak med relevans for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Disse forsknings- og utviklingsarbeidene som er utgitt i perioden 2008–2019, har i hovedsak empiri fra en norsk og/eller nordisk kontekst og er skrevet på et skandinavisk språk eller engelsk.

1.1 BAKGRUNN OG SENTRALE BEGREPER

Et av innsatsområdene i *Leve hele livet*-reformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a) er Helsehjelp. Helsehjelp til eldre i kommunehelsetjenesten strekker seg fra forebyggende og helsefremmende arbeid blant friske eldre til å sikre nødvendig helsehjelp til skrøpelige, multisyke og hjelpetrengende personer. Tilbudene skal være tilgjengelig for alle, også for de som bor i grisgrendte strøk. Helsetjenesten skal også betjene personer som ikke aktivt oppsøker den, men som av ulike grunner er i en utsatt og sårbar gruppe. Kommunene utfordres til å kartlegge helsetilstanden blant eldre og aktivt oppsøke de som ikke selv har muligheter eller krefter til å nyttiggjøre seg tilbud i kommunen.

Dette kapitlet tar utgangspunkt i oppsummert forskningskunnskap om helsehjelp. Den viser særlig utfordringer når det gjelder multimorbiditet, polyfarmasi, smertevurdering og behandling (Husebø, Erdal, Kjellstadli & Bøe, 2017). Den peker videre på nødvendigheten av å styrke omsorgen ved livets slutt og tilby støttetiltak for pårørende. Helsepersonells kompetanse må også styrkes. Oppsummeringen viser til syv særlig problematiske områder i primærhelsetjenesten (Husebø et al., 2017, s. 6).

En stor del av kommunale tjenester er knyttet til pleie- og omsorgstjenester i hjemmesykepleie og på sykehjem. Behandlende og diagnostiske helsetjenester til eldre i kommunene er bygget opp over lang tid. Fastlegeordning, hjemmesykepleie og sykehjemsopphold er godt utviklede tilbud. Mindre vekt har vært lagt på forebyggende og helsefremmende arbeid. Kommunene utfordres til kreativt å finne tilbud som fremmer en aktiv livsstil blant innbyggerne.

Kunnskapsoppsummeringen omhandler temaene *Hverdagsmestring, Proaktive tjenester, Målrettet bruk av fysisk trening, Miljøbehandling, Systematisk kartlegging og oppfølging*. I tillegg omtales ytterligere tre områder som anses sentrale: palliativ omsorg,

satsingsområder i eldreomsorgen, kompetansebehov. Alle innsatsområder i reformen virker gjensidig inn på hverandre. For eksempel har god mat betydning for energi til aktivitet. Aktivitet gir ny energi og lyst til fellesskap og hyggelige måltider. Opplevelser av å mestre eget liv, gir mening og lyst til livsutfoldelse og gir følelsen av å leve i et aldersvennlig samfunn. Innholdet i dette kapitlet vil derfor være delvis overlappende de øvrige innsatsområdene.

1.2 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING

Leve hele livet er en reform som blant annet skal skape et mer sammenhengende tjenestetilbud for eldre og deres pårørende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a). Det uttrykte målet er at eldre opplever økt trygghet og forutsigbarhet i pasientforløp og overganger, får færre hjelpere å forholde seg til, opplever større grad av kontinuitet i tilbudet, samt at pårørende opplever å bli tatt vare på, får avlastning og tilbys støtte.

Hensikten med denne oppsummeringen er å identifisere, presentere og oppsummere kunnskap om helsehjelp for personer i målgruppa for kvalitetsreformen *Leve hele livet*: eldre og deres pårørende. Den kan leses som et svar på følgende problemstillinger:

1. Hvilke faglige, juridiske og politiske dokumenter regulerer og legger føringer for helsehjelp for personer som er i målgruppa for kvalitetsreformen *Leve hele livet*?
2. Hvilken kunnskap med relevans for den kommunale helse- og omsorgstjenesten er beskrevet i forsknings- og utviklingslitteraturen om helsehjelp for personer som er i målgruppa for kvalitetsreformen *Leve hele livet*?
3. Hvilke tiltak med relevans for den kommunale helse- og omsorgstjenesten er utprøvd og beskrevet i forsknings- og utviklingslitteraturen om helsehjelp for personer som er i målgruppa for kvalitetsreformen *Leve hele livet*?

Den første problemstillingen vil bli besvart i kapittel 3, den andre vil bli besvart i kapittel 4, mens den tredje vil bli besvart i kapittel 5.

2 METODE OG MATERIALE

Søket er ikke-systematisk utført. Med det menes at søkeprosedyren ikke har forskningens strenge regler for framgangsmåte. Søk etter aktuell kunnskap har foregått parallelt med skrivearbeidet. Det er inkludert litteratur med flere typer studiedesign og metoder, og inklusjonskriterier er utvidet underveis i arbeidet.

2.1 SØKESTRATEGI OG UTVALG

I forkant av oppdraget var det allerede gjort en kunnskapsoppsummering av Husebø et al. (2017) som skulle benyttes i denne oppsummeringen. I tillegg ble det gjort noen usystematiske litteratursøk. Første fase i søket var å bruke aktuelle søkeord, hentet fra disposisjonens overskrifter. Sentrale søkeord var for eksempel *helsehjelp, mestring, hverdagsmestring, forebyggende helsearbeid, multimorbiditet, polyfarmasi, livets slutt, pårørende, helsepersonells kompetanse, omsorgsteknologi*. I tillegg innebar oppdraget å rette fokus på områdene: *ensomhet, depresjon, psykisk helse, rus, seksualitet, tannhelse, sansetap, vold*. Søk var avgrenset i tid til litteratur publisert de siste ti årene.

«Snøballmetoden» ga ytterligere litteraturtilfang når vi fant relevant stoff i andres litteraturlister. I forbindelse med gjennomlesing av relevant stoff, dukket stadig nye ord opp som var relevant å søke på. Ett søk ble dermed en kilde til flere nye og relevante kilder. Slik har søkeprosessen blitt en «uendelig» sirkulær prosess, som det var vanskelig å komme til bunns i. Fagbøker skrevet av fageksperter/ forskere på området er også benyttet i kunnskapspresentasjonen.

Aktuelle datakilder: Søket ble utført både i referansedatabaser for fag- og forskningslitteratur og på ulike aktuelle nettsider.

Databasen PubMed er benyttet i søk etter forskningslitteratur.

Referansedatabaser for fag og forskningslitteratur: Oria, Idunn, SweMed+, Helsebiblioteket, Omsorgsbiblioteket, Omsorgsforskning

Aktuelle nettsider: Utviklingssenter.no, Aldringoghelse.no Sykepleien.no, KS.no, Helsenorge.no, Mestring.no, Kompetansebroen.no, Frivillig.no, Folkehelseinstituttet., Pasientsikkerhetsprogrammet, Helsenorge.no, Hvakanhjelp.no

Med *eksisterende kunnskap* forstår vi «all kunnskap» som har relevans til helsehjelp i kommunene. Denne kunnskapen har sin begrensning i beskrevet søkemethode for litteratursøk.

Som inklusjonskriterier ble det satt at materialet skulle være på et skandinavisk språk eller engelsk, omhandle helsehjelp for personer som er i målgruppa for kvalitetsreformen *Leve hele livet*, og i hovedsak ha empiri fra en norsk og/eller nordisk kontekst. Internasjonale kunnskapsoppsummeringer og enkeltstående studier er imidlertid tatt med hvis de er vurdert til å ha særskilt overføringsverdi og relevans for en norsk kontekst.

Søkene ble gjennomført i perioden 1. mars til 15. desember, 2019. Søkene er gjennomført av arbeidsgruppen Helsehjelp. Alle publikasjoner som ble funnet gjennom litteratursøkene ble gjennomgått. Utvelgelsen ble gjort ved først å vurdere relevans ut fra dokumentets tittel. Sammendraget ble deretter lest, og hvis innholdet ble oppfattet som relevant, ble hele dokumentet vurdert opp mot inklusjonskriterier i oppsummeringen. Annet materiale, som ikke faller inn under definisjonene av forskning eller utviklingsarbeid, er inkludert i oppsummeringen ut ifra en vurdering av relevans for emnet.

2.2 ANALYSE

Relevant kunnskap ble hentet fra de ulike publikasjonene og videre sortert under følgende overskrifter: helsehjelp, hverdagsmestring, proaktive tjenester, målrettet bruk av fysisk trening, miljøbehandling, palliativ omsorg, satsingsområder i eldreomsorgen, systematisk kartlegging og oppfølging, og kompetansebehov.

Siden presentasjonen er strukturert rundt tema, vil det ikke bli skilt mellom forsknings- og utviklingsarbeid i omtalen av de enkelte publikasjoner.

2.3 KVALITETSSIKRING

Oppsummeringen er blitt til i dialog med seniorrådgiver Thorstein Ouren i Helsedirektoratet. Et utkast ble i oktober 2019 forelagt og kommentert av et ekspertpanel fra Helsedirektoratet. Vi har videre fått nyttige innspill og perspektiver fra fire erfaringskonsulenter fra Pensjonistforbundet: Odd Inge Sanden, Arne Thobru, Solveig Rostøl Bakken og Berit Hvidsten. Struktur og innhold er også jevnlig diskutert med de andre gruppelederne fra Senter for omsorgsforskning som er med i det nasjonale støtteapparatet for reformen i *Leve hele livet*.

3 LOVER, FORSKRIFTER OG SENTRALE DOKUMENTER

For å møte hensikten med oppdraget om å samle eksisterende kunnskaper på feltet, var oppstarten å ta utgangspunkt i myndighetenes styringsdokumenter, som for eksempel Stortingsmeldinger, lover og forskrifter. Et annet kunnskapsgrunnlag var oppsummeringen av forskningskunnskap utført av Husebø et al. (2017). For å få ideer til hvilke aktuelle problemstillinger en står overfor i kommunene, ble en fra Pensjonistforbundet (Holmestrand kommune) og en fra Eldrerådet (Re kommune) oppsøkt for samtaler. Så startet søkeprosessen på aktuell litteratur.

3.1 LOVER

Helsehjelp i den kommunale helse og omsorgstjenesten er regulert av Lov om kommunale helse og omsorgstjenester (2011).

Juridisk bakgrunn for denne rapporten er hovedsakelig:

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Lov om helsepersonell m.v (1999). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

3.2 FORSKRIFTER

Som juridisk bakgrunn benyttes også forskrifter:

Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger (2017). Oslo: Kunnskapsdepartementet.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom (2015). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Forskrift om fastlegeordningen i kommunene (2012). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) (2011). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger (2017). Oslo: Kunnskapsdepartementet. Oslo: Kunnskapsdepartementet.

3.3 AKTUELLE OFFENTLIGE UTREDNINGER, PROPOSISJONER, NASJONALE STRATEGIER OG MELDINGER

NOU 2018:16. (2018). *Det viktigste først – Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester.*

NOU 2017:16. (2017). *På liv og død. Palliasjon til alvorlig syke og døende.*

NOU 2016:18. (2016). *Hjertespråket – Forslag til lovverk, tiltak og ordninger for samiske språk.*

Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Folkehelsemeldinga. Gode liv i eit trygt samfunn.* (Meld. St. 19 (2018 – 2019)).

Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Avtale mellom regjeringen og KS om innføring av helsefelleskap for å skape en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste.*

Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen (2019-2023).*

Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre.* (Meld. St. 15 (2017-2018)).

Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2017.* (Meld. St. 11 (2018-2019)).

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.* (Meld. St. 26 (2014-2015)).

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplan 2020. Et mer demensvennlig samfunn.*

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg.* (Meld. St. 29 (2012-2013)).

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.* (St.meld.nr. 47 (2008-2009)).

Helse- og omsorgsdepartementet, Frivillighet Norge og KS. *Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet (2015-2020).*

Kulturdepartementet. (2018). *Frivilligheita – sterk, sjølvstendig, mangfaldig — Den statlege frivilligheitspolitikken.* (Meld. St. 10 (2018-2019)).

Helsedirektoratet. (2019). *Om Nasjonalt velferdsteknologiprogram.*

Helsedirektoratet. (2019). *Kompetanseløft 2020.*

- Helsedirektoratet. (2019). *Etablering og drift av dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens.*
- Helsedirektoratet. (2019). *Pasientsikkerhetsprogrammet.*
- Helsedirektoratet. (2019). *Tannhelse – Helsefremmende og forebyggende tiltak for voksne over 20 år.*
- Helsedirektoratet. (2018). *Lindrende behandling i livets slutfase.*
- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonal pårørendeveileder.*
- Helsedirektoratet. (2017). *Plikt til pårørendeinvolvering og støtte.*
- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonale faglige retningslinjer for demens.*
- Helsedirektoratet. (2015). *Fysisk aktivitet. Kartleggingsrapporter.*
- Helsedirektoratet. (2015). *Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt – å skape liv til dagene.*
- Helsedirektoratet. (2015). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator.*
- Helsedirektoratet. (2013). *Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling.*
- Regjeringen. (2017). *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022).*

4 KUNNSKAP OM HELSEHJELP

4.1 KORT OM HELSEHJELP

Målgruppen for innsatsområde helsehjelp er eldre 65 år og eldre, både hjemmeboende og de som bor på institusjon. I gruppen er det store variasjoner i ønsker og behov. Aldringsprosesser og svekkelse av helse følger ikke nødvendigvis kronologisk alder. Selv om dagens eldre er fysisk spreke og mentalt friske, vil normale og irreversible aldringsprosesser innvirke på funksjonell alder. Kronisk syke personer kan for eksempel i 65 års kronologisk alder ha lav funksjonell alder. Personer med multisykdom kan ha komplekse helsesituasjoner, er ofte utsatt for polyfarmasi, og for mange vil det være uforsvarlig å bo i eget hjem. Kommunal helsetjeneste skal sikre tilgang til nødvendig helsehjelp i alle aldre og alle typer situasjoner.

Kommunehelsetjenesten skal forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne. Den skal videre sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud, sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Kommunehelsetjenesten skal bistå eldre til å kunne bo i eget hjem så lenge som mulig. Forutsetninger for å nå dette målet, er blant annet at folk har kunnskap om og muligheter til å ivareta egen helse. Regjeringen har laget en strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen. Med helsekompetanse menes «personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019a). Fokus for helse- og omsorgstjeneste må derfor i større grad være helsefremmende arbeid overfor hjemmeboende eldre. Verdens Helseorganisasjon har lansert Healthy Ageing med et aktivt eldrelev som et mål fram mot 2030. Det innebærer å legge til rette for å utvikle og opprettholde Eldres funksjonsevne og velvære. Funksjonsevne handler om å ha kapasitet til å mestre og å gjøre det innbyggerne vurderer meningsfullt (WHO, 2019). Fra 2020 skal kommunene ha opprettet dagsenter for hjemmeboende eldre. Helse- og omsorgsdepartementet har vedtatt nytt tilskudsregelverk for 2019 (Helsedirektoratet, 2019c).

Kommunal helsetjeneste skal betjene innbyggere som bor på institusjon. Særlig er det grunn til å løfte fram personer med langt framskreden demens. Mange av de samme livstilsfaktorene som gir økt risiko for hjerte-/ karsykdom, gir også økt risiko for kognitiv svikt og demens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019a). For å styrke kvaliteten i sykehjemmene utvikles det en trygghetsstandard for sykehjemmene. Ordningen er foreløpig utprøvd i fire pilotkommuner (Isaksen, Ågotnes, Fagertun, Jacobsen & Obstfelder, 2018). Sykehjemmene tilbyr langtidsplasser, akutt-plasser (KAD-plasser), korttidsplasser og avlastningsopphold for de som trenger det.

Helsehjelp defineres som handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende/rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999, § 1-3.). I arbeidet er det nødvendig å rette aktiviteten mot forebyggende arbeid, både primær-, sekundær- og tertiærforebygging (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Helsehjelp i kommunal sammenheng omfatter både tjenester knyttet til legehjelp, så som fastleger, sykehjemslege (tilsynslege), privatpraktiserende leger og så videre. Fastlegeordningen er hjemlet i lov som forplikter kommunene til å ha en fastlegeordning (Helse- og omsorgstjenestelov, 2011). Beboere i norske kommuner har rett til å stå på liste hos lege med fastlegeavtale. Fastlegens ansvar dekker alle allmennlegeoppgaver innen somatikk, psykisk helse og rus for innbyggerne (Forskrift om fastlegeordningen i kommunene, 2012). Det betyr at fastlegene er i kontakt med store deler av den norske befolkning i løpet av et år. Gjennom besøk hos fastlege kan det være mulighet til å fange opp sykdom/sykdomsutvikling i tidlig fase. Helsehjelp til eldre omfatter også helsehjelp fra hjemmetjenesten eller sykehjemstjenesten hovedsakelig med hjelp fra sykepleiere, helsearbeidere, men også ufaglærte. I tillegg er fysioterapeuter, ergoterapeuter, vernepleiere og andre viktige yrkesgrupper i eldreomsorgen.

Helsehjelp skal utøves i tråd med Verdighetsgarantien som har som formål å sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at dette bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom (Verdighetsgarantien, 2011). Det foreligger også en melding om prinsipper for prioritering i den kommunale helse og omsorgstjenesten (NOU2018:16).

Med utgangspunkt i St.meld. 15 (2017- 2018) omfatter helsehjelp i denne oppsummeringen *Hverdagsmestring, Proaktive tjenester, Måltrettet bruk av fysisk trening, Miljøbehandling, Systematisk kartlegging og oppfølging* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a). I tillegg omtales ytterligere tre områder som anses sentrale: *Palliativ omsorg, kunnskap om satsingsområder i eldreomsorgen, og kunnskap om kompetansebehov.*

4.2 KUNNSKAP OM HVERDAGSMESTRING

I pasientens helse- og omsorgstjeneste skal alle få hjelp til å mestre livet i tråd med egne forutsetninger, mål og ønsker. Eldre skal ha mulighet til å være mest mulig selvhjulpne, få vurdert sitt behov og potensiale for rehabilitering og egenomsorg før kompensierende tiltak iverksettes. Hverdagsrehabilitering er et sentralt virkemiddel for hverdagsmestring. Velferdsteknologiske løsninger kan bidra til å opprettholde livskvalitet, selvstendighet og mestring som er viktige virkemidler (Helse og omsorgsdepartementet, 2018a). Hverdagsmestring beskrives her ved å rette fokus mot den *friske* og den *sårbare* gruppen eldre. *Velferdsteknologi* kan være nyttige hjelpemidler og får følgende også fokus.

4.2.1 FRISKE LIV

Eldre mennesker har generelt gode forutsetninger til å leve selvstendige liv i egne hjem, en ressurs som bør understøttes. Etter hvert som aldringsprosessen skrider frem blir forebyggende tiltak stadig viktigere. Ut fra primærforebyggende tenkning er målet å oppnå god helseatferd, være frisk, og unngå sykdom og skade (Helse og omsorgsdepartementet, 2009, s. 86).

Mange 80 åringer vurderer helsa si som god eller svært god, og halvparten av alle 80-89 åringer har ikke bruk for helsetjenester (Haugstveit, Otnes & Jensen, 2019).

Mange flytter fra hus og hage til lettstelte leiligheter. Gruppen utgjør en betydelig ressurs til å kunne bidra i samfunnsnyttig frivillighetsarbeid. Sentralt i en aktiv folkehelsepolitikk er å legge til rette for helsevennlige valg for befolkningen. Gode levevaner er riktig kosthold, fysisk aktivitet, reduksjon i tobakks- og alkoholbruk, stimulere psykisk helse. Nærhet til natur og attraktive grøntområder bidrar til å fremme fysisk aktivitet og gi gode naturopplevelser (Helse og omsorgsdepartementet, 2019a). Styrking av den eldres helsekompetanse kan bidra til ivaretagelse av livsstil og egen helse.

Hverdagsrehabilitering er målrettet rehabilitering rettet mot personer som har opplevd funksjonsfall, og skjer ofte i et tverrfaglig samarbeid der brukeren selv setter målene for rehabiliteringen og helseteamet arbeider sammen mot å nå disse. Hverdagsrehabilitering er både et tankesett og en arbeidsform. Det er hjelp til aktivt å kunne opprettholde eller bedre egen funksjon. Hjelpen vektlegger aktivisering og egen mestring av hverdagen i eget hjem, og bidrar slik til involvering og ansvarliggjøring av mottaker (Birkeland, 2014; Tuntland & Ness, 2014).

Oppsummert kunnskap om hverdagsrehabilitering peker på det gunstige i at eldre personer med funksjonsfall får et utvidet tilbud om rehabilitering i eget hjem og nærmiljø. Foreløpig er det lite forskning som kan bekrefte den positive effekten. Brukere og kommuneansatte refererer likevel til positive erfaringer. Det er entusiasme omkring tilbudet. Det er også utviklet nyttige lokale verktøy. Rapporten advarer mot at hverdagsrehabilitering, med vekt på «aktiv aldring» og «selvstendighet», kan føre til at brukergrupper som ikke gir «avkastning» i form av økt mestring og selvhjelpenhet kan bli nedprioritert (Førland & Skumsnes, 2016).

Munn- og tannhelse: Redusert tannstatus kan gjøre god ernæring vanskelig og redusere matlysten (Husebø et al., 2017). Tap av tenner er ikke aldersbetinget, men aldersrelatert (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a). Den enkeltfaktoren som innvirket mest på opplevelsen av livskvalitet var grad av munntørrethet (Myhrer, Haugen, Willumsen & Bergland, 2014). Om motorikken i munnen blir lammet (for eksempel ved apoplexia cerebri) og ikke blir renset gjennom spytt og drikke, vil matrester og plakk få en oppvekst av sykdomsfremkallende mikroflora, som øker risiko for lungeinflammasjon (Ousdal, 2018a). Langvarig helsehjelp gir rett til gratis tannlegehjelp (Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom, 2015).

Fjæra, Willumsen & Eide (2010) undersøkte tannhelse hos pasienter i hjemmesykepleien. Studien viste at tegn på risiko for tannsykdom var til stede hos 85% av utvalget. Ingen i utvalget var blitt inspisert i munnhulen av hjemmetjenestens ansatte (Fjæra et al., 2010). Det kan være hensiktsmessig å søke samarbeid med tannklinikker. Undervisning til ansatte og bedre hjelp til eldre med munn- og tannstell har vist til bedring i resultater på belegg- og slimhinneindeks hos sykehjemsbeboere (Ousdal, 2018b).

Sansetap: Syn og hørselssansen påvirkes av aldersforandringer (Wyller, 2015). Tap av sanser kan påvirke livskvalitet og livsutfoldelse. Nedsatt hørsel kan medføre dårlig balanse (Pihl, 2015). Høreapparat kan være et godt hjelpemiddel ved hørselstap, men nytten avhenger av god tilpasning, oppfølging og vedlikehold av hjelpemidlet. Synssansen svekkes ved økende alder. Eldre over 70 år utgjør den største gruppen med alvorlig synssvekkelse eller blindhet. Redusert hørsel og syn, og dårlige lysforhold i mange hjem hos eldre, er risikofaktorer (for eksempel for fall) som disponerer for ytterligere funksjonsnedsettelse og redusert sosiale deltagelse. Opplevelser av å ha fått svekket syn gjør hobbyaktiviteter og lesning utfordrende (Laksforsmo, 2016).

Mottagere av hjemmesykepleie blir ofte ikke undersøkt av spesialister for sanseetap. Mange eldre vurderer egen hørsel og syn bedre enn standardiserte tester viser. I stor grad aksepterer de eldre sin situasjon og tilpasser seg denne (Haanes, 2016). For å avdekke sanseetap er besøk hos fastlege, helsestasjon for eldre og forebyggende hjemmebesøk viktige og gir mulighet til kompenserende tiltak for sanseetapet i tidlig fase. SAFE er et verktøy som blant annet avdekker svikt i syns- og hørselsfunksjonen (Gjevjon et al., 2019).

Seksualitet hos eldre kan være atferdsrelatert (seksuell praksis), kognitiv (seksuelle tanker og ønsker) og emosjonelt relatert (følelse av trygghet og aksept). Seksualitet kommer gjerne til uttrykk i for eksempel deltagelse i seksuell aktivitet, fysisk intimitet, inkludert sex med og uten samleie, utveksling av kjærtegn, kroppskontakt (Kolodziejczak et al., 2019). Kronisk sykdom, som hjerte/karsykdom, diabetes og bruk av betablokker har en negativ innvirkning på seksualitet. Røyking og stort alkoholkonsum virker også negativt (Nesheim, 2018; Landmark et al., 2012).

4.2.2 SÅRBARE LIV

Sårbarhet i Eldres liv kan handle om fysisk forfall, skrøpeligheit, ulikheit, utsatthet og redusert nettverk. Blant etniske minoriteter er eldre særlig utsatt på grunn av språkproblemer og savn som skyldes brutte familieband og flere hjemsteder (Grøn & Andersen, 2014). Eldre mennesker med sårbare liv blir i noen sammenhenger omtalt som skrøpelige eldre. Aldringsprosessen fører til nedsatte organreserver i for eksempel nyrer, lunger, hjertekapasitet. Videre reduseres likevektreguleringer som regulering av blodtrykk, blodsukker og balanse. Dette fører til at eldre har økt risiko for å utvikle sykdom når de utsettes for påkjenninger (Wyller, 2015). Påkjenninger kan være sykdom som infeksjoner, influensa eller skader som for eksempel lårhalsbrudd. Det kan også være økt sårbarhet for stress, særlig stress i forbindelse med sykdom og skade, men også ved miljøskifte som ved sykehusinnleggelse (Ranhoff, 2014). Hos mennesker med sårbare liv er sekundærforebyggende tiltak viktig med mål å forebygge tilbakefall etter sykdom og å holde seg frisk. Tiltak kan være medisiner, aktivisering og kostholdsveiledning. Det kan også være aktuelt med tertiærforebyggende tiltak med mål å lære å leve med sine utfordringer og hindre at utfordringene forverres. Ved opptrening av funksjonsevnen kan det for mange være mulig å mestre daglige gjøremål. Da er rehabilitering med læring og mestring viktig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 86; Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, 2011; Helsedirektoratet, 2015c). Å legge vekt på å styrke den Eldres helsekompetanse vil være av betydning for å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019c). I rehabiliteringstilbudet er brukermedvirkning og deltagelse viktig. Selv om eldre er sårbare er det også viktig å ivareta de friske funksjonene og ressursene. Individuell plan kan også benyttes for å ivareta tilbudet til den eldre (Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, 2011).

Redusert muskelkraft og balanse hos eldre fører til økt risiko for fall. En oppsummering av kunnskap om fallrisikoen viser at fallrisikoen øker med alder og er særlig høy hos personer over 80 år. Fallforebyggende tiltak kan være fysisk trening og tilskudd av vitamin D. Det er noe mer usikkert hvorvidt endringer av bomiljø, legemiddelgjennomganger eller opplæring bidrar til å redusere fall (Olsen, Ness & Devik, 2017). Selv om forskning ikke gir tydelig evidens for effekter av fallforebyggende

tiltak, viser utviklingsprosjekter til en rekke positive erfaringer. Kommunale prosjekter som involverer ulike aktører (tverrfaglig og tverretattlig, frivillige), og som tilpasser tiltakene lokalt, synes å gi økt kunnskap og bevissthet om fallforebygging hos både eldre, ledelsen og ansatte. Særlig effektive tiltak er fallregistrering, fysisk aktivitetstilbud koblet med sosiale tilstelninger, samt forebyggende hjemmebesøk (Olsen et al., 2017).

Legemiddelrelaterte problemer blant eldre er et hyppig problem, både hos beboere på sykehjem og hjemmeboende. Polyfarmasi defineres som bruk av fem eller flere legemidler samtidig, eller bruk av flere legemidler enn det er indikasjon for. Sykehusinnleggelse er i seg selv en risikofaktor for polyfarmasi. Noen forhold tilsier likevel at legemidler er nødvendige ut fra forventet effekt, bivirkningsrisiko og etterlevelse. Når legemidler er nødvendig, er det viktig å øke til terapeutisk dose, etter mottoet: «Start low, go slow, but get there» (Kersten, 2018, s. 12). Kunnskap og økt bevissthet om utfordringer knyttet til polyfarmasi, antas å bidra til bedre sikkerhet i legemiddelbruken. Systematiske og tverrfaglige legemiddelgjennomganger med samstemming av legemiddellister bidrar til å avdekke mangler og reduserer uhensiktsmessig behandling (Olsen & Devik, 2016). Legemiddelgjennomgang er en del av Pasientsikkerhetsprogrammet (Helsedirektoratet, 2019d). Det er et krav om å gjennomføre systematisk legemiddelgjennomgang ved innkomst (Husebø et al., 2017, s. 65) og en gang per år for alle sykehjemspasienter. Fastlegen har gjennomgang for alle som bruker 4 medikamenter eller mer når legen finner det nødvendig etter klinisk undersøkelse. Mål for legemiddelgjennomgang er å sikre at behandlingen er basert på faglig oppdatert vurdering, og nytte vurderes mot potensiell risiko, for å sikre optimal behandling (Husebø et al., 2017). Foreløpige resultater fra en undersøkelse gjennomført av Senter for Kvalitet i Legekontor (SKIL) viser at 95 % av deltagende fastleger har erfart positive endringer knyttet til legemiddelgjennomgang (Husebø et al., 2017, s. 66).

Samsykelighet innebærer at flere sykdommer forekommer samtidig (også kalt komorbiditet eller multimorbiditet). Personer med samsykelighet kan likevel dra nytte av helsefremmende og forebyggende tiltak, og kan ha glede av ulike miljø- og kulturtiltak. Disse kan bidra til å lindre og lette plager, for eksempel med søvn, smerte, angst. Ulike aktivitets- og miljøtiltak kan gi et frirom og utgjøre deltagelse som gir mening, og styrke gode opplevelser av livet. Ikke-medikamentelle tiltak som styrker mental sunnhet og gir mening til livet innebærer ofte det å kjenne tilhørighet til en gruppe ved å være tilstede i et fellesskap. Ikke alltid trenger man å gjøre så mye, men bare å delta gir bidrag til «være-dimensjonen». Å være tilstede sammen med andre kan gi opplevelse av mening. I en studie av hjemmeboende kronisk syke eldre beskrev eldre meningsfulle hverdager når de engasjerte seg i omverdenen, og deltok i aktiviteter sammen med andre (Moe, Enmarker & Hellzén, 2012).

Kronisk sykdom: For gruppen eldre som har kroniske lidelser, kan også forebyggende tiltak være nyttig. Trening og aktivitet viser seg å ha positiv effekt på personer som lider av nevrologiske lidelser, herunder Parkinsons sykdom og hjerneslag. Kommunale tiltak som for eksempel å etablere dag- aktivitets- og treningstilbud til personer med nevrologiske skader og sykdommer, legger til rette for bedre å mestre egen hverdag (Skarli, 2018). Norsk helsevesen er komplekst og fragmentert. Det gjør at eldre med multi- og kronisk sykdom opplever ulike kritiske overganger i pasientforløpet. Særlig pekes det på ansvaret som helsetjenesten har for å sikre informasjonsflyt ved overføringer mellom sykehus og kommune (Danielsen, Nilsen & Fredwall, 2017). Mange pasienter med behov for kommunale tjenester har flere kroniske sykdommer. Mange eldre har sammensatte tilstander med kroniske sykdommer, kognitiv svikt og redusert funksjonsnivå, noe som innebærer behov for hjelp fra flere instanser samtidig

(Grimsmo et al., 2016), enten mellom kommuner og sykehus eller mellom flere tjenestetilbud i kommunen som hjemmesykepleie, rehabiliteringstjeneste og/ eller sykehjem.

Mental helse, ensomhet. Velvære og følelsen av å være tilfreds med livet, er krefter som fremmer hverdagsmestring. Ensomhet kan motsatt virke hemmende. Hansen og Daatland (2016) viser til at selv om det er sammenheng mellom levekår og opplevd kvalitet i livet, er den ikke entydig. Noen opplever høy livskvalitet til tross for dårlige levekår. Noen er fornøyd med lite, andre blir kanskje aldri fornøyd (Hansen & Daatland, 2016). Svendsen (2015) omtaler «den gode ensomheten» som kan bidra til refleksjoner og erkjennelse. Den «vonde» er forbundet med skam og nederlag (Svendsen, 2015). Ensomhet har en negativ virkning på mestringsevner og kan bidra til at man spiser mindre, sover dårligere, ikke makter å være i aktivitet, og dermed mer utsatt for sykdommer som hjertelidelser, infeksjonssykdommer og psykiske lidelser. Å være ensom er ikke det samme som å være alene, isolert, bo alene, ha få venner eller ha liten sosial omgang. Ensomhet og «alenehet» er to ulike forhold. Man kan være en einstøing, bo avsides eller sjelden se folk, og være aldeles fornøyd med tilværelsen. Man kan ha mange venner, ha stor vennekrets og høy aktivitet på Facebook, og til tross for det oppleve ensomhet. Det er likevel ofte en sammenheng mellom størrelsen på nettverket og opplevelser av ensomhet. Ensomhet er mest utbredt i de eldste aldersgruppene, blant dem over 80 år (Thorsen & Clausen, 2009). Å si at man er ensom kan være vanskelig, det er som å innrømme at man er upopulær, ikke likt, eller «utgått på dato» (Svendsen, 2013).

Selvmord blant eldre er økende, særlig blant eldre menn (Kjølseth, 2016). Årlig begår 100-120 personer over 60 år selvmord. Felles for mange er at de opplever «å miste seg selv», når de blir skrøpelige og avhengig av andre. Det gjennomføres fire selvmordsforsøk for hvert gjennomførte selvmord. Helsepersonell er tilbøyelige til å se selvmordstanker hos syke eldre som normalt. Å ha forståelse for eldre som ser selvmord som eneste utvei, kan føre til en aksept av situasjonen, og slik frarøves den eldre muligheter til å få hjelp (Dolonen, 2016).

Personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse kan ha problemer med å nyttiggjøre seg eksisterende behandlings- og oppfølgingstilbud i kommunene. Oppsummert kunnskap på feltet viser at en vellykket behandling krever godt samarbeid med instanser utenfor behandlingsapparatet. Gode relasjoner og tilpasset, stabilt boligtilbud, har stor betydning for vellykket behandling (Fredwall, 2018).

Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid behøver større fokus, og dagens praksis viser at det skjer mest på systemnivå. En mer systematisk implementering av brukermedvirkning på individnivå i kommunene, er nødvendig (Klausen, 2017). Personer med milde til moderate psykiske lidelser er en særlig viktig gruppe å følge opp (Brofoss & Larsen, 2009).

Et verktøy for å fremme befolkningens psykiske helse er det australske programmet ABC (Act-Belong-Commit). Programmet kan øke befolkningens bevissthet om hva man kan gjøre for å ivareta egen psykiske helse, motiverer til engasjement og endrede holdninger, reduserer stigmatisering av psykisk sykdom og fremmer utbredelsen av lokale psykisk helsefremmende initiativer (Regjeringen, 2017). Helsefremmende innsats retter seg mot hele befolkningen og er oppsummert i tre hovedbudskap: ved å gjøre noe aktivt, gjøre noe sammen og gjøre noe meningsfylt, kan vi fremme trivsel og styrke oss.

Personer med demens: Demensplan 2020 har som mål å skape et mer demensvennlig samfunn, som tar vare på og integrerer personer med demens i fellesskapet. Dette krever større åpenhet og økt kunnskap om demens i samfunnet generelt og i helse- og

omsorgstjenestene spesielt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a, s. 7; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b). Arbeid er nå i gang for å utarbeide Demensplan 2025.

Selv om insidensen av demenssykdommer er på vei ned i land med høyere velstand (Satizabal et al., 2016), er antallet personer med demens økende, fordi befolkningen blir eldre. Personer med demens opplever endringer i kognisjonsevnen, og kan bruke ulike strategier for å mestre situasjoner (Spreadbury & Kipps, 2017). Mange må kjempe med seg selv og omgivelsene for å bevare verdighet. Personer med demens vil i tidlig fase ha god nytte av sunne levevaner. Svekkelse av kognitiv funksjon kan medføre at personer med demens ikke får utnyttet sitt potensial til brukermedvirkning. Ofte har pårørende tatt ansvar for personen i hjemmet en tid, og behov for hjelp meldes sent i forløpet. Ved spørsmål om behov for sykehjemsplass er det ofte pårørende ansatte i kommunene henvender seg til, og pasienten får i mindre grad uttrykke egne ønsker og behov. Personer med demens blir ofte ekskludert fra å delta aktivt i egen situasjon (Sørly, 2017).

Mange personer med demens både ønsker og kan ta selvstendige avgjørelser og være delaktige i beslutningsprosesser. Ofte tror man, ut fra diagnosen, at de ikke har kapasitet til å medvirke. I noen situasjoner settes selvbestemmelsesretten på prøve, og i noen tilfeller åpnes det for bruk av beskyttelsestiltak (Forskrift for sykehjem mv. 1988, § 3-3). Tiltaket må være nødvendig for å hindre eller begrense risiko for skade på pasienten eller brukeren og skal være i pasientens eller brukerens interesse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4A-6). For å forebygge situasjoner som kan medføre bruk av tvang kan det settes inn tillitsskapende tiltak. Det er noe uklart hva som ligger i tillitsskapende tiltak, men kunnskap til å forutse slike situasjoner og til å møte pasienten på en god måte kan være tillitsskapende. Forhold som bemanning, organisering og ledelse kan påvirke håndtering av situasjoner, men tvang skal aldri brukes som følge av manglende ressurser i helse- og omsorgstjenesten (Engedal og Haugen, 2018). Med langt framskreden sykdom er personen med demens ikke i stand til å ta selvstendige avgjørelser, men type avgjørelse kan ha betydning. Det er lettere å bestemme seg for hva slags pålegg man vil ha, enn å selge huset sitt (Smebye, 2018). Hos personer med demens er depresjon en økende tilleggslidelse (Steffensen, 2017).

4.2.3 VELFERDSTEKNOLOGI

Velferdsteknologi skal være en integrert del av kommunal helse- og omsorgstjeneste. Nasjonalt velferdsteknologiprogram er et samarbeid mellom KS, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet som skal bidra til at flere kommuner tar i bruk velferdsteknologi (Helsedirektoratet, 2019a).

Velferdsteknologi kan oppleves «kaldt» og upersonlig. Studier har vist at disse verktøyene tvert imot ved tilpasset bruk kan gi trygghet, frihet, egenmestring og kan motivere til fysisk aktivitet. Eksempler kan være Mobil trygghetsalarm, Lokaliseringsteknologi, Nettbrett. Velferdsteknologi kan ha et ubrukt potensiale (Øderud & Moen, 2018). Velferdsteknologi er inndelt i kategorier: Trygghetsskapende teknologi, Mestringsteknologi, Helseteknologi, Velværeteknologi (KS, 2016).

Lokaliseringsteknologi (GPS), som skal bidra til trygghet, kan være aktuelt for personer med kognitiv svikt. Denne løsningen må tilbys i nært samarbeid med pårørende.

Elektronisk medisindispenser: elektroniske multidosedispensere og elektroniske rondell-løsninger hvor pillene legges manuelt inn i en «karusell» med kamre.

Elektroniske systemer: Elektronisk dørlåser (e-lås), Digitalt tilsyn, Pasientvarslingssystem, Logistikk og kjøreruter, Digitale trygghetsalarmer, Responstjenester er også aktuelle tilbud.

Demensvennlig toalett: Toaletter kan være for dårlig merket slik at de fysiske omgivelsene framstår i for lyse farger. Det gjør det vanskelig for personer med kognitiv svikt, demens og/eller svaksynte å orientere seg. Toaletterullholderens plassering har betydning for fallrisiko. Med kontrastfarger og merking kan rommet bli mer demensvennlig (Fjellberg, 2018).

Et annet viktig budskap i Leve hele livet -meldingen er en personsentrert tilnærming med utgangspunkt i spørsmålet «hva er viktig for deg?» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a). Spørsmålet inviterer innbyggere til å formulere egne mål. I tillegg til å utfordre holdninger og tankesett hos innbyggere og helsepersonell, utfordres også de tradisjonelle rammene for kommunehelsetjenesten (Jokstad, Landmark, Hauge & Skovdahl, 2016). Spørsmålets positive utgangspunkt er ikke uten fallgruver. Hvordan skal for eksempel helsepersonell reagere på en eldre person med diabetes som insisterer på å spise usunt og vegrer seg for å være aktiv? Den personsentrerte tilnærmingen kan synes tilforlatelige og rimelig. Men ved sykdom eller plager er det ikke alltid enkelt å vite helt sikkert hva som er viktig for en selv. Det er gjerne årsaken til at personer henvender seg til helsetjenesten. Helsepersonell bør være bevisst på hvilke signaler et slikt spørsmål kan sende til skrøpelige, engstelige og sårbare grupper av eldre. Videre kan helsetjenesten lett komme til å ha fokus på kroppslig og fysisk funksjon. Det er verdt å merke seg et utsagn fra eldre selv: «*Men det viktigste for meg er å ha noen å elske. Noen å være glad i, noe som gjør livet meningsfylt.*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a, s. 121).

Et bindeledd mellom kommune og innbyggere med tanke på å fremme helsefremmende livsstil, kan være helsestasjon for eldre og forebyggende hjemmebesøk.

4.3 KUNNSKAP OM 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 omsorgsdepartementet, 2018a).

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 (Husebø et al., 2017). Proaktivt arbeid forutsetter identifisering og kartlegging. 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 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a).

For å få flest mulig gode år hjemme trengs metoder for å identifisere eldre med risiko for funksjonssvikt tidlig nok til å sette i gang tiltak for å hindre funksjonsfall (Husebø et al., 2017). Underernæring, polyfarmasi, søvnproblemer, depresjon og mangel på sosial støtte er faktorer som øker risiko for å utvikle sykdom (Fjell et al., 2018). Innbyggere med høy risiko for funksjonssvikt, og personer i risikogrupper som av ulike grunner ikke selv oppsøker helsetjenesten, er spesielt viktig å oppsøke.

4.3.1 HELSESTASJON OG OPPSØKENDE HJEMMEBESØK

Helsestasjon for eldre: Hensikten med helsestasjon for eldre er å etablere et lavterskeltilbud til personer over 65 år for råd og veiledning om helse. Tilbudet gir muligheter til å delta på arrangert trening, lage eller kjøpe næringsrik mat, og slik forhindre eller utsette sykdomsutvikling og funksjonsforfall (Weberg & Almqvist, 2017).

Et annet tilbud med tanke på å fremme helsefremmende livsstil er forebyggende hjemmebesøk som er beskrevet under proaktive tjenester. Helsestasjon for eldre og forebyggende hjemmetjenester gir også mulighet til å fange opp helseutfordringer med tilbud om tidlig iverksettelse av helsehjelp, eller helst foreslå forebyggende tiltak i risikosituasjoner som for eksempel komfyrvakt, støttehåndtak, sikring av gulvmatter for å unngå at skade oppstår.

Forebyggende hjemmebesøk er en form for proaktiv tjeneste og innebærer uformelle samtaler der eldre innbyggere kan få snakke med ansatte i helsetjenesten om egen helse. Informasjon utveksles gjensidig gjennom at innbyggere får kjennskap til ulike tilbud i kommunen, og helsepersonell får kartlagt helsefaktorer hos den eldre. Fjell et al. (2018) anbefaler at spørsmål knyttet til selvopplevd helse brukes som screening-spørsmål i forebyggende hjemmebesøk.

Personer i ulike risikogrupper for funksjonsfall kan være:

- 1: innbyggere som er i pasientforløp og ved overganger, for eksempel utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten
- 2: innbyggere som er i risikogruppe, for eksempel psykososial situasjon, rus, mistanke om vold, ulike funksjonsnedsettelse (syn, hørsel, fysisk aktivitet, ernæringssvikt, polyfarmasi, tannhelse)
- 3: innbyggere som har gjennomlevde dramatiske hendelser, tap av nær familie, sosialt nettverk eller opplevd sorg i andre sammenhenger.

Oppsummert kunnskap om forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk viser ukklar effekt av besøkene når det gjelder målbare sider ved mottakernes funksjon. Det kan være helsetilstand, egenopplevd livskvalitet, falltendens, sykehusinnleggelse, behov for sykehjem, tidspunkt for død og offentlige kostnader. Men både mottakere og kommuner gir positive tilbakemeldinger (Førland & Skumsnes, 2017). En finsk studie viser imidlertid at hjemmebesøk fra flerfaglig team kan bremse reduksjon av helserelatert livskvalitet hos eldre, så lenge besøkene foregår (Liimatta et al., 2019). En annen studie viser at å få besøk av helsepersonell kan oppleves verdifullt fordi det gir opplevelse av egenverd, økt følelse av sikkerhet og styrket evne til å mestre hverdagen. Sosiodemografiske og helserelaterede forhold synes å ha liten innvirkning på opplevelsene. Hjemmebesøk gir støtte og styrker evnen til å bo og trives i eget hjem til tross for aldersrelaterede endringer (Tøien, 2018). Besøket kan bidra med nyttig informasjon om helsefremmende livsstil og om det å mestre hverdagen i alderdommen. Å ha en kontaktperson i kommunen å henvende seg til ved framtidige behov, kan gi trygghet. De fleste kommunene som har tilbudet gir uttrykk for positiv nytteverdi (Førland & Skumsnes, 2017).

Teambaserte tjenester: Det er behov for bedre utviklet koordinerte kommunale helsetjenester der personellressursene utnyttes bedre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). Å utvikle tverrfaglige og teambaserte tjenester er ett av forslagene i primærhelsemeldingen. Legeforeningen er positive til tverrfaglig samarbeid, men skeptiske til om det skal opprettes nye teambaserte tjenester i kommunene med

henvisning til mindre gode erfaringer fra andre land. Flere og nye teambaserte tjenester kan, etter deres mening, tvert imot bidra til sterkere fragmentering (Hermansen, 2015). Teambaserte tjenester foretrekkes av Norsk sykepleierforbund (2019) framfor «deltjenester». I kommunehelsetjenesten har det tradisjonelt vært tilbudt yrkesspesifikke tjenester som for eksempel fysioterapi, ergoterapi og hjemmesykepleie, og hver innbygger har sin fastlege. Etter hvert er det utviklet tverrfaglig samarbeid der faggruppene arbeider sammen om et felles mål. I norske beskrivelser av hverdagsrehabilitering, inngår tverrfaglig samarbeid i hverdagsrehabiliterings-team, eventuelt i tett flerfaglig samarbeid med hjemmesykepleie (Hjelle, Skutle, Alvsvåg, Førland, 2018).

4.3.2 MØTESTEDER I KOMMUNEN

Mange kommuner har utviklet ressursentre for seniorer, eller andre former for møtesteder, for å stimulere innbyggers engasjement, og som møtesteder der informasjon gjensidig kan utveksles. Viktig i dette tilbudet er tilbud fra frivillige. Frivillighet innebærer at innbyggerne får bruke ressursene sine i samspill med hverandre (Kulturdepartementet, 2018).

Helse- og omsorgsdepartementet, Frivillighet Norge og KS har utarbeidet en nasjonal strategi for frivillig arbeid i helse- og omsorgsfeltet med vektlegging av systematisk samarbeid mellom frivillige organisasjoner, frivilligsentraler, frivillige enkeltpersoner og kommune (Helse- og omsorgsdepartementet, Frivillighet Norge og KS, 2019). De fleste kommuner har opprettet Frivilligsentraler som knytter enkeltmennesker og organisasjoner sammen for å skape et godt frivillig miljø, gode aktivitetstilbud og et godt samarbeid med lokal offentlighet (Frivilligsentraler, 2019).

4.4 KUNNSKAP OM MÅLRETTET BRUK AV FYSISK TRENING

Aldringsprosessen fører til redusert muskelstyrke og dårligere balanse (Wyller, 2015). Eldre bør få tilbud om fysisk trening og aktivitet som forebyggende, behandlende og rehabiliterende tiltak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a). Fysisk aktivitet er et lite utnyttet tiltak som har stort potensiale for å forebygge fall, tap av fysisk funksjon, kognitiv svikt og demens (Husebø et al., 2017).

Med målrettet bruk av fysisk trening menes her fysiske aktiviteter som rettes mot å utbedre eller vedlikeholde Eldres funksjonsevne. Det kan være å forebygge funksjonsreduksjon eller å rehabilitere etter tapt funksjon. Fysisk trening styrker helse og stimulerer til mestring av hverdagens utfordringer. Styrke- og balansetrening fremmer allmenntilstand og forebygger tap av fysisk funksjon. Det stimulerer også kognitiv funksjon og forebygger kognitiv svikt. Trening i grupper bidrar til fellesskap og kan forebygge vår tids folkesykdom, ensomhet. Aktiviteter kan skje gjennom kommunens frisklivstilbud, ved treningsgrupper for eldre eller ved individuelt tilpasset trening (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a). Regjeringen tydeliggjør i strategien «Mestre hele livet» viktigheten av god livskvalitet og mestring som en del av det psykiske helsefeltet. Livsstil og psykisk helse skal ses i sammenheng. Det behov for mer kunnskap om eldre sin psykiske helse, og hvor godt tjenestetilbudet er tilpasset de eldre. Og for å redusere oversykkelighet og overdødelighet blant pasienter med psykiske lidelser (Regjeringen, 2017).

4.4.1 HELSEFREMMEDE OG FOREBYGGENDE AKTIVITETER

Eldre kan forbedre kondisjon, utholdenhet, balanse, styrke og bevegelighet til langt opp i årene (Lindgren & Nikolaisen, 2018). Aktivitetsnivået synes å bli noe lavere hos aldersgrupper 65+, men det skjer et tydelig fall etter fylte 75 år (Helsedirektoratet, 2015a). Frivillige aktører kan være en viktig ressurs som gir eldre muligheter til å komme ut i naturen eller å delta på ulike andre aktiviteter (Lindgren & Nikolaisen, 2018).

Den norske befolkning bedriver ofte aktiviteter som fotturer i skog og mark, skiturer, styrketrening, sykling og jogging i mosjonshensikt. Egenorganisert trening og trening i private tilbud, har økt. Mer enn hver tredje nordmann trener i private treningstilbud (Breivik & Rafoss, 2017). Dette er et aktivitetspotensial hos befolkningen som kan ivaretas inn i de eldre år. Opplevelser av barrierer mot trening avtar med økende alder, men innbyggere fra lavere sosiale klasser kan oppleve større grad av barrierer, for eksempel i forhold til utstyr. Samfunnsutviklingen fra en yrkesstruktur som har vært preget av industri til en struktur preget av informasjonsyrker og et høyere utdanningsnivå, har ført med seg endringer med økt aktivitet på fritidsarenaen. Det er liten forskjell på fysisk aktivitet mellom innvandrere og ikke-innvandrere i prosentandel som tilfredsstillende kravet til helsegevinst. Det er også små forskjeller knyttet til kjønn når det gjelder å tilfredsstille helsekravet til fysisk aktivitet, men tydelige forskjeller knyttes til sosial klasse, for eksempel egen utdanning og inntekt (Breivik & Rafoss, 2017).

4.4.2 MÅLRETTE TRENING

Forebygge funksjonsfall hos personer med demens: Personer med demens rammes særlig på tre forskjellige områder: kognisjon (tenkning, læring, hukommelse), adferd (depresjon, angst, apati og uro) og fysisk funksjon (gangfunksjon, muskelstivhet, svikt i balanse og inkontinens). Fysisk trening har en positiv innvirkning ved at det øker ganghastigheten, gir bedre balanse og kondisjon, og styrker dual-task-oppgaver (for eksempel løse en kognitiv oppgave mens de går). Mange forteller om mestringfølelse etter trening, det oppleves konstruktivt å gjøre noe «godt for helsa». Effekten av trening på adferdssymptomer er mer usikker. En norsk avhandling (Telenius, 2016) viser en signifikant sammenheng mellom fysisk aktivitet og livskvalitet hos sykehjemspasienter med mild og moderat grad av demens. Studien indikerer at fysisk aktivitet kan være en effektiv metode for å forbedre fysisk funksjon og muligens også den mentale helsen til disse pasientene. Det er publisert studier som viser noe positiv effekt på depresjon, global score av adferdssymptomer og uro (Brasure et al., 2018; Panza et al., 2018).

Kommunene er lovpålagt å jobbe med kvalitet og pasientsikkerhet. Gjennom Pasientsikkerhetskampanjen (2011–2013) og det påfølgende Pasientsikkerhetsprogrammet (2014–2018), har pasientsikkerhetsarbeid fått stor oppmerksomhet både i kommuner og helseforetak. Det er utviklet tiltakspakker til 15 innsatsområder, deriblant forebygging av fall i helseinstitusjoner (Helsedirektoratet, 2019d). Det er et mål at alle relevante innsatsområder i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal implementeres, videreføres og spres til flest mulig kommuner. Over 75 prosent av kommunene jobber med minst ett innsatsområde innen utløpet av 2018.

Teknologiske løsninger: Det arbeides og forskes på teknologiske løsninger med tanke på å integrere fysisk trening i daglige aktiviteter. For at trening skal ha effekt, må den bli en del av livsstilen. Treningseffekten avtar kort tid etter en treningsperiode.

Forskningsgruppen for geriatri, bevegelse og slag ved NTNU, har siden 2016 ledet EU-prosjektet PreventIT, som utvikler ny teknologi for å få yngre eldre til å bli og forbli fysisk aktive inn i alderdommen.

Aktiviteter på sykehjem: Telenius, Granbo, Helbostad & Langhammer (2019) gir råd om aktivitet og trening på sykehjem for å opprettholde fysisk funksjon og å begrense inaktiv livsstil hos beboere. Her finnes også råd om fysisk trening for spesielt sårbare grupper (personer med demens, slag, hoftebrudd). Artikkelen beskriver et verktøy til funksjonsvurdering (Telenius et al., 2019).

4.5 KUNNSKAP OM MILJØBEHANDLING

I Stortingsmeldingen *Leve hele livet* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a, s. 136) fremheves muligheten til å øke mestring og velvære, skape nye muligheter for kommunikasjon, dempe angst og uro og redusere unødig legemiddelbruk hos eldre gjennom miljøbehandling. Miljøbehandling kan være på tre nivåer: 1) tiltak rettet mot en enkelt person eller en gruppe, 2) som miljøterapeutiske metoder og 3) å utnytte og skape gode fysiske og psykososiale rammebetingelser.

Miljøbehandling og miljøterapi er begreper som ofte brukes om hverandre. Meld. St. 15 (2017-2018) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a) bruker begge begreper. I følgende avsnittet omtales *Fellesskap og læring* og *Musikk som miljøbehandling*.

4.5.1 FELLESKAP OG LÆRING

Fellesskap og medvirkning har betydning for helse, livskvalitet og evnen til å takle belastninger. Fysiske og psykiske helseproblemer kan forebygges gjennom sosial støtte og fellesskap. Det kan tenkes ulike former for sammenkomster og sosiale fellesskap.

Lese- og samtalegrupper: Sosiale tiltak virker stimulerende på kognisjon. Særlig bidrar fokus på gode minner til å redusere nedstemthet og forebygge depresjon (Eriksson & Österman, 2017).

Studiesirkel: En svensk studie viser hvordan deltagelse i studiesirkler innvirker positivt på Eldres opplevelse av trivsel og fellesskap. De opplever at kunnskapen øker, det gir mening å delta i sosiale relasjoner og det sosiale engasjementet gjør at tilhørigheten styrkes. En slik uformell læringskontekst bidrar til positive effekter ved å styrke følelser av tilhørighet og å redusere situasjoner av isolering og ensomhet (Åberg, 2018).

Samtaler om tro og livssynsutøvelse: Mennesker som mottar helse- og omsorgstjenester vil i forskjellig grad være avhengige av bistand for å kunne praktisere sin tro og sitt livssyn. Uten aktiv hjelp fra helse- og omsorgspersonell vil for eksempel mange mennesker med kognitiv nedsatt funksjonsevne ikke få denne muligheten.

4.5.2 MUSIKK SOM MILJØBEHANDLING

Feltet musikkterapi og eldre helse er et eget forskningsfelt. Ved Grieg-akademiets senter for musikkterapiforskning (GAMUT) drives både forskning og utdanning. Det utdannes musikkterapeuter (master i musikkterapi), hvis rolle dels er direkte pasientrettet og dels er rettet mot veiledning og opplæring av helsepersonell for bruk av musikk som miljøbehandlingstiltak.

Musikk som terapi har vært utprøvd på flere måter, for eksempel musikk med bevegelse, sang, bruk av instrumenter, lytte til musikk (Strøm, Benth & Engedal, 2016). *Nasjonalt Kompetansesenter for kultur, helse og omsorg* bidrar til at det utvikles og benyttes kulturelle virkemidler i helsesektoren i Norge. Senteret dokumenterer og utvikler blant annet sang og dans i en helse- og omsorgsfaglig ramme gjennom forskning, utdanning og praksis (Nasjonalt Kompetansesenter for kultur, helse og omsorg, 2019).

Multisansestimuleringer: Stimulering av flere sanser synes å ha positiv effekt på kognitiv funksjon. Multisansestimuleringer (Sonas program) har positiv effekt blant annet på kommunikasjonsevnen hos personer som lever med demens (Strøm et al., 2018). Sonas-programmet omfattes av stimuleringer som kognitiv, sensorisk og sosial stimulering som inkluderer alle fem sanser: berøring, lukt, smak, hørsel og syn. I en litteraturoversikt viser Strøm et al. (2016) til ulike sansestimuleringer som har vært utprøvd; musikk, lysterapi, akupunktur, massasje/aromaterapi, dukke/dyr-terapi, Sonas program og Snoezelen (Strøm et al., 2016). Snoezelen, eller kontrollert multisensorisk miljø er en terapi for mennesker med autisme og annen utviklingshemming, demens eller hjerneskade. Den består av å plassere personen i et beroligende og stimulerende miljø, kalt ”Snoezelen-rommet”.

Litteraturoversikten viser imidlertid sprikende resultater og den konkluderer forsiktig om effekten av de ulike intervensjonene. Personlig musikkpreferanse har innvirkning, noe som viser betydningen av individuell tilnærming av type sansestimulering, og tilpassing til individuelle behov. Det er også viktig å tilpasse musikkstyrken, da både understimulering og overstimulering kan forårsake sinne. Gruppeterapi i musikk hadde bedre effekt enn individuell musikkterapi. Det er kjent at demensprosesser reduserer lukt og smaksans, følgelig er dette sansestimuli verdt å prøve ut. Bruk av akupunktur kan redusere smerte. En USHT - rapport fra 2010 viser at taktil stimulering, så som håndberøring kan føre til ro og trygghet (Viken & Ertner, 2010).

Kunst som stimuleringsiltak: USHT har utarbeidet rapporten Kunstterapi som dagaktivitetstilbud for yngre hjemmeboende personer med demens og kognitiv svikt som inneholder både et opplæringsopplegg for helsepersonell og en beskrivelse av prosjektet om kunstterapi (Klæboe & Kjøs, 2012).

Hukommelsesstimulerende tiltak skal bedre kognisjon ved hjelp av teknikker som innvirker på en rekke kognitive funksjoner, noe som øker livskvalitet og selvstendighet. Tiltakene gjennomføres i gruppesamlinger. 3-6 deltakere får ulike oppgaver og aktiviteter som er tilpasset personer med hukommessvikt og moderat grad av demens.

Det er viktig å skape gode fysiske og psykososiale rammebetingelser som blant annet utforming og innredning av rom, lys- og lydforhold, tilgjengelige hjelpemidler eller etablering av sanserom og sansehager. Miljøbehandlingen må tilpasses den enkeltes forutsetninger og baserer seg på en personsentrert tilnærming (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a).

4.6 KUNNSKAP OM PALLIATIV OMSORG

God palliativ behandling og omsorg skal ivareta den som trenger det på en helhetlig måte; fysisk, psykisk, sosialt og åndelig. Det skal tas hensyn til brukerens og pårørendes behov gjennom en kontinuerlig dialog under hele sykdomsforløpet (NOU 2017:16). 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 (Husebø et al., 2017).

Alvorlig syke og døende med behov for omsorg og pleie skal ha tilgang til sikre og gode tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). En verdig avslutning på livet er å ha best mulig livskvalitet, autonomi, helsehjelp og omsorg. Pasienter skal få delta i beslutninger som angår omsorgen en mottar, så langt det er mulig. I dette avsnittet omtales *palliasjon og tilbud og forhold i kommunene*.

4.6.1 PALLIASJON

Det spesielle med lindrende omsorg, eller palliasjon, er at tilnærmingen som ligger til grunn for behandlingen og omsorgen er rettet mot den alvorlig syke og døende pasienten (NOU 2017:16). Palliasjon har altså også blitt et tilbud til pasienter med komplekse sammensatte lidelse med behov for lindrende behandling og omsorg. Klassiske temaer i lindrende omsorg er smerte, kvalme, eliminasjon, ernæring, eksistensiell uro/angst/depresjon og respirasjon. Avslutningsfasen i livet kan variere fra uker, dager eller timer. *Total pain* er et uttrykk som omfatter omsorg for den døende på fire hovedområder; det fysiske, psykiske, det sosiale og eksistensielle/åndelige (Metha & Chan, 2008). Tilbudet om åndelig omsorg omfatter ulike former for støtte, tilpasset den enkeltes behov og ønsker. Ressurspersoner for åndelig omsorg kan, i tillegg til helsepersonell, være familie, venner og øvrige nettverk, prest, utdannet sjelesørger eller filosofiske veiledere, ledere for tros- og livssynssamfunn. Også frivillige kan være ressurspersoner (Helsedirektoratet, 2015b).

De fleste pasienter i Norge dør på sykehus eller i sykehjem. Omkring 15% dør hjemme. Mange ønsker å være hjemme så lenge som mulig mot livets slutt. Mange pårørende ønsker det også. Pårørende opplever imidlertid at de ofte er overlatt mye til seg selv og at de ikke får nok hjelp mot slutten. Mange dødssyke flyttes rundt mellom flere steder i livets siste fase (Jakobsen, 2019). Det hindrer en respektfull tilnærming. Til tross for at Norsk helsetjeneste er vurdert til å ha høy kvalitet, kan den oppleves fragmentert. Et pasientforløp involverer ofte flere yrkesgrupper; lege, hjemmesykepleier, ergoterapeut, fysioterapeut og flere. Fragmentering av tjenestene er spesielt uheldig for personer i palliativ fase (Staats, Grov, Husebø & Tranvåg, 2019).

Det er få hjemmedødsfall i Norge sammenlignet med andre europeiske land. En evaluering gjort av SINTEF viser entydig at flere pasienter enn de som får lindrende behandling i dag har behov for det, ifølge helsepersonell. 2.3% av de som døde i hjemmet var personer med demens (Kjellstadli, Husebø, Sandvik, Flo & Hunnskaar, 2018). Når det gjelder personer med demens, identifiseres de som en utfordrende pasientgruppe blant informantene i studien. Dette er en gruppe som tilsynelatende i svært liten grad mottar organisert palliativt tilbud (Melby, Das, Halvorsen & Steihaug, 2017).

SINTEF's evaluering viser videre til at *hjemmetid* i enkelte tilfeller er en bedre målsetning enn *hjemmedød*. Det er krevende, særlig for pårørende, å ivareta alvorlig syke hjemme. Dersom pasienten ønsker å dø hjemme, strekker personalet seg langt for å gjennomføre det. Pårørendes muligheter og krefter til å bistå over tid, kan være en stor utfordring for å få til hjemmedød (Melby et al., 2017). Helsemyndigheter legger opp til at pasienter skal få bo hjemme lengst mulig. Det innebærer også muligheter til å få dø hjemme (NOU 2017:16). Det er en utfordring i dagens tjenestetilbud at pasienter

og pårørende ikke i stor nok grad kan velge den omsorgsformen de ønsker for livets slutfase (NOU 2017:16).

Det kan være krevende for personalet å fastslå når pasients liv går mot slutten. Når er det riktig å vektlegge lindring og tone ned livsforlengende behandling? Personalet finner det krevende å foreta «sikre» og «gode» beslutninger for pasienten (Brodtkorb, Skisland, Slettebø & Skaar, 2017). Informantene i SINTEF's evaluering beskriver det som særlig krevende å avgjøre når pasienter med demens er døende. *Oppmerksomt nærvær* blir viktig som blant annet innebærer at pårørende tilbys samtaler og forbereder dem på at den siste tiden nærmer seg. Ved å øke bevisstheten om at den siste tiden nærmer seg, kan vurderingene bli bedre, om hvorvidt aktiv behandling skal avsluttes og lindrende behandling startes (Melby et al., 2017). Samtaler og informasjon om livets slutfase, har betydning for både pasienter og pårørende, dersom deres ønsker og behov legges til grunn for samtalen. Det bør inviteres til avklarende samtaler så tidlig som mulig i forløpet, for at ikke pasientens krefter og kognitiv evne skal være til hinder for samtalen (Brodtkorb et al., 2017).

Fra en fokusgruppestudie i New Zealand ble viktige temaer brakt opp: kvalitet i omsorg er først og fremst viktig. Pasienter rapporterer om behov for å ha kontroll, få være hjemme og få snakke om det å skulle dø. De har behov for å møte kompetente personale (Lewis et al., 2018). Ofte kan helsepersonell kjenne vegring mot å samtale om åndelige og eksistensielle spørsmål innfor en pasients død. En dansk studie viste hvordan et kursopplegg der helsepersonell får samtale om temaet, bidrar til å styrke motet til å gå inn i slike vare samtaler (Hvidt et al., 2018).

Forberedende samtaler er samtaler med tanke på å sikre at den siste perioden i en pasients liv svarer til hans/hennes egne ønsker, verdier og forventninger. For å oppnå det må helsepersonell kunne veilede pasienten og familien inn i en meningsfull samtale som omfatter sentrale personlige spørsmål innen medisinsk behandling, omsorg og etiske vurderinger (Husebø et al., 2017). Det er utviklet en veileder for beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling (Helsedirektoratet, 2013).

Faglige råd: Det palliative tilbudet skal være integrert i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse – og omsorgstjenesten. Det er også et mål å gi alvorlig syke og døende et godt tilbud nært der de bor (Helsedirektoratet, 2015b).

Terminal omsorg: Kunnskapsutvikling innenfor palliativ og terminal omsorg er i rask utvikling. Omsorg for en døende har sterke følger for den døende og for pårørendes sorgarbeid. Det er utarbeidet nasjonale faglig råd for lindrende behandling i livets slutfase: *Nasjonale faglige råd for lindrende behandling i livets slutfase* (Helsedirektoratet, 2018), skal bistå helse- og omsorgsarbeidere til å håndtere en rekke av de utfordringer som kan oppstå i palliativ omsorg.

4.6.2 TILBUD OG FORHOLD I KOMMUNENE

Mange kommuner har et særskilt organisert tilbud innen lindrende behandling, og noen har interkommunale løsninger (Helsedirektoratet, 2015b). SINTEF's evaluering viser at mange kommuner satser på lindrende behandling. Men det er ressursknapphet som lav bemanning og mangel på tid og for eksempel å ha anledning til å sitte hos den døende. Ansatte i sykehjem rapporterer om større satsning på lindrende behandling, mer systematisk kvalitetsarbeid, og har bedre rammebetingelser enn det ansatte i hjemmetjenesten rapporterer. En annen utfordring i lindrende omsorg er

tilgangen til lege. Det er en stor fordel med god tilgjengelighet til sykehjemslegen – også på kveldstid. Få kommuner har gjennomført brukerundersøkelser, derfor er det lite kjennskap til hvordan brukerne/pasientene i kommunen opplever tjenestene (Melby et al., 2017). For ytterligere lesning anbefales omsorgsbibliotekets kunnskapsoppsummering om palliativ omsorg i kommunene (Rønsen, 2020).

Tiltak som ansettelser av kreftkoordinatorer og innføring av pakkeforløp i kommunene har styrket tilbudet til pasienter i palliativ fase. Det er imidlertid ofte svikt i samhandlingen mellom sykehus og kommune (Høvik, Kienlin & Berg, 2017). For å bøte på dette har myndighetene og KS inngått en avtale om å etablere *helsefelleskap*, som skal få sykehusene og kommunene til å samarbeide bedre om pasientene. Der spesialist- og kommunehelsetjenester har sett på hverandre som parter, skal de nå være partnere. De mest sårbare pasientene skal prioriteres (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019b). Informasjon er også essensielt innenfor ulike deler av kommunehelsetjenesten, mellom helsepersonell, pasienter og pårørende. En utfordring med informasjonssamfunnet er at det meste legges på digitale plattformer. Ikke alle av gruppen eldre har rutine for eller kompetanse til å orientere seg på nett. Det bør fortsatt være muligheter til andre former for tilgang til informasjon.

Palliativ plan er et dokument som skal sikre samhandling, planlegging og tilrettelegging av tiltak for den som er syk. Målet er å være i forkant av utfordringer og bidra til et meningsfylt liv. En plan for lindrende omsorg gir oversikt og bidrar til forutsigbarhet for alle parter. Tidlig etablering av en plan for pleien, gjør omsorgen mer personsentrert, letter samarbeidet mellom partene og styrker involveringen fra pårørende. En slik plan er også hjelp som får pårørende til selv å mestre (Lunde, 2017). I følge SINTEF er slike planer foreløpig lite utbredt. Selv om personalet mobiliserer til planmessighet, viser evalueringen at det glipper, innkalling til samtaler skjer ikke ofte nok eller tidlig nok (Melby et al., 2017).

De mest sentrale aktørene i et lindrende tjenestetilbud er pasient/pårørende, så et palliativt team, den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og fastlegen. Det er lite samarbeid med frivillige organisasjoner og pasientforeninger. Heller ikke kompetansesentrene for lindrende behandling er en særlig mye brukt samarbeidspartner (Melby et al., 2017).

Det er stor variasjon i hvordan fastlegene deltar i oppfølgingen av de hjemmeboende pasientene. Fastlegene synes i stor grad å oppfylle forpliktelsene med å gjøre hjemmebesøk. Imidlertid synes det som at fastleger kan mangle kunnskap om døende pasienter, med lavt engasjement for dem, samt at det kan ta tid før de gjør hjemmebesøk (Melby et al., 2017). Fastlegene er imidlertid svært presset på tid. De har opplevd en vesentlig økning i arbeidsbelastning. En evaluering av ordningen har vist at arbeidssituasjonen er uholdbar (Ey & Vista, 2019).

Spørsmålet om kompetanse og ressurser er utfordrende. Tilstrekkelig med tid, å besitte fremmedkulturell kompetanse, å klare å vurdere pasienters behov, og å sette i gang lindrende behandling og omsorg tidlig nok, er sentralt. Sykepleiere er den yrkesgruppen som vurderes å ha høyest kompetanse på palliativ omsorg, sammenliknet med leger og helsefagarbeidere/hjelpepleiere. Gjennomgående ser det ut til at ansatte i sykehjem vurderer seg som litt mer kompetente og litt mindre utilstrekkelige i møte med døende enn ansatte i hjemmetjenesten gjør (Melby et al., 2017).

UHST i Hordaland har gjennomført et prosjekt for å styrke hjemmesykepleien til bedre ivaretagelse av mennesker som ønsker å tilbringe siste tiden hjemme og eventuelt å få dø i eget hjem. Resultatet fra pilotprosjektet viste at over 60% av hjemmesykepleiens pasienter som hadde behov for palliativ omsorg, fikk dø hjemme (Teigen, 2017).

4.7 SATSINGSOMRÅDER I ELDREOMSORGEN

4.7.1 SATSINGSOMRÅDER I ELDREOMSORGEN

Psykisk helse: Mange eldre får behandling for psykiske plager hos fastlegen. Blant de aller eldste er forekomsten av angst og depresjon verdt å kartlegge. Åtte av ti resepter på psykofarmaka skrives ut av fastlegen. Bruk av legemidler hos eldre har økt de seneste årene (Kersten, 2018).

Polyfarmasi og alkohol: Eldre drikker alkohol hyppigere enn før og bruker mye vanedannende legemidler. Eldres bruk av legemidler i kombinasjon med alkohol kan få alvorlige konsekvenser (Tevik et al., 2017). Mange eldre er ikke klar over denne faren, og trenger saklig informasjon. Videre er det behov for mer kunnskap på feltet. Det eksisterer noen generelle råd. Eldre over 65 år bør ikke drikke mer enn 1 alkoholenhet per dag (1 alkoholenhet - et lite glass vin). De bør ha 3-4 «hvite» (alkoholfrie) dager per uke. Å drikke 5 enheter på en dag er risikabelt. I mange land, også i Norge, anbefales det at du ikke drikker alkohol dersom du bruker vanedannende medikamenter som sovemedisiner og beroligende medikamenter, eller andre medikamenter som for eksempel blodfortynnende og blodtrykksmedisiner (Tevik & Helvik, 2016).

Det har vært lite fokus på eldre og rus i kommunale pleie- og omsorgstjenester. Muligheter til å identifisere, forebygge og behandle rusrelatert problematikk blant eldre har vært begrenset (Flesland, 2014). Det skilles gjerne mellom tilstand av *misbruk og avhengighet*. I dagligtale brukes gjerne «rusmiddelmissbruk» om begge begrepene. Det kan være problematisk å identifisere rusmiddelbruk blant eldre, fordi det lett kan skjules av symptomer på annen sykdom. Ruspåvirkete pasienter kan være uforutsigbare og ha krevende atferd. Dette gir ansatte store utfordringer både i hjemmetjenester og på sykehjem. Pårørende kvier seg ofte for å be om hjelp når det er rusmiddelbruk som har utløst hjelpebehovet. Ensomhet er en risikofaktor for utvikling av rusproblemer seint i livet (Flesland, 2014). Det finnes retningslinjer for ROP-lidelser (rus- og psykiske lidelser) som ligger på Helsedirektoratets hjemmesider.

Minoritetsbakgrunn, utsatte- og risiko-grupper: I mange kommuner er befolkningen sammensatt. Personer med minoritetsbakgrunn, asylsøkere/flyktninger, voldsutsatte og ensomme representerer ulike utfordringer. I Norge bor det samer over hele landet, men de mest konsentrerte samiske bosettingsområdene finnes i utkantstrøk i områder nord for Saltfjellet (Samisk statistikk, 2016).

Den samiske befolkning: Det er lite som tyder på at det er forskjeller mellom den samiske befolkningen og majoritetsbefolkningen når det gjelder helsetilstand og forekomst av sykdom. Den psykiske helsen er dårligere for samer med sterk samisk identitet i områder der de er i mindretall (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019a). Reindriftsutøvere er utsatt for stressituasjoner. Arbeidet er tungt, de er mer utsatt for skader og ulykker. Kamp mot arealinngrep, tap av rein på grunn av rovdyr og opplevelser av diskriminering setter samlet sett disse i en risikogruppe (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019a).

Samer kan ha en annen forståelse av helse, sykdom og behandling (Blix, 2017), som får betydningen for helsepersonells møte med samer som pasienter. Det er behov for kunnskap om kultur knyttet til språklig og kulturell tilpasning av hjelpeapparat (Øverli, Bergman & Finstad, 2017). Dette er ikke minst viktig for personer med demens. For eksempel kan personer med samisk som førstespråk tape andrespråkkompetansen i norsk ved demenssykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a).

Mange med samisk bakgrunn kan mangle tillit til storsamfunnet som følge av fornorskningspolitikken. Noen opplever fortsatt etnisk diskriminering og mobbing. Samer møter også i dag ulike former for indirekte og strukturell diskriminering, også i møter med de offentlige tjenestene. Erfaringer tilsier at det kan eksistere utfordringer spesielt ved tabubelagte temaer som vold og overgrep. Temaene holdes tett til brystet og innad i familien i samiske samfunn, særlig i små lokalmiljøer. Samisk språk og kulturkompetanse er viktig i møte med personer som har samisk bakgrunn. Det vil bidra til å øke tillit og forståelse mellom pasienter og helsepersonell (Øverli et al., 2017). Pasienter har krav på informasjon tilpasset individuelle forutsetninger, blant annet kultur- og språkbakgrunn (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Det er lite tilrettelegging for samisk språkbruk generelt i det norske samfunnet, og særlig for lule- og sørsamisk språkforståelse i helse- og sosialsektoren (NOU 2016:18). Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge, påpeker at tjenesteapparatet skal vise kultursensitivitet og ha kulturell bevissthet og kompetanse i møte med den samiske befolkningen i landet. Eldre sør-samer som har vokst opp med dype familietradisjoner og tett på naturen, kan føle at de har mistet noe av de dype familierelasjonene og nærheten til naturen. De kan for eksempel savne å delta på reininnsanking (Ness, Emnarker & Hellzén, 2013). Sørsamer er ofte tospråklig og har lite problemer med å forstå eller bli forstått, bortsett fra hvis helsepersonalet selv ikke snakker godt norsk (Ness & Hellzen, 2011). Senter for samisk helseforskning (SSHF) ble startet opp i januar 2001 som følge av manglende kunnskap om helse og levekår til den samiske befolkningen. Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus (SANKS) ble opprettet i 2002 som en del av Finnmarkssykehuset, og er en integrert del av spesialisttjenesten for psykisk helsevern for samer i hele Norge. Regionalt samisk kompetansesenter (RESAK) ble opprettet i 2011 innen det statlige barne- og familievernet i Bufetat, region nord, og er tilknyttet Indre Finnmark.

Asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente: Asylsøkere kan lide av tidligere ubehandlede sykdommer og skader på grunn av dårlig tilgang på helsetjenester. Blant innvandrere er det flere eldre som kjenner seg ensomme (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019a). Det å ha forlatt eget hjem, mistet sosialt nettverk, tidligere roller og fellesskap der en deler språk og forståelse med flertallet av befolkningen, kan ha negativ innvirkning på helse og livskvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019a). Potensielt står helsepersonell overfor helseproblemer forårsaket av forhold som ledet til flukten; fysiske og psykiske skader etter voldtekt, tortur, krigshandlinger og langvarige perioder med atskillelse, tap og usikkerhet. Infeksjoner kan også ha oppstått i flyktningeleirer (Steffensen, 2015). Eldre innvandrere har ofte sammenfallende forventninger med majoritetsbefolkningen (Sudmann, 2017).

Vold i nære relasjoner: Eldre kan bli utsatt for vold. Som oftest skjer volden i eget hjem. Det offentlige rom er ikke nødvendigvis det farligste stedet å være (Sandmoe, 2018). Vold i nære relasjoner utgjør en trussel for eldre menneskers helse og livskvalitet. For det meste handler volden om psykiske overgrep, men også fysisk og seksuell vold, i tillegg til økonomiske overgrep og omsorgssvikt. Forekomsten er omtrent likt fordelt mellom menn og kvinner. Utøvere av vold er ofte i nær relasjon til offeret, i ni av ti tilfelle. Mange av disse sliter med rus og psykiske lidelser. Mange eldre oppfatter vold i nære relasjoner som et privat problem og vegrer seg for å ta problemet opp med helsepersonell (Sandmoe, 2018).

Personer som opplever ensomhet: For gruppen 67 år eller eldre er det flere som oppgir ulike tegn til ensomhet. 17% oppgir å ha lite vennekontakt. 31% oppgir at andelen personer som de kan regne med dersom de får personlige problemer er 2 eller færre.

14% sier det vil være vanskelig å få hjelp av naboer (Statistisk Sentralbyrå, 2016). Det er en klar sammenheng mellom ensomhet og helse. Personer som opplever seg ensomme rapporterer oftere å ha dårlig helse, nedsatt fysisk funksjonsevne, langvarige og kroniske sykdommer (Nicolaisen, 2017).

Seniorer som medvirkende: By- og regionforskningsinstituttet (NIBR) og Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) har prøvd ut metoder og verktøy for hvordan eldre bedre kan bidra med sine ressurser. Rapporten beskriver en medvirkningsmodell for aldersvennlige samfunn. Sentrale trinn i modellen er *seniorstemmer* (spørreundersøkelser), *seniortråkk* (stedsvandring), *seniorverksted* (dialogverksted) og *ettermøte* (møte med ansvarlige myndigheter) (Vestby, Brattbakk & Norvoll, 2017).

4.7.2 PÅRØRENDE SOM SATSINGSOMRÅDE I ELDREOMSORGEN

Det tas sikte på at eldre hjelpemottakere skal bo hjemme så lenge som mulig. Pårørende er da en betydelig ressurs for sine nærmeste og for helse- og omsorgstjenesten. De følger med på tjenestetilbudet, og er i dialog med kommunen og andre tjenesteytere. Den frivillige og i hovedsak familiebaserte omsorgen er nesten på størrelse med den kommunale omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a). I omsorgen til personer med demens utgjør kostnader på helsehjelp om lag 30 mrd. kroner per år. I tillegg yter pårørende en innsats utover dette (Bergh et al., 2015).

Ettersom personer med demens, i takt med at sykdommen utvikler seg, kan ha vansker med å uttrykke hva som er meningsfylt og hvilke ressurser de har, blir pårørende de mest betydningsfulle og den viktigste støtten for personen med demens og for helsearbeidere. Pårørende kjenner den sykes bakgrunn og livshistorie. I tillegg kan pårørende mange ganger bistå den syke når vedkommende ikke kan ivareta sine interesser. Ved å spille på lag med pårørende kan nyttige opplysninger som har betydning for personsentrert omsorg lettere lykkes for å ivareta personer med demens (McCormack & McCance, 2017).

Pårørende synes å bli sentrale aktører i omsorgen til personer med demens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a). Den involverer pårørende og påvirker deres situasjon. Hvor stor påvirkningen blir for pårørende, har sammenheng med utviklingen av demenssykdommen og varighet. Dessuten har kvaliteten på forholdet til den syke, hvilken hjelp og støtte som mottas fra helsevesenet og eget nettverk, betydning (Nordtug, Krogstad & Holen, 2011).

Andre studier viser at opplevelser av belastning ved å være pårørende kan resultere i dårligere helse for pårørende, og kan få konsekvenser for relasjonen og støtten til personer med demens (Bedard, Pedlar, Martin, Malott & Stones, 2000).

Pårørende har høy risiko for helseproblemer som depresjon, angst, økt risiko for hypertensjon og hjertesykdom, nedsatt immunforsvar og økt mortalitet (Novais, Dauphinot, Krolak-Salmon & Mouchoux, 2017). De har også økt risiko for sosial isolasjon, økonomisk belastning og dårlig livskvalitet. Sammenlignet med uformelle omsorgsgivere for pasienter med andre lidelser, har omsorgsgivere for personer med demens høyere nivåer av umøtte behov og lavere forbruk av helsetjenester. Utbrenthet hos uformell omsorgsgiver er assosiert med tidligere institusjonalisering, depresjon, dårlig livskvalitet og mortalitet for personer med demens. Ved å yte bedre støtte til pårørende som har stor omsorgsbyrde vil det sannsynligvis være mulig å øke livskvalitet for både omsorgsgiver og pasient, og forlenge tiden før permanent sykehjemsplass blir nødvendig (McCabe, You & Tatangelo, 2016).

Det er spesielt viktig å kartlegge pårørende som bærer store omsorgsbyrder. De som påtar seg krevende omsorgsoppgaver må ivaretas med faglig støtte og veiledning, utbygging av dagaktivitetstilbud eller mer omfattende avlastningstilbud (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Pårørende til personer med livstruende, alvorlig og progredierende sykdom, som har demens, utviklingshemming, hjerneslag, alvorlig psykisk sykdom og rusavhengighet, trenger særlig støtte. Myndighetene har utviklet et program for pårørendepolitikk og utviklet en *Veileder om pårørende i helse og omsorgssektoren*. Helse- og omsorgstjenesten skal ha rutiner som legger til rette for informasjon, samtale og dialog med pårørende, både som representant for pasienter, men også når de har egne behov (Helsedirektoratet, 2017a). Helseforetak og kommuner plikter å støtte og involvere pårørende (Helsedirektoratet, 2017b).

Pårørende trenger både formell støtte fra formelle helsetjenester og uformell støtte fra familie og nettverk for øvrig. Tiltak for å redusere omsorgsbyrde kan være psykoedukasjon (undervisning og opplæring, kognitiv atferdsterapi, avlastning, dagsenter, ergoterapi) (Husebø et al. 2017). Det er utgitt en nasjonal pårørendeveileder (Helsedirektoratet, 2017b) som blant annet omhandler kommunens plikter overfor pårørende og om involvering av pårørende.

4.7.3 FRIVILLIGE SOM SATSINGSOMRÅDE I ELDREOMSORGEN

Helsepolitiske myndigheter ser muligheter i å engasjere flere frivillige til engasjement i helse- og omsorgssektoren. Frivillige er personer, unge som eldre, som melder seg til å gjøre ulike praktiske hjelpetjenester for noen som trenger slik hjelp. Frivillig innsats har betydning for folkehelsen, både for de som engasjerer seg med hjelp, for de som mottar hjelp og for samfunnet. Meningsfullt arbeid for andre, slår gjerne tilbake på en selv (Kulturdepartementet, 2018). Kommunene oppfordres til å legge til rette for å rekruttere frivillige inn i et mer systematisk samarbeid. Frivillige har en annen rolle enn helsepersonell. De kan gi av sin tid, forebygge ensomhet, bidra til økt velvære og styrket livskvalitet, både hos pasienter og hos pårørende (NOU 2017:16).

Frivillighet gir tilgang til sosial støtte og nettverk, og kan bidra til å utjevne sosiale forskjeller (Hagelin & Goth, 2015). Ideelle organisasjoner, som for eksempel Nasjonalforeningen for folkehelsen, Norges Frivilligsentraler, Røde Kors, Norske Kvinners Sanitetsforening og andre står for viktige bidrag. Fra Tromsø berettes om et rikt utvalg av aktiviteter rettet mot eldre. Det kan være besøksvenner som kommer hjem til den eldre for å drikke kaffe og gå på tur. Det arrangeres seniortreff, også på sykehjemmene i byen. Det er trimgrupper og opplæring i digitale medier. Følgetjenesten hjelper eldre med følge til sykehus, lege og så videre, eller blir med i butikken og hjelper med innkjøp. Andre småoppdrag som hjelp til snømåking og andre praktiske oppgaver, er også et tilbud Røde Kors har (Lydersen, Skaarseth & Rødseth, 2019).

Frivilligsentraler i kommunene er lokale møteplasser for enkeltmennesker, lag, foreninger og det offentlig som generer frivilling innsats for og med befolkningen (Frivilligsentraler, 2019). Det er ca. 425 aktive frivilligsentraler, med litt ulike organisasjonsformer og eiere. 45 % er eid av kommuner. Med utgangspunkt i sentralene foregår mye aktiviteter, så som språk-kafe, gå-grupper, jakt, fiske og så videre. Noen kommuner har ansatt frivillighetskoordinator som arbeider med å utvikle en helhetlig samhandlingsstrategi med frivillige lag og organisasjoner i kommunen. De rekrutterer, organiserer og følger opp frivillige til engasjement.

Det antas at en kobling mellom frisklivstilbud og frivillige organisasjoner kan gjøre livsstilsendringer mer varig. Sammenhengen er i liten grad gjort til gjenstand for forskning. I terminalomsorg kan *frivillige venner* bidra med ulike typer støttefunksjoner. Emosjonell og psykologisk velvære er med på å redusere isolasjon. Venner kan også være til praktisk hjelp og støtte for familien (Gardiner & Barnes, 2016). Besøk av frivillige kan gi alvorlig syke pasienter en opplevelse av ikke å være alene, og at noen «er der» for dem. Hjelp til å møte sosiale behov, som å kunne komme seg ut av huset med en vennekontakt reduserer ensomhet, isolasjon, depresjon og engstelse (Dodd et al., 2018).

Forskning innen demensomsorgen viser at selv om frivillige aktører oppfatter sitt forhold til personer med demens som viktig kan de frivillige oppleve psykologiske og atferdsmessige problemer hos personen med demens som en utfordring (Söderhamn, Landmark, Aasgaard, Eide & Söderhamn, 2012). For at de frivillige skal trives og ønske å fortsette i arbeidet, har det vist seg nyttig at ansatte viser engasjement overfor de frivillige, at det er tydelige rolleavklaringer, at de ansatte viser de frivillige tillit og lar dem få utfordringer når de er klare for det, at de ser de frivillige som enkeltpersoner, og gir konstruktive tilbakemeldinger på arbeidet (Söderhamn et al., 2012).

Frivillig.no er en nasjonal oppslagstavle der frivillige organisasjoner, frivilligsentraler, menigheter og kulturfestivaler kan legge ut oppdrag for å rekruttere frivillige. Personer som ønsker å bidra med engasjement, registrerer seg her. Her kan man søke på kommune eller fylke, samt hvilket engasjement en ønsker å ha, for eksempel stikkordene besøk, flyktninger, eldre, leksehjelp eller «alt mulig». Samarbeid mellom frivillige og kommunen er et bidrag til et levende samfunn.

Frivillighet gir fellesskap og det styrker folkehelsen. Å være medlem av tre foreninger og være aktiv i minst en av dem, ble i sin tid formulert som et folkehelsemål (Nylenna, 2018). Det er imidlertid rapportert en økende aversjon blant folk mot å påta seg forpliktelser. Derfor argumenteres det for en nytenkning i framtidens frivillighet. En viktig hindring å forsere synes å være begrepet forpliktelse. Nylenna (2018) foreslår en organisering av frivillighet som i større grad bygger på avgrenset innsats, korte prosjekter heller enn langsiktige oppdrag. Noen aktiviteter må kanskje også avvikles, ikke bare etablere nye. Den nye frivilligheten vil kreve mer kreativ ledelse og koordinering. Forpliktelsen må bli kollektiv framfor å være individuell, framholdes det.

4.8 KUNNSKAP OM SYSTEMATISK KARTLEGGING OG OPPFØLGING

Systematisk kartlegging er viktig for å ivareta pasientsikkerheten. Helse- og omsorgstjenestene har som overordnet mål å tilby tjenester som er trygge og sikre, med færre uønskede hendelser og pasientskader (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018b). Kommunale helse- og omsorgstjenester har videre et lovfestet ansvar for å arbeide systematisk med å forbedre kvaliteten og pasientsikkerheten etter Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) og Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016).

Den norske eldrebefolkning er stort sett friske. Om lag 3 av 4 65-79 åringer rapporterer om god eller svært god helse (Folkehelseinstituttet, 2018a). Det er likevel noen utfordringer som bør vies oppmerksomhet. Helseplager og redusert funksjonsevne kan redusere livskvalitet som særlig rammer de eldste gamle (Folkehelseinstituttet, 2018a). Selv om risikoen for å få demens går ned, øker antallet personer med demens

med økende eldtrefolkning (Satizabal et al., 2016; Folkehelseinstituttet, 2018b). Det er nå utviklet nasjonal faglig retningslinje for demens (Helsedirektoratet, 2017c).

Gruppen personer over 80 år har potensielt stort behov for helsehjelp. I 2018 var det 31,2% av innbyggere over 80 år som mottok hjemmetjenester (Statistisk Sentralbyrå, 2019).

Det er behov for å ha et samordnet og kunnskapsbasert kompetansetiltak som kan benyttes for tidlig å oppdage forverret tilstand hos eldre. Møte med stadig sykere pasienter og beboere stiller helsepersonell ovenfor komplekse problemstillinger. Dette betyr at tjenesten må jobbe systematisk med kvalitets- og forbedringsarbeid, og ansatte må ha kunnskap, ferdigheter og verktøy for å gjøre gode kliniske observasjoner og vurderinger. Kompetansetrappen «KlinObsKommune» skal bidra til at ansatte utvikler nødvendig observasjonsferdigheter (Thomsen, Linnerud, Klev & Stykket, 2019).

På samfunnsnivå peker Husebø et al., (2017) på mangelfull praksis i systematisk kartlegging av eldres helse. Antall sammensatte sykdommer, legemiddelbruk, bosituasjon og plutselige forandringer i den sosiale settingen kan være et signal om behov for vurdering (Husebø et al., 2017). Overfor kommunens øvrige eldre befolkning er det derfor behov for «lytteposter» som gjør tidlig identifisering av helseproblemer mulig.

Reformen Leve hele livet oppfordrer til at alle eldre skal vurderes med tanke på behov og potensial for rehabilitering og egenomsorg før det iverksettes tiltak som kompenserer for tap av funksjonsevne (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a). 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 utvikle og bruke ansattes kompetanse i systematisk observasjon, kartlegging og oppfølging. Kartleggingen må omhandle fysisk og psykisk helse og funksjon, og sosiale forhold. Dette forutsetter personell med bred kompetanse, men ofte også et samarbeid mellom flere faggrupper (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a). I tillegg pålegger Helsepersonelloven (1999) helsearbeideren å yte faglig forsvarlig helsehjelp.

Avdekking av endring i helsetilstand og funksjon forutsetter blant annet, ifølge Husebø et al. (2017), system for måling gjennom observasjons og kartleggingsverktøy, rutiner for dokumentasjon og overvåkning av symptom, sykdomsutvikling, og løpende oversikt over samlet kompetanse og behovet for faglig oppdatering, samt tilbud om regelmessig faglig oppdatering og kollegaveiledning.

For å bli kjent med den eldre kan det være aktuelt med livshistoriefokusert datasamling som innebærer samtale om livet den eldre har levd og om relevante personopplysninger. Hensikten er å opprettholde den eldres identitet og selvbilde, bevare gode minner, tilpasse aktivitet og samtaler, mestring og glede, forebygge angst og uro.

Ved kartlegging eller tester er det viktig å være bevisst at resultatet av kartleggingen eller testen ikke er fasiten. Det kan oppstå mange feilkilder på grunn av kompetansen til den som kartlegger eller tester, ved selve kartleggings-/ testsituasjonen, sansesvikt, morsmål eller differensialdiagnoser. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse har tilgjengelige verktøy til bruk ved utredning og ulik funksjonsvurdering av eldre personer i sin nettside (Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, 2019).

Det må også opprettes rutiner for dokumentasjon og observasjon av sykdomsutviklingen som føres i samsvar med god yrkesskikk, og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen.

Dokumentasjonsplikten er gitt ved Helsepersonelloven (1999, kap. 8). Å dokumentere helsehjelpen er en juridisk, faglig og etisk plikt som skal sikre kvalitet, kontinuitet og pasientsikkerhet.

Det er utviklet et nasjonalt kartleggings- og dokumentasjonsverktøy, Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS) som er et norsk offentlig register som drives av Helsedirektoratet. IPLOS-registrering er obligatorisk for alle kommuner og opprettet i 2006. Registeret inneholder informasjon om alle som har søkt eller mottatt kommunale helse- og omsorgstjenester, og skal være et verktøy for dokumentasjon, rapportering og statistikk mellom kommunene og statlige myndigheter. Registeret inneholder opplysninger om person og boforhold, om søker/tjenestemottaker er vurdert av tannhelsepersonell/lege, behov for bistand/assistanse, syn og hørsel, samfunnsdeltakelse, relevant(e) diagnose(r), kommunale tjenester, bruk av tvang, døgnopphold i spesialisthelsetjenesten, og om det er utarbeidet individuell plan. Fra og med 2018 inngår IPLOS opplysningene i Kommunalt pasient- og brukerregister.

4.9 KUNNSKAP OM KOMPETANSEBEHOV

Samhandlingsreformen har ført til store endringer i kommunenes helse- og omsorgstjenester. Samhandlingsreformen stiller nye krav til helsepersonellens kompetanse, noe som igjen krever endringer av innholdet i utdanningene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Ny forskrift for helse- og sosialutdanninger (Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger, 2017) trer i kraft høsten 2020. Formål er å sikre at utdanningsinstitusjonene tilbyr praksisnære og forskningsbaserte helse- og sosialfagutdanninger med høy faglig kvalitet og relevans for kommunal helse- og omsorgspraksis. Kompetansekrav hos helse- og sosialarbeidere skal videre formuleres i egne retningslinjer for den enkelte profesjonsutdanning. I tillegg til fagkompetansen er helsekompetanse viktig for hele befolkningen, og særlig for pasienter/ brukere og pårørende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019c).

4.9.1 KOMPETANSE HOS ANSATTE I KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

Framtidig kommunehelsetjeneste utfordres til å dreie aktiviteter mer i helsefremmende retning. Personalet skal ha kompetanse til å møte utfordringer i framtiden med en sterkere vekt på habilitering, rehabilitering, aktivisering, veiledning og sosialt nettverksarbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Samtidig står kommunene overfor det faktum at behovet for helsehjelp stadig blir mer spesialisert. Personalet må ha kompetanse som bidrar til å løse komplekse og sammensatte problemstillinger knyttet til kliniske ferdigheter, samhandlingskompetanse, kunnskap om forebygging, behandling og teknologi, og avansert klinisk kompetanse. Det kan være langvarig respiratorbehandling, palliative oppgaver som smertebehandling, hjemmedialyse, CVK og drift av øyeblikkelig hjelp døgntilbud (Tyrholm, Kvangarsnes & Bergen, 2016). Kompetanseløftet 2020 (Helsedirektoratet, 2019b) er en plan for å sikre kompetanse, rekruttering og fagutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Kommunene kan søke midler til innovasjonsprosjekter og til grunn-, videre-, og etterutdanning av sine ansatte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a).

Kvalitet i tjenestene forutsetter at helsepersonell arbeider kunnskapsbasert, tar utgangspunkt i brukerens mål for eget liv, har oppsummert kunnskap om hvilke

tiltak som har god effekt, og utøver en koordinert og planlagt tjeneste. Det påhviler kommunen en plikt til å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). Kommunene har krav om å knytte til seg sykepleiere, leger, fysioterapeuter, jordmor, helsesøster, ergoterapeut og psykolog (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a). Kommunene står overfor utfordringer med rekruttering av tilstrekkelig kompetent personale, særlig gjelder det sykepleiere, helsefagarbeidere, aktivitører, helsesykepleiere, jordmødre og leger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a).

Flere stortingsmeldinger påpeker behovet for kompetanse, blant annet Mening, mulighet og mestring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006), Primærhelsetjenestemeldingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a) og Leve hele livet- reformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a). I tillegg har Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016, §6f) nedfelt at ledere har plikt til å ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring. I kommuneplanleggingen trengs oversikt over disponibel personalressurs i kommunen, både antall, stillinger og kompetanse. Videre trengs kompetanseplan som beskriver fremtidig behov og rekrutteringsbehov. Utviklingen tilsier også at det ikke bare er behov for rekruttering, men også en politikk for å beholde ansatte i tjenestene.

Evalueringsrapportene viser at ordningen over tid har hatt ønsket effekt for mange, men ikke for alle. Innbyggere som ønsker det har fått en fastlege, og så godt som hele befolkningen deltar i ordningen. Fastlegene har opplevd en vesentlig økning i arbeidsbelastning de siste årene med en arbeidssituasjon som oppleves uhandterbar med tilførsel av nye oppgaver og volumøkning på etablerte oppgaver. Prosedyrer som tidligere krevde sykehusinnleggelse gjøres nå poliklinisk eller hos fastlegen. 10% av fastlegene har meldt fra til kommunen at de ønsker å slutte som fastlege, og majoriteten av disse spesifiserer at årsaken er den høye arbeidsbelastningen. Samtidig viser tall fra SSB at 20% av sykepleierne slutter i yrket før det har gått 10 år (Skjøstad, Hjermås, & Beyer, 2017).

En norsk studie som ble gjennomført i sykehjem og i hjemmetjenesten, undersøkte om personalets kompetanse svarte til oppgavene de var forventet å utføre. Kompetansekravet var rettet mot behandling og omsorg i primærhelsetjenesten. Studien viste at det var stor forskjell mellom ambisiøse forventninger vedrørende sikkerhet, kompetanse og organisasjon, og den virkeligheten primærhelsetjenesten står overfor (Bing-Jonsson, Hofoss, Kirkevold, Bjørk & Foss, 2016). Dette er utfordringer norske helsearbeidere møter.

I dagens helsetjeneste er det et stadig større behov for tverrfaglig samarbeid. For å imøtekomme dette trengs økt tverrfaglig kompetanse. Tverrfaglig kompetanse må styrkes gjennom økt fokus både i helsevesenet og i utdanning av helsearbeidere.

Tilgang til kunnskap er styrket gjennom opprettelse av Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) som bidrar med oppdatert kunnskap til sektoren (Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester, 2019). Senter for omsorgsforskning (SOF) bidrar til å styrke et forskningssvakt område med praksisnær omsorgsforskning (Senter for omsorgsforskning, 2019).

Faglig oppdatering via tidsskrifter: Ny kunnskap og nye løsninger til bruk i praksis kan deles i kollegiet, dersom det er gode rutiner på lesning av aktuelle tidsskrift, eller arrangere undervisnings-/fagdager. Relevante norske tidsskrifter for helsesektoren kan være: *Tidsskrift for omsorgsforskning*, *Tidsskrift for Den norske legeförening*, *Sykepleien*, *Helsefagarbeideren*, *Fysioterapeuten*, *Ergoterapeuten*.

Samarbeid om fagdager: Kommunchelsetjenesten og høyere utdanning kan i større grad samarbeide om faglig oppdatering. Pedersen og Evju (2018) beskriver fagdager som arrangeres i samarbeid med universitet og sykepleierutdanning.

Teknologiske løsninger: Det finnes etter hvert en rekke teknologiske og digitale løsninger for opplæring på ulike områder. For eksempel kan simuleringsteknologi gi realistisk trening og muligheter til å øve seg i praksis. Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse har ulike tilbud om nettbaserte kurs.

Nasjonal helse- og sykehusplan (2019) oppfordrer helsefelleskapene til å sette konkrete mål for deling av kompetanse mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

4.9.2 HELSEKOMPETANSE HOS PASIENTER OG PÅRØRENDE

Mye kunnskap er utviklet, men fortsatt gjenstår det å gjøre mer av kunnskapen tilgjengelig for pasienter/ brukere, pårørende og hele befolkningen. Den nasjonale strategien for å øke helsekompetansen i befolkningen i perioden 2019-2023, skal bidra til at Helse- og omsorgstjenestene legger til rette for at pasienter og brukere i større grad tas med på beslutninger som omhandler dem selv gjennom blant annet å stille spørsmålet «hva er viktig for deg»? (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019c).

Lav helsekompetanse er forbundet med dårligere helse og svakere oppfølging av egen sykdom, større sykdomsforekomst og hyppigere innleggelse i sykehus. Det kan være en større utfordring i enkelte grupper som eksempelvis personer med høy alder, kronisk sykdom, lavt utdannings-nivå, avhengig av etnisk og kulturell bakgrunn, enn befolkningen for øvrig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019c).

Informasjon via internett kan by på utfordringer for mange eldre som ikke behersker teknologien. Internett er mye brukt til å søke etter informasjon om sykdom, helse og behandling, men det kan være utfordrende å vite hva som er kvalitetssikret informasjon som man kan stole på. Ikke sjelden kan man møte motstridende informasjon. Informasjonen kan også være lite brukertilpasset og vanskelig å forstå. Det er viktig å styrke folks evne til å finne og kritisk vurdere helseinformasjon fra ulike kilder som internett eller sosiale medier. Styrket helsekompetanse kan bidra til mindre feilbruk av medikamenter, overdiagnostisering og overbehandling. Helsekompetanse kan også bidra til å redusere sosial ulikhet i helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019c).

Helsekompetansen i befolkningen er lite studert. En studie gjennomført i EU-land viste at halvparten av befolkningen i de deltakende EU-landene hadde relativt lav helsekompetanse (Pelikan, Röthlin & Ganahl, 2012). Mange pasienter som har lave ferdigheter i helsekompetanse har utfordringer med å lese, skrive, tallforståelse, kommunikasjon og bruk av elektronisk teknologi. Dette hindrer tilgang til og forståelse av informasjon om helsehjelp (Wittink & Oosterhaven, 2018). Det er viktig å være oppmerksom på at helsekompetanse kan variere hos en person over tid. Den kan påvirkes av emosjonell status, akutte smerter/ sykdom, sansetap og kognitiv svikt.

Helsearbeidere mangler ofte adekvat kunnskap om helsekompetanse og ferdigheter som trengs for å oppdage lav helsekompetanse hos pasienter/ brukere og pårørende. Ferdigheter i temaet helsekompetanse er nødvendig hos helsepersonell (Coleman, Hudson & Maine, 2013). I utdanning vektlegges undervisning, veiledning og kommunikasjon som viktige område i utdanning av fremtidige helse og sosialarbeidere (Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanning (2017)). I følge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999 §3.2) skal pasienten ha den informasjon som

er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.

Tiltak for å styrke helsekompetansen kan være individrettede tiltak overfor brukere, befolkningen og utsatte grupper/ pasientgrupper. Systemrettede tiltak retter seg mot strukturelle endringer i helsetjenesten. Det kan dreie seg om hvordan helse- og omsorgstjenestene organiseres for at brukere enkelt skal klare å finne frem til riktig tilbud, eller hvordan muntlig og skriftlig informasjon formidles og tilpasses brukernes helsekompetanse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019c). Veiledningskompetanse kan gjøre helsearbeideren bedre i stand til å forstå og samhandle med brukere, pasienter og pårørende (Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger (2017)).

5 AVSLUTNING OG ANBEFALINGER

Reformen Leve hele livet skal bidra til at eldre 1) kan mestre livet lenger, 2) ha trygghet for at de får god hjelp når de har behov for det, 3) at pårørende kan bidra uten at de blir utslitt, og 4) at ansatte kan bruke sin kompetanse i tjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a). I tillegg har brukermedvirkning stor betydning for hjelpen som gis og opplevelsen av den. Tilbud fra frivillige får stadig større betydning.

Framtidig kommunehelsetjeneste utfordres til å dreie aktiviteter mer i helsefremmende retning. Reformen medfører en endring i tankesett fra behandlingsfokus til å fokusere på forebygging og helsefremming. Endring av fokuset til å se de friske, det friske hos den syke, eventuelt skadede mennesket, kan gi vinning og:

- ◇ sparer pasienter for lidelse ved å forhindre eller redusere at sykdom og skade oppstår eller videreutvikles
- ◇ redusere gapet mellom behovet for helsehjelp og tilgangen på helsearbeidere
- ◇ gir en økonomisk besparelse gjennom færre henvendelser om helsehjelp

PASIENT- OG BRUKERE

1) å kunne mestre livet lenger

Å rette fokuset mot pasienten/ brukerenes ressurser og mestringsmuligheter kan «bidra til» å se pasienten som et helt menneske. Fokuset på det friske må ikke føre til at oppmerksomheten/ oppdagelsen av ny sykdom, eventuelt forverring av sykdom mistes. Dette krever:

- ◇ tverrfaglig kompetanse og gode verktøy til å observere og kartlegge nyoppstått eller forverret tilstand
- ◇ oppmerksomhet mot forventninger om å være aktiv og mestring, kan fortrenge konsekvenser av aldringsprosessen som gjør de eldre, særlig i høy alder, sårbare. Den eldre må møtes med respekt og verdighet for egne muligheter, begrensninger og valg.
- ◇ overskudd til å mestre hverdagslivets krav, delta i aktiviteter gjennom for eksempel miljøbehandling, og opplevelser som kan gi meningsfulle dager.
- ◇ hverdagsmestring gjennom tilbud om hverdagsrehabilitering når det trengs, og støtte og veiledning uten tidsavgrensning, men varighet ut fra behov
- ◇ tilbud om fysisk aktivitet og kunnskap om ernæring for både hjemmeboende og sykehjemspasienter
- ◇ tilbud om aktiviteter i form av miljøbehandling og dagtilbud for hjemmeboende

2) trygghet for å få god hjelp

Å yte helsehjelp betyr at det fortsatt skal gis behandling for sykdom og skader. I møte med de som trenger helsehjelp kan sekundærforebygging og tertiærforebygging redusere behovet for helsehjelp. For å unngå, eller tidlig oppdage risiko for sykdom og skader, trengs:

- ◇ proaktive tjenester med tilbud om fastlege og tilsynslege i sykehjem, helsestasjon for eldre og forebyggende hjemmebesøk
- ◇ økt fokus, kompetanse og arbeidsdager som gir mulighet for tidlig intervensjon med oppdagelse av endret helsetilstand, i helsestasjon for eldre og/ eller ved forebyggende hjemmebesøk gjennom:
- ◇ økt fokus, kompetanse og tilbud om tverrfaglige lindrende tilbud og omsorgsfull hjelp ved langtkommen kronisk sykdom, komplekse lidelser og i livets siste fase.

PÅRØRENDE

3) at pårørende kan bidra uten at de blir utslitt

Å forebygge utbrenthet hos, og støtte til, pårørende blir i mange tilfeller en forutsetning for at pasienten skal kunne fortsette å bo i eget hjem. Pårørende omtales ofte som limet mellom pasienten og de ulike tjenestenivåene, og er ofte den som har totaloversikten over pasientens behov og tilbud. I tillegg er det pårørende som kjenner pasienten best som kan bidra med informasjon og være en støtte. Det trengs:

- ◇ mer informasjon om pasientens situasjon og fremtid
- ◇ avlastning i form av avlastningsopphold der pasienten føler seg trygg og ivaretatt og pårørende ikke trenger å bekymre seg for pasienten
- ◇ dagplasser som kan utvides til døgnplasser når det er et behov som gir pårørende trygghet for at pasienten trives og har det bra
- ◇ aktivitetstilbud for pasient/ bruker som gir pårørende trygghet for at pasient/ bruker trives og har det bra
- ◇ pårørendeskoler og samtalegrupper med andre pårørende for de som ønsker det

ANSATTE

4) ansatte kan bruke sin kompetanse i tjenestene

Personalet skal ha kompetanse til å møte utfordringer, både hos friske og sårbare eldre, bidra til å fange opp ny sykdom, eventuelt sykdomsutvikling og å løse komplekse, sammensatte problemstillinger. Kompetansebehov kan være knyttet til kliniske ferdigheter, samhandlingskompetanse, kunnskap om forebygging, behandling og teknologi, og avansert klinisk kompetanse. Kvalitet i tjenestene forutsetter at helsepersonell arbeider kunnskapsbasert. For å dekke dette behovet trengs tilstrekkelig kompetent personale. Videre trengs:

- ◇ gjensidig samarbeid mellom første og andrelinjetjenesten om kompetanseheving/ -utveksling

- ◇ utarbeide kompetanseplaner som beskriver det totale kompetansebehovet i tjenestene med de ulike yrkesgruppene og plan for samarbeide og kompetanseutnyttelse
- ◇ mulighet til å bruke sin kompetanse i en arbeidssituasjon med tilstrekkelig tid og kontinuitet i arbeidet, i samarbeid med andre helsearbeidere
- ◇ skape læringsmiljøer for ansatte
- ◇ styrke fastlegeordningen for hjemmeboende og tilsynslegeordningen i sykehjem, samt tilbud om videreutdanninger for leger
- ◇ styrke muligheten til utdanning innen avansert klinisk sykepleie og geriatri for å imøtekomme komplekse og sammensatte problemstillinger
- ◇ utdanne flere med kompetanse innen palliasjon som ivaretar pasienter i livets siste fase, men også andre med behov for lindrende behandling, for eksempel multisyke eldre
- ◇ tverrfaglig kompetanse utviklet som en del av pasientens helse- og omsorgstjeneste med pasienten som aktiv deltaker
- ◇ kompetanseløft hos ansatte for å styrke kunnskapsbasert praksis med pasient og pårørende som medaktører
- ◇ gjensidig samarbeide med utdanningsinstitusjonene for på den ene siden å utvikle kommunens ansatte, og for det andre utdanne fremtidige helsearbeidere som blir kompetente til å møte behovene i helse- og omsorgstjenestene.
- ◇ styrke den undervisende og veiledende funksjon hos helsearbeidere gjennom kunnskap og erfaringslæring i møte med pasienter og pårørende

BRUKERMEDVIRKNING/ DELTAKELSE

I tillegg er sentrale områder som brukermedvirkning/ - deltakelse viktig for at den eldre skal oppleve autonomi og verdighet, og foreta egne valg i egen livssituasjon. Tiltak for å styrke pasientens mulighet for autonomi og kunnskapsbaserte valg er å styrke helsekompetansen som kan bidra til å holde seg mest mulig frisk så lenge som mulig, og til mestring av utfordringer i livet og i hverdagen. Til det trengs:

- ◇ informasjon, undervisning/ opplæring tilpasset pasienten/ bruker og pårørendes behov med mulighet til veiledning og oppfølging
- ◇ tilgjengeliggjøre informasjonen slik at den kan forstås ut fra utfordringer som for eksempel teknologi, skrive/ leseutfordringer, helsetilstand og livssituasjon
- ◇ helsepersonell med kunnskap, ferdigheter og holdninger til å se betydningen av helsekompetanse hos pasienter og pårørende, og som aktivt støtter i utvikling av helsekompetanse

FRIVILLIGE

Samarbeide med frivillige er også viktig, både frivillige aktører og mer «organiserte» frivillighetstilbud. Frivillige aktører er nødvendige for å ivareta aktivitetstilbud til pasientene, men også for egen vinning med gjensidige relasjonelle forhold som oppstår

mellom den som yter hjelp og den som mottar hjelp. Møtene kan være viktig sosial kontakt for begge parter når forholdene legges til rette for at den frivillige blir sett av helsearbeidere, og forholdene legges til rette for positive møter. Sentralt med tanke på frivillige er:

- ◇ avklaringer av rolle og forventninger
- ◇ møteplasser sammen med andre frivillige for felles erfaringsutveksling
- ◇ at kommunene tar ansvar for systematisk oppfølging av organisert og uorganisert frivillig arbeid, videreutvikle Frivillighetssentraler og tilsette frivillighetskoordinator

6 LITTERATUR

- Bédard, M., Pedlar, D., Martin, N.J., Malott, O. & Stones, M.J. (2000). Burden in caregivers of cognitively impaired older adults living in the community: Methodological issues and determinants. *International Psychogeriatrics*, 12, 307-332. DOI 10.1017/S1041610200006426.
- Bergh, S., Vossius, C., Selbæk, G., Ydstebø, A.E., Benth, J.S., Godager, G. & Lurås, H. (2015.) *Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIK)*. Kortversjon – november Alderspsykiatrisk forskningsenter, Sykehuset Innlandet.
- Bing-Jonsson, P.C., Hofoss, D., Kirkevold, M., Bjørk, I.T. & Foss, C. Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. *BMC Nurs* 2016; 15: 5.
- Birkeland, A. (2014). Aktiv mestring i hjemmesykepleien. *Sykepleien*. 3: 44-47. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2014/03/aktiv-mestring-i-hjemmesykepleien>
- Blix, B.H. (2017). *Helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkning. En oppsummering av kunnskap*. Hentet fra <http://omsorgsforskning.no/utgivelser/oppsummeringer/helse-og-omsorgstjenester-til-den-samiske-befolkning>
- Brasure, M., Desai, P., Davila, H., Nelson, V.A., Calvert, C. & Jutkowitz, E. [Physical Activity Interventions in Preventing Cognitive Decline and Alzheimer-Type Dementia: A Systematic Review](#). *Ann Intern Med*. 2018;168(1):30-8.
- Breivik, G. & Rafoss, K. (2017). *Fysisk aktivitet; omfang, tilrettelegging og sosial ulikhet*. Norges Idrettshøgskole, UiT, Helsedirektoratet. Hentet fra <http://www.fritidforalle.no/fysisk-aktivitet-omfang-tilrettelegging-og-sosial-ulikhet.5980645-356507.html>
- Brodtkorb, K., Skisland, A., Slettebø, Å. & Skaar, R. (2017). Preserving dignity in end-of-life nursing home care. Some ethical challenges. *Nordic Journal of Nursing Research*. 37(2), 78-84.
- Brofoss, K.E. & Larsen, F. (2009). *Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009) Sluttrapport – syntese og analyse av evalueringens delprosjekter*. Hentet fra <https://evalueringsportalen.no/evaluering/evaluering-av-opptrappingsplanen-for-psykisk-helse-%25282001-2009%2529-sluttrapport-syntese-og-analyse-av-evalueringens-delprosjekter>
- Coleman, C.A., Hudson, S. & Maine, L.L. Health literacy practices and educational competencies for health professionals: a consensus study. *J Health Commun* 2013; 18 Suppl 1:82-102. doi: 10.1080/10810730.2013.829538.
- Danielsen, K.K., Nilsen, E.R. & Fredwall, T.E. (2017). *Pasientforløp for eldre med kronisk sykdom. En oppsummering av kunnskap*. Hentet fra <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2449882>

- Dodd, S., Hill, M., Ockenden, N., Algorta, G.P., Payne, S., Preston, N. & Walshe, C. (2018). 'Being with' or 'doing for'? How the role of an end-of-life volunteer befriender can impact patient wellbeing: interviews from a multiple qualitative case study. *Supportive Care in Cancer*. 26, 3163-3172.
- Dolonen, K.A. (2016). Selvmord blant eldre er et underkommunisert problem. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2016/03/selv-mord-blant-eldre-er-et-underkommunisert-problem>
- Engedal, K. & Haugen, P.K. (red. 2018). *Demens – sykdommer, diagnose og behandling*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse- Akademisk
- Eriksson, L. & Österman, I. (2017). Samtalsgrupper ger äldre nye kraft i livet. Hentet fra <https://www.swenurse.se/omvardnadsmagasinet/tidigare-nr/nr-03-argang-2017/samtalsgrupper-ger-aldre-ny-kraft-i-livet/>
- EY & Vista Analyse (2019). *Evaluering av fastlegeordningen*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/7cd212bf5fo642c1a5dod48of0923e6d/evaluering-av-fastlegeordningen---sluttrapport-fra-ey-og-vista-analyse.pdf>.
<https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/evaluering-av-fastlegeordningen>
- Fjell, A., Cronfalk, B.S., Carstens, N., Rongve, A., Kvinge, L.M.R., Seiger, Å., Skaug, K. & Boström A-M. (2018). Risk assessment during preventive home visits among older people. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 11; 609-620. Hentet fra <https://www.dovepress.com/risk-assessment-during-preventive-home-visits-among-older-people-peer-reviewed-article-JMDH>
- Fjellberg, A. (2018). Et demensvennlig toalett – hva er det? Hentet fra <https://www.aldringoghelse.no/alle-artikler/et-demensvennlig-toalett/>
- Fjæra, B., Willumsen, T. & Eide, H. (2010). Tannhelse hos eldre i hjemmesykepleie. *Sykepleien Forskning*. 2(5): 100-108. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2010/06/tannhelse-hos-eldre-pasienter-i-hjemmesykepleien>
- Flesland, L. (2014). Sykepleiere i pleie- og omsorgssektorens erfaringer med eldre, rusmidler og hjelpebehov. *Nordisk Sykeplejeforskning*. 1(4), 43-58.
- Folkehelseinstituttet. (2018a). *Folkehelse rapporten. Helse hos eldre i Norge*. Publisert 2014. Oppdatert 23.05.2018. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/>
- Folkehelseinstituttet. (2018b). *Folkehelse rapporten. Demens*. Publisert 2014. Oppdatert 14.05.2018. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanning. (2017). (FOR-2019-11-01-1459). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-09-06-1353>
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (2016). (FOR-2002-12-20-1731). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>
- Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom. (2015). (FOR-2018-02-14-210). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2014-12-16-1702>

- Forskrift om fastlegeordningen i kommunene. (2012). (FOR-2000-04-14-328).
Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. (2011).
(FOR-2018-04-10-556). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>
- Forskrift for sykehjem m.v. (1988). Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (FOR-2013-06-21-708). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1988-11-14-932>
- Fredwall, T.E. (2018). *Pasientforløp for personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse. En oppsummering av kunnskap*. Hentet fra http://omsorgsforskning.no/utgivelser/oppsummeringer/rus_og_psykiatri
- Frivilligsentraler (2019). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/kultur-idrett-og-frivillighet/frivillighet/innsiktsartikler/Frivilligsentraler1/id2000850/>
- Førland, O. & Skumsnes, R. (2017). *Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre. En oppsummering av kunnskap*. Hentet fra <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2476696>
- Førland, O. & Skumsnes, R. (2016). *Hverdagsrehabilitering – en oppsummering av kunnskap*. Hentet fra <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2414929>
- Gardiner, C. & Barnes, S. (2016). The impact of volunteer befriending services for older people at the end of life: Mechanisms supporting wellbeing. *Progress in Palliative Care*. 24(3), 159-164.
- Gjevjon, E.R., Linderud, S.C.W., Andersen, E., Klev, M.S., Johansen, S. & Borglin, J. (2019). SAFE avdekker funksjonssvikt hos hjemmeboende eldre. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2019/03/safe-avdekker-funksjonssvikt-hos-hjemmeboende-eldre>
- Grimsmo, A., Løhre, A., Røsstad, T., Gjerde, I., Heiberg, I. & Steinsbekk, A. (2016). Helhetlig pasientforløp – gjennomføring i primærhelsetjenesten. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 2016. Årg. 2 nr.2.
- Grøn, L. & Andersen, C.R. (2014). *Sårbarhet og handlekraft i alderdommen. Et etnografisk feltarbejde blant fagpersoner og eldre i Horsens og omegn*. Det nationale forsknings- og analysecenter for velfærd. Rapport, 9. september 2014. Hentet fra <https://www.vive.dk/da/udgivelser/saarbarhed-og-handlekraft-i-alderdommen-9035/>
- Haanes, G.G. (2016). Syn, hørsel og lysforhold hos eldre. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2016/10/syn-horsel-og-lysforhold-hos-eldre>
- Hagelin, S. & Goth, U.S. (2015). Frivillighet og sårbare grupper. *Plan*. 3-4, 63-64.
- Hansen, T. & Daatland, S.O. (2016). *Aldring, mestringsbetingelser og livskvalitet*. Oslo: NOVA.

- Haugstveit, F.V., Otnes, B., & Jensen, A. (2019). *Eldre-utfordringen kan være større for mindre kommuner*. Statistisk sentralbyrå. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/eldre-utfordringen-kan-vaere-storre-for-mindre-kommuner>
- Helsedirektoratet. (2019a). *Om Nasjonalt velferdsteknologiprogram*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/velferdsteknologi>
- Helsedirektoratet. (2019b). *Kompetanseløft 2020*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/kompetanseloft-2020>
- Helsedirektoratet. (2019c). *Etablering og drift av dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/etablering-og-drift-av-dagaktivitetstilbud-til-hjemmeboende-personer-med-demens>
- Helsedirektoratet. (2019d). *Pasientsikkerhetsprogrammet*. Hentet fra <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/>
- Helsedirektoratet. (2018). *Lindrende behandling i livets slutfase*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase>
- Helsedirektoratet. (2017a). *Nasjonal pårørendeveileder*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parendeveileder>. Oppdatert 28. jan. 2019.
- Helsedirektoratet. (2017b). *Plikt til pårørendeinvolvering og støtte*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parendeveileder/helseforetak-og-kommuners-plikter-overfor-parende/plikt-til-parendeinvolvering-og-stotte>. Oppdatert 28. jan. 2018.
- Helsedirektoratet. (2017c). *Nasjonal faglig retningslinje for demens*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>
- Helsedirektoratet. (2015a). *Fysisk aktivitet. Kartleggingsrapporter*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/fysisk-aktivitet-kartleggingsrapporter>
- Helsedirektoratet. (2015b). *Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt – å skape liv til dagene*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/palliasjon>
- Helsedirektoratet. (2015c). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>
- Helsedirektoratet. (2013). *Beslutningsprosesser ved begrenning av livsforlengende behandling*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019a). *Folkehelsemeldinga. Gode liv i eit trygt samfunn*. (Meld. St. 19 (2018 – 2019)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019b). *Åvtale mellom regjeringen og KS om innføring av helsefelleskap for å skape en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/avtale-mellom-regjeringen-og-ks-etablerer-19-helsefelleskap/id2674825/>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019c). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen (2019-2023)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018a). *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*. (Meld. St. 15 (2017-2018).) Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018b). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2017*. (Meld. St. 11 (2018-2019)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d7c5775978234d4f932e341b4e1850e1/no/pdfs/stm20182019001100odddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015a). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. (Meld. St. 26 (2014-2015)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015b). *Demensplan 2020. Et mer demensvennlig samfunn*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffbo2a203da/demensplan_2020.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg*. (Meld. St. 29 (2012-2013)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (St.meld.nr. 47 (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4foe16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm20082009004700odddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). *Mestring, mulighet og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. (St.meld.nr. 25 (2005-2006)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/16e3982ode5c485da382fd99165afaf7/no/pdfs/stm20052006002500odddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet, Frivillighet Norge og KS. *Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet (2015-2020)*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/4458634b21274b349a602c9a0off116f/nasjonal_strategi_frivillighet.pdf
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. (LOV-2019-06-21-45). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hermansen, M. (2015). Samarbeidskultur – ikke bare nye organisasjonsmodeller. *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 19, 135: 1797.
- Hjelle, K.M., Skutle, O., Alvsvåg, H. & Førland, O. (2018). Reablement teams' roles: a qualitative study of interdisciplinary teams' experiences. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2018 Jul 3; 11: 305-31.

- Husebø, B.S., Erdal, A., Kjellstadli, C. & Bøe, J.B. (2017). *Helsehjelp til eldre. Kunnskapsoppsummering*. Senter for alders- og sykehjemsmedisin. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/fellesdok/levehelelivet/kunnskapsoppsummering/011017_kunnskapsoppsummering_helsehjelp_sefas.pdf
- Hvidt, E.A., Ammentorp, J., Søndergaard, J., Timmermann, C., Hansen, D.G. & Hvidt, N.C. (2018). Developing and evaluating a course programme to enhance existential communication with cancer patients in general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 36(2), 142-151.
- Høvik, M., Kienlin, S. & Berg, G.V. (2017). Palliative forløp kan gjøres bedre. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2017/08/palliative-forlop-kan-gjores-bedre>
- Isaksen, J., Ågotnes, G., Fagertun, A., Jacobsen, F.F. & Obstfelder, A. *Følgforskning på «Trygghetsstandarden»*. Senter for omsorgsforskning Rapportserie nr. 4/ 2018. Hentet fra https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2581225/Trygghetsstandarden_160119.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Jakobsen, S.E. (2019). Mange planlegger å dø hjemme, men svært få får muligheten. Intervju med Bettina Husebø. Hentet fra <https://forskning.no/sykepleie/mange-planlegger-a-do-hjemme-men-svaert-fa-far-muligheten/1277514>
- Jokstad, K., Landmark, B.T., Hauge, S. & Skovdahl, K-I. (2016). Eldres erfaring med hverdagsrehabilitering. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 2(3), 212-221.
- Kersten, H. (2018). Økende polyfarmasi blant eldre. *Norsk Farmaceutisk Tidsskrift*. Nr. 1. Hentet fra <https://www.farmatid.no/artikler/nyheter/okende-polyfarmasi-blant-eldre>
- Kjellstadli, C., Husebø, B.S., Sandvik, H., Flo, E. & Hunnskaar, S. (2018). Comparing unplanned and potentially planned homed deaths: a population-based cross-sectional study. *BMC Palliative Care*. 17, 69.
- Kjølseth, I. (2016). Magasinet *Psykisk helse*. Hentet fra <https://psykiskhelse.no/bladet/2016/eldres-selv-mord-er-tabu>
- Klausen, R.K. (2017). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid. En oppsummering av kunnskap*. Hentet fra http://omsorgsforskning.no/utgivelser/oppsummeringer/brukermedvirkning_i_psykisk_helsearbeid
- Kløe, M. & Kjøs, B.Ø. (2012). Kunstterapi som dagaktivitetstilbud for yngre hjemmeboende personer med demens og kognitiv svikt. Hentet fra <https://www.utviklingssenter.no/kunstterapi-for-hjemmeboende-personer-med-demens.5028112-176084.html>
- Kolodziejczak, K., Charité, A.R., Drewelies, J., Düzel, S., Eibich, P., Tefeler, C., Wagner, G.G., Charité, K.M.B., Ram, N., Demuth, I., Steinhagen, E. & Gerstorff, D. (2019). Sexual Activity, Sexual Thoughts, and Intimacy Among Older Adults: Links With Physical Health and Psychosocial Resources for Successful Aging. *Psychology and Aging*. 34(3), 389-404.

- KS. (2016). *Velferdsteknologiens ABC*. Hentet fra <https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/velferdsteknologi3/velferdsteknologiens-abc---opplaringspakke-til-kommunene/>
- Kulturdepartementet. (2018). *Frivilligheita – sterk, sjølvstendig, mangfaldig — Den statlege frivilligheitspolitikken*. (Meld. St. 10 (2018–2019)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/82a9eff104b3441d92c04198370a0724/nn-no/pdfs/stm201820190010000dddpdfs.pdf>
- Laksforsmo, J.D. (2016). *En kvalitativ studie basert på fortellingene fra fire pensjonerte kvinner med synshemming*. Masteroppgave. NTNU. Hentet fra <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/2453232>
- Landmark, B.F., Almås, E., Brurberg, K.G., Haaland, W., Svendsen, K.O. & Tollefsen, M.F. (2012). *Effekter av seksualterapeutiske intervensjoner for seksuelle problemer*. Kunnskapssenteret Rapport nr. 2. Systematisk oversikt. Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2012/revidert_rapport_2012_seksuell_helse.pdf
- Lewis, W.T., Harrison, R., Hanly, L., Psirides, A., Zammit, A., McFarland, K., Dawson, A., Hillman, K., Barr, M. & Cardona, M. (2019). End-of-life priorities of older adults with terminal illness and caregivers: A qualitative consultation. *Health Expectations*. 22, 405–414.
- Liimatta, H., Lampela, P., Laitinen-Parkkonen, P. & Pitkala, K.H. (2019). Effects of preventive home visits on health-related quality-of-life and mortality in home-dwelling older adults. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 37(1), 90–97.
- Lindgren, S.A. & Nikolaisen, A-I. (2018). Aktive eldre lever lenger. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2018/01/aktive-eldre-lever-lenger>
- Lunde, S.A.E. (2017). Individual care plan at the palliative stage – helping relatives to cope. *Sykepleien Forskning*. Hentet fra <https://sykepleien.no/en/forskning/2017/12/individual-care-plan-palliative-stage-helping-relatives-cope>
- Lydersen, K., Skaarseth, I.S. & Rødseth, E. (2019). Frivillighet og eldreomsorg i Tromsø kommune. *Nordlys. Nordnorsk debatt*. Hentet fra <https://nordnorskdebatt.no/article/frivillighet-eldreomsorg-i>
- McCabe, M., You, E. & Tatangelo, G. Hearing Their Voice: A Systematic Review of Dementia Family Caregivers' Needs. *Gerontologist* 2016; 56: e70–e88.
- McCormack, B. & McCance, T. (ed. 2017). *Person-Centered Practice in Nursing and Health Care. Theory and Practice*. Second ed. Oxford:Wiley Blackwell
- Mehta, A. & Chan, LS. (2008). Understanding of the Concept of “Total Pain”. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 10(1), 26–32.
- Melby, L., Das, A., Halvorsen, T. & Steihaug, S. (2017). *Evaluering av tjenestetilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg*. Rapport. SINTEF. Hentet fra https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/avdelinger/helse/20.3.17-rapport-lindrende-behandling_revidert-i-versjonsbeskrivelse-og-i-5.2-002.pdf

- Moe, A., Enmarker, I., & Hellzén, O. (2012). Daily Life for Chronically Ill Oldest Old Persons. *Nursing Reports* 2012; volum 2:e8.
- Myhrer, T., Haugen, H.H., Willumsen, T. & Bergland, A. (2014). Tannhelse og livskvalitet hos personer etter hjerneslag. *Sykepleien Forskning*. 2(9): 114-122. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2014/05/tannhelse-og-livskvalitet-hos-personer-etter-hjerneslag>
- Nasjonal helse- og sykehusplan (2019). Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Nasjonalt Kompetansesenter for kultur, helse og omsorg. Hentet fra <https://kulturoghelse.no/>
- Nasjonalt kompetansetjeneste Aldring og helse (2019). Hentet fra <https://www.aldringoghelse.no/>
- Nesheim, B-I. (2018). Eldre og sex. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/seksuell-helse/aktuelt/eldre-og-sex>
- Ness, T.M., Enmarker, I. & Hellzén, O. (2013). Experiences of being old and receiving home nursing care. Older South Sami narrations of their experiences. – An interview study. *Open Journal of Nursing*. 3, 1-7.
- Ness, T.M. & Hellzén, O. (2011). *Eldre sørsamers opplevelse av å være gammel*. Rapport nr 78. Steinkjer: Høgskolen i Nord-Trøndelag.
- Nicolaisen, M. (2017). Ensomhet kan være helseskadelig. *Aldring og Helse*. Hentet fra <https://www.aldringoghelse.no/alle-artikler/ensomhet-kan-v%C3%A6re-helseskadelig/>
- Nordtug, B., Krokstad, S. & Holen, A. (2010). Personality features, caring burden and mental health of cohabitant partners with chronic obstructive pulmonary disease or dementia. *Aging & Mental Health*, 15(3), 318-326.
- Norsk sykepleierforbund. (2016). Høringssvar 01.07.2016. til Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/contentassets/do6bo4efa34947bda513e3ee7beaaa84/norsk-sykepleierforbund.pdf?uid=Norsk_sykepleierforbund
- NOU 2018:16 (2018). Det viktigste først - Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester
- NOU 2017:16 (2017). På liv og død. Palliasjon til alvorlig syke og døende. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-16/id2582548/>
- NOU 2016:18. (2016). Hjertespråket – Forslag til lovverk, tiltak og ordninger for samiske språk. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-18/id2515222/>
- Novais, T., Dauphinot, V., Krolak-Salmon, P. & Mouchoux, C. How to explore the needs of informal caregivers of individuals with cognitive impairment in Alzheimer's disease or related diseases? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *BMC geriatr* 2017; 17: 86.
- Nylenna, M. (2018). Frivillige forpliktelser. *Vårt Land*. 14. desember. Hentet fra <http://www.verdidebatt.no/innlegg/11750099-frivillige-forpliktelser>

- Olsen, R.M., Ness, T.M. & Devik, S.A. (2017). *Fall og pasientsikkerhet blant eldre i kommunene. En oppsummering av kunnskap*. Hentet fra http://omsorgsforskning.no/utgivelser/oppsummeringer/fall_og_pasientsikkerhet
- Olsen, R.M. & Devik, S.A. (2016). *Legemiddelbruk og pasientsikkerhet. En oppsummering av kunnskap*. Hentet fra http://omsorgsforskning.no/utgivelser/oppsummeringer/legemiddelbruk_og_pasientsikkerhet
- Ousdal, C.K. (2018a). Eldre kan dø av dårlig tannhelse. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2018/10/eldre-kan-do-av-darlig-tannhelse>
- Ousdal, C.K. (2018b). Vi har ikke råd til å nedprioritere tannstellet. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2018/11/vi-har-ikke-rad-til-nedprioritere-tannstellet>
- Panza GA, Taylor BA, MacDonald HV, Johnson BT, Zaleski AL, Livingston J, et al. Can Exercise Improve Cognitive Symptoms of Alzheimer's Disease? A Meta-Analysis. *J Am Geriatr Soc*. 2018.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-2019-12-20-104). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pedersen, K.R. & Evju, A.S. (2018). Sett helsefremmende sykepleie på timeplanen. *Geriatrisk Sykepleie*. 1, 24-27.
- Pelikan, J.M., Röthlin, F. & Ganahl, K. (2012). *Comparative report on health literacy in eight EU- member states*. The European Health Literacy Survey HLS-EU. HLS-EU Consortium. Hentet fra https://cdm1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/135/2015/09/neu_rev_hls-eu_report_2015_05_13_lit.pdf
- Pihl, E. (2014). Sansesvikt i eldre år (kap 20). I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A.H.. *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s. 286-300). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Ranhoff, A.H. (2014). Den gamle pasienten. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A.H. (2014). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s. 79-91). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Regjeringen. (2017). *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf
- Rønsen, A. (2020). *Palliativ omsorg i kommunene. En oppsummering av kunnskap*. Omsorgsbiblioteket. Hentet fra <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmliui/handle/11250/2636784>
- Samisk statistikk. (2016). Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/samisk-statistikk-2016>
- Sandmoe, A. (2018). Eldre utsettes for overgrep – hva så? Hentet fra <http://tidliginnsats.forebygging.no/Artikler--Kronikker/Eldre-utsettes-for-overgrep---hva-sa/>
- Satizabal, C.L., Beiser, A.S., Chouraki, V., Chêne, G., Dufouil, C., & Seshadri, S. (2016). Incidence of dementia over three decades in the Framingham Heart Study. *New England Journal of Medicine*, 374(6), 523-532.

- Senter for omsorgsforskning, SOF. (2019). Hentet fra <http://www.omsorgsforskning.no/>
- Skarli, J. (2018). *Etablering og gjennomføring av dag-, aktivitets- og treningstilbud til personer med neurologiske skader og sykdommer. En oppsummering av kunnskap.* Hentet fra <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2492802>
- Skjøstad, O., Hjemås, G. & Beyer, S. (2017). 1 av 5 nyutdanna sykepleiere jobber ikke i helsetjenesten. *SSB*. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/1-av-5-nyutdanna-sykepleiere-jobber-ikke-i-helsetjenesten>
- Smebye, K.L. (2018). Personer med demens er beslutningsdyktige. Hentet fra <https://www.aldringoghelse.no/alle-artikler/personer-med-demens-som-beslutningstakere/>
- Spreadbury, J.H. & Kipps, C. (2017). Measuring younger onset dementia: What qualitative literature reveals about the 'lives experience' for patients and caregivers. *Dementia* 1: 147130126684401.
- Staats, K., Grov, E.K., Husebø, B. & Tranvåg, O. (2019). Hva styrker verdigheten til kreftsyke kvinner som ønsker å dø hjemme? *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2019/06/hva-styrker-verdigheten-til-kreftsyke-kvinner-som-onsker-do-hjemme>
- Statistisk Sentralbyrå (2019). Sjukeheimar, heimetjenester og andre omsorgstenester. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie>
- Steffensen, S.E. (2017). Eldre og psykiske lidelser. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. Hentet fra <https://www.napha.no/content/14606/Eldre-og-psykiske-lidelser>
- Steffensen, S.E. (2015). Helsetilstanden hos asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente. Hentet fra <https://www.napha.no/content/13960/Helsetilstanden-hos-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente>
- Strøm, B.S., Benth, J.S. & Engedal, K. (2018). Impact of the Sonas Programme on Communication over a Period of 24 Weeks in People with Moderate-to-Severe Dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 8, 238-247.
- Strøm, B.S., Ytrehus, S. & Grov, E-K. (2016). Sensory stimulation for persons with dementia: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*. 25, 1805-1834.
- Sudmann, T.T. (2017). *Aktivitet og fellesskap for eldre. Oppsummering av kunnskap.* Senter for omsorgsforskning rapportserie. 6/2017. Høgskulen på Vestlandet. Hentet fra https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2478286/rapport_06_2017_hq.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Svendsen, L.F.H. (2015). *Ensombhetens filosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Svendsen, A.M. (2013) *Myosotis. Forglemmegei. Om ensombhet og lengsel*. Masteroppgave ved Det Teologiske Menighetsfakultetet.
- Söderhamn, U., Landmark, B., Aasgaard, L., Eide, H. & Söderhamn, O. (2012) Volunteering in dementia care. *Journal of Multidisciplinary Health-care* 5, 61-67.

- Sørly, R. (2017). Brukermedvirkning i demensomsorgen. Hentet fra <http://omsorgsforskning.no/utgivelser/oppsummeringer/brukermedvirkning-i-demensomsorgen>
- Teigen, S. (2017). Palliasjon i hjemmet. *Hvordan styrke hjemmesykepleien til bedre ivaretagelse av mennesker som ønsker å tilbringe siste tiden hjemme*. Sluttrapport. USHT Hordaland. Rapport 1/17. Hentet fra <https://www.utviklingssenter.no/palliasjon-i-hjemmet.5778175-179664.html>
- Telenius, E., Granbo, R., Helbostad, J. & Langhammer, B. (2019). Slik kan beboere på sykehjem bli mer aktive. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2019/01/slik-kan-beboere-pa-sykehjem-bli-mer-aktive>
- Telenius, E.W. (2016). Effects of a high intensity functional exercise program in nursing home residents with dementia. Avhandling. Det medisinske fakultet. Universitetet i Oslo.
- Tevik, K., Selbæk, G., Engedal, K., Seim, A., Krokstad, S. & Helvik, A-S. (2017). Bruk av alkohol og vanedannende legemidler blant eldre. *Demens & Alderspsykiatri*. 21(4), 35-38.
- Tevik, K. & Helvik, A-S. (2016). Morgendagens eldre: «Fra kamferdrops til champagne og vin?» *Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse*. Hentet fra http://www.forebygging.no/Global/Morgendagens%20eldre_Fra%20kamferdrops%20til%20vin%20og%20champagne%20til%20publisering.pdf
- Thomsen, L.H., Linnerud, E., Klev, M.S. & Stykket, K.N. (2019) «KlinObsKommune» - trinn for trinn bygger vi opp klinisk observasjonskompetanse! Hentet fra <https://www.utviklingssenter.no/iklinobskommuner-trinn-for-trinn-bygger-vi-opp-klinisk-observasjonskompetanse.6253247-176140.html>
- Thorsen, K. & Clausen, S-E. (2009). Hvem er de ensomme? Hentet fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/hvem-er-de-ensomme>
- Tuntland, H. & Ness, N.E. (2014). *Hverdagsrehabilitering*. Oslo: Gyldendal forlag
- Tyrholm, B.V., Kvangarsnes, M. & Bergen, R. (2016). Mellomlederes vurdering av kompetansebehov i sykepleie etter samhandlingsreformen. Kpt 8. I Kvangarsnes, M., Håvold, J.I. & Helgesen, Ø. (red.). *Innovasjon og entreprenørskap*. Oslo: Universitetsforlaget. Tilgjengelig gjennom open access: <https://www.idunn.no/innovasjon-og-entreprenørskap>
- Tøien, M. (2018). *An exploration of how long-term preventive home visits affect older persons' health and possibility for a good life in their own homes Users' and service-providers' perspectives*. Masters Thesis. Institute of Health and Society, Department of Nursing Science, University of Oslo. Hentet fra <https://www.duo.uio.no/handle/10852/67942>
- Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, USHT. (2019). Hentet fra <https://www.utviklingssenter.no/>
- Verdighetsgarantien. (2011). Forskrift om en verdig eldreomsorg. (FOR-2013-01-17-61). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>

- Vestby, G.M., Brattbakk, I. & Norvoll, R. (2017). *Lytt til senioren! Utprøving av medvirkningsmodell for aldersvennlige lokalsamfunn*. Samarbeidsrapport NIBR/AFI 2017. Hentet fra <http://www.hioa.no/Om-OsloMet/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NIBR/Publikasjoner/Lytt-til-seniorene>
- Viken, O. & Ertner, L. (2010). Prosjekt Aktiv Omsorg. Taktil Stimulering tilpasset personer med demens. Hentet fra <https://www.utviklingscenter.no/taktil-stimulering-tilpasset-personer-med-demens.4911752-176092.html>
- Weberg, M. & Almquist, F. (2017). *Helsestasjon for eldre: Sluttrapport*. Oslo: Kirkens Bymisjon. Hentet fra https://kirkensbymisjon.no/content/uploads/2017/12/ENDELIG_rapport-helsestasjon-15.12.17_stor.pdf
- WHO. (2019). World Health Organization. *What is Healthy Ageing?* Hentet fra <https://www.who.int/ageing/healthy-ageing/en/>
- Wittink, H. & Oosterhaven, J. Patient education and health literacy. *Musculoskeletal Sci Pract*. 2018 Dec;38:120-127. doi: 10.1016/j.msksp.2018.06.004. Epub 2018 Jun 27. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30017902>
- Wyller, T.B. (2015). *Geriatrici. En medisinsk lærebok*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Øderud, T. & Moen, A. (2018). Velferdsteknologi som verktøy for aktivitet og hverdagsmestring. *Fysioterapeuten*. 9, 11-13. Hentet fra <https://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Fagartikler/Velferdsteknologi-som-verktoey-for-aktivitet-og-hverdagsmestring>
- Øverli, I.T., Bergman, S.H. & Finstad, A.K. (2017). «Om du tør å spørre, tør folk å svare»: Hjelpeapparatets og politiets erfaringer med vold i nære relasjoner i samiske samfunn. Oslo: *Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress*. (Rapport 2/2017). Hentet fra <https://www.nkvt.no/rapport/om-du-tor-a-sporre-tor-folk-a-svare-hjelpeapparatets-og-politiets-erfaringer-med-vold-i-naere-relasjoner-i-samiske-samfunn/>
- Åberg, P. (2018). Att lära, umgås och må bra som äldre: Studiecirkeldeltagande och sociala aspekter av lärande. Hentet fra <http://socialmedicinsktdskrift.se/index.php/smt/article/view/1801>

Publikasjoner i serien

- **Et aldersvennlig Norge**
Frode F Jacobsen, Astrid Ouahyb Sundsbø
- **Aktivitet og fellesskap**
Marianne Eliassen, Trude Hartviksen
- **Mat og måltider**
Line Melby, Eliva Atieno Ambugo
- **Helsehjelp til eldre**
Betty-Ann Solvoll, Siri A Devik, Bente Irene Løkken,
Aud Moe
- **Sammenheng og overganger i tjenestene**
Terje Emil Fredwall, Bjørg Dale, Elin Rogn
Nielsen, Benedicte Sørensen Strøm
- **Styring og ledelse, forbedringsarbeid og innovasjon**
Kathrine Cappelen, Liv Jorunn Solstad, Nina Beate
Andfossen, Trude Anita Hartviksen, Siri Andreassen Devik

