

TIDSSKRIFTET aldring og helse

AKTUELT – Eldresamfunnet

FAG – Omsorg i bilder

YTRING – Når 73 blir det nye 65



AKTUELT TEMA:
Med framtida i sikte

4



10



20



27



AKTUELT

- 4 Folkehelse handler ikke bare om når vi dør, men hvordan vi lever
Portrett av Mina Gerhardsen
- 8 Befolkningen eldes
– Blir besteforeldre en byrde eller en ressurs?
- 10 Treffsikker frivillighet
Reportasje fra Hægelandshemen omsorgssenter
- 14 Rom for aldring
- 16 Målrettet satsing: Hybel i særklasse
- 20 Neste generasjon omsorgsboliger

INFORMASJON

- 39 Demensomsorgens ABC, perm 2 – fortsettelsen

YTRING

- 22 73 er det nye 65
Kronikk, Siri Høivik Storeng
- 24 Nasjonalforeningen har ordet: Kampen om eldresaken
Generalsekretær Mina Gerhardsen
- 25 Eldre og menneskerettighetene
Kommentar, Kirsten Thorsen

FAGARTIKKEL

- 27 Demensomsorg i bilder
Nadia Jdaini

FAGLIG REFLEKSJON

- 32 Å miste sin nærmeste: Å tape et «vi» og seg selv
Kirsten Thorsen, Signe Tretteteig

VITENSKAP

- 35 Disputas – Adelheid Hummelvoll Hillestad
- 36 Disputas – Inger-Lise Magnussen
- 37 Disputas – Mette Tøien
- 38 Disputas – Alka Rani Goyal



Bærekraftig omsorg

Hva bør vektlegges i utformingen av morgendagens eldreomsorg? Kvalifisert personale eller teknologiske løsninger? Omsorg på institusjon eller hjemmebasert hjelp og behandling? Flere ansatte eller økt frivillighet? Eller ja takk, en kombinasjon av alt dette?

Sikkert er det at nye tanker må tenkes hvis samfunnets eldste skal få beholde eller øke sitt livskvalitetsnivå. Andelen eldre i befolkningen vil øke, og fortsette å øke i uoverskuelig framtid. Mange eldre vil være friskere enn før, flere får samtidig et økt hjelpebehov i den siste delen av livet, ikke minst på grunn av demens. Hva vil det kreve av samfunnet? Hvem skal sørge for de ressurser som trengs når mer enn hver tredje innbygger skal forsørges eller får behov for velferdstjenester?

Flere sykehjemsplasser løser ikke de enorme utfordringene alene. Det må etableres nye og bærekraftige løsninger for hvordan de som trenger mye hjelp og støtte skal bo, og hvordan omsorg skal organiseres. Snarere enn å frykte framtida, bør vi gå sammen for å sikre en aldrende befolkning verdige, trygge og meningsfulle dager.

Bente Wallander
redaktør

bente.wallander@aldringoghelse.no



UTGIVER
Nasjonal kompetansetjeneste
for aldring og helse
tidsskriftet@aldringoghelse.no
www.aldringoghelse.no

LAYOUT/TRYKK
BK Grafisk, Sandefjord (TAa)

Det redaksjonelle arbeidet er
avsluttet 2. september 2019.



ABONNEMENT
Aldring og helse
Tlf: 33 34 19 50
tidsskriftet@aldringoghelse.no

TIDSSKRIFTET ALDRING OG HELSE
utkommer fire ganger i året.

Abonnement koster per år:
Norge: kr 420
Norden: kr 500
Skriftlig oppsigelse.

Forside:
Fra v.: Gunnar Hansen,
Øystein Frustøl og
Karl Enersen.
Foto: Martin Lundsvoll



– Folkehelse handler ikke bare om når vi dør, men hvordan vi lever

Bente Wallander (tekst)

Martin Lundsvoll (foto)

Mina Gerhardsen mener at samfunnet må dreie sin innsats fra å ville rette opp dårlig helse til å forebygge den. – Vårt oppdrag er å jobbe for god folkehelse. Når vi ser at sosial ulikhet skaper store helsemessige forskjeller må vi også snakke om det, sier den nye lederen for Nasjonalforeningen for folkehelsen.

Mina Gerhardsen er fortsatt fersk i rollen som generalsekretær da intervjuet finner sted, men engasjementet for saken er så avgjort til stede.

– Nordmenn lever stadig lengre. Det er et gode, men livsforlengelsen innebærer samtidig økt risiko for dårlig helse og ensomhet blant våre eldste. Flere får demens og vi vil trenge økt

satsing på kunnskap og utbygging av helsetilbud for å møte dette. Mobilisering av frivillige er en viktig del av løsningen, understreker hun.

Familiære forbilder

Mina vokste opp på Stovner i Oslo. Hun er datter av arbeiderpartipolitikere Tove Strand og Rune Gerhardsen og barnebarn av «Landsfader» Einar Gerhardsen (Ap), norsk statsminister i tre perioder mellom 1945 og 1965.

– Jeg kommer fra et engasjert hjem, vi lærte tidlig verdien av å bry seg og bidra til samfunnet.

Mina var bare elleve år gammel da moren ble sosialminister (1986-89) i Gro Harlem Brundtlands regjering. Noen år senere ble hun arbeids- og administrasjonsminister (1990-92). Faren Rune var på sin side byrådsleder i Oslo fra 1992 til -97.

– Jeg er fryktelig stolt, både av bestefedrene mine (den andre bestefaren var ordfører på Kongsvinger) og øvrige familiemedlemmers innsats i samfunnslivet. Så når folk sier at jeg likner på moren min, tar jeg det som et kompliment. Mamma fikk tross alt gjennom den første norske røykeloven i 1988, hun er ikke noe dårlig forbilde. Røykeloven er vel noe av det som i nyere tid har fått størst positiv betydning for folkehelsen.

Navn	Mina Gerhardsen
Alder	Blir 44 i september
Familie	Gift med Eirik Øvre Thorshaug. To døtre, åtte år gamle Alba og elleve år gamle Alde
Bor	Sandaker, Oslo
Aktuell	Ny generalsekretær i Nasjonalforeningen for folkehelsen



Et organisasjonsmenneske

Etter videregående skole tok Mina hovedfag i pedagogikk og samfunnsgeografi, begge ved Universitetet i Oslo. Hun hadde også studieopphold i USA, Australia og Irland.

– Jeg begynte med samfunnsgeografi, men trengte et mellomfag til for å gjøre ferdig graden. Pedagogikk viste seg å være så spennende at jeg heller tok hovedfag i det først. Det handler om læring og motivasjon. Å forstå at vi er forskjellige, at vi har veldig ulike ting som trigger oss. Slikt er viktig å vite når man skal lede en frivillig organisasjon.

Den engasjerte 43-åringen er også et organisasjonsmenneske.

– Det har jeg vært siden jeg som 13-åring fikk lov til å melde meg inn i AUF og Natur og ungdom. Det ligger mye lærdom i å ville gjøre nærmiljøet eller verden litt bedre. Den opplevelsen og gleden du kan kjenne når du har kjempet og fått til noe, gjerne etter å ha vært litt

▲
– Sjansene vi får her i livet er så ulike. Det er ganske oppsiktsvekkende, vi tror vi er gode på likhet og likevel viser forskningen at forskjellene blir stadig større, påpeker Mina Gerhardsen.

i «krigen» sammen. Å bidra til å gjøre en forskjell. Det gir et fantastisk fellesskap!

Om frivillighetens oppgaver i norsk eldreomsorg sier hun:

– Det offentlige skal ha ansvaret og passe på at alt som skal være på plass er på plass, men frivilligheten kan bidra med noe ingen andre kan. Verdien av at folk er der fordi de har valgt det selv, at de har lyst til å bruke tida si på slik innsats, er stor. Vi kan være og tilby noe annet enn de som arbeider der!

Fra journalistikk til politikk

Sin egen yrkeskarriere innledet Mina som vikar og frilansjournalist i Dagbladet.

– Der fikk jeg ingen fast stilling, så min første faste jobb var i Norges Røde Kors. Først arbeidet jeg med kommunikasjon, senere som rådgiver for organisasjonens daværende generalsekretær, Jonas Gahr Støre.

Etter valget i 2005 ble hun en del av regjeringsapparatet i Jens Stoltenbergs (Ap) andre regjering. Mina var både politisk rådgiver (2004–09) og statssekretær (2009–12) ved Statsministerens kontor, og deretter i ett år statssekretær i kulturdepartementet. De neste fire årene var hun generalsekretær i rusfeltets samarbeidsorgan Actis og kommunikasjonsdirektør i Norad.

– Men da stillingen som generalsekretær i Nasjonalforeningen for folkehelsen ble ledig klarte jeg ikke å la være å søke, forteller hun. – Miksen av frivillighet og folkehelse. Det er så spennende!

Oppsiktsvekkende forskjeller

Mina Gerhardsen har selv opplevd demenssykdom i familien.

– Med det omfanget demenssykdommene har og vil få, vil de fleste blir berørt på et eller annet vis.

Å finne en kur mot demens opptar henne, det samme gjør innsats som kan forebygge demenssykdom.

– Vi vet at det som er bra for hjertet også er bra for hjernen, men det må gjøres lettere for folk å ta gode valg, vi kan ikke basere oss på informasjonskampanjer. Forebygging av dårlig helse vil alltid være bedre enn oppretting, alt kan heller ikke rettes opp. Mitt og Nasjonalforeningens mål er derfor å arbeide for at vi skal få flere leveår – med god helse hele veien.

Stigende gjennomsnittsalder innebærer imidlertid ikke at alle lever lenger.

– Sjansene vi får her i livet er så ulike. Målt i livslengde er det nå snakk om 14 års forskjell i forventet levealder mellom menn øverst og nederst på lønnsstigen. Det er ganske oppsiktsvekkende, vi tror at vi er så gode på likhet og likevel viser forskningen at forskjellene blir stadig større, påpeker hun.

– Dette ser man blant annet på sykdomsbildet, hvem som rammes av hva. Vi kan ikke slå oss til ro med at sosial posisjon, enten vi måler det med antall studieår eller lønnstrinn, får så stor betydning for folks liv og helse. Det er ikke bare snakk om når man dør, men hvordan man lever!

For den nye generalsekretæren synes det dobbelt urettferdig at mennesker som lever under dårligere kår, med færre livssjanser, også opplever mere sykdom og økt sjanse for tidlig død.

– Mye ligger utenfor helsevesenet og forskjellene oppstår tidlig. Men vårt oppdrag er å jobbe for god folkehelse. Når vi ser at ulikhet skaper dårlig helse må vi våge å snakke om det!

«Mye ligger utenfor helsevesenet og forskjellene oppstår tidlig.»

Viktig valgkamp

Med sin politiske bakgrunn vet Mina Gerhardsen at man kan påvirke utviklingen. Kontorveggen hennes prydes derfor av en oversikt over Nasjonalforeningens hjertesaker før høstens valg. Uthevet er: GPS til personer med demens, skolemat til alle, fysisk aktivitet i skolen og rimelig/gratis utlån av lokaler til frivillige organisasjoner.

– Alle partier er for økt bruk av GPS-teknologi som et hjelpemiddel ved demens, men offisielle tall viser at bare litt over én prosent av befolkningen med demens har tilgang. Det er for dårlig, særlig når vi vet hva det betyr for livskvaliteten til personer med demens og deres pårørende. Tryggheten ved å vite at man kan bli funnet igjen fort hvis man skulle gå seg bort er viktig, både for pårørende til personer med demens, hjemmeboende med demens og beboere på institusjon. Ved økt bruk av GPS kunne vi slippe å låse folk inne.

For å underbygge alvoret siterer Mina tall som viser at seks av ti personer med demens vil gå seg bort minst én gang.

– Medlemmene av Nasjonalforeningens Erfaringspanel forteller at de bruker GPS-teknologi, og at de fleste har knyttet denne opp til en pårørende-telefon. Det er én mulig løsning, men av hensyn til de pårørende skulle vi ønske at flere ble koblet til alarmsentraler. Alle har heller ikke nære pårørende som kan rykke ut ved en slik alarm, sier hun.

Det andre viktige aspektet ved GPS er for Nasjonalforeningen ressursbruk. Privat så vel som offentlig:

– Politiet, ansatte i helse- og omsorg, familie og frivillige; alle bruker store ressurser på å lete. Det er mange mulige gevinster i økt bruk av GPS, mener hun.

– Et motargument vi hører fra kommunene er at det er problematisk med bredbåndsdekning. Men fra Telenor får vi beskjed om at det er 99,8 prosent dekning i områder der det bor folk. Teknologien finnes, det er med andre ord verken den eller bredbåndsdekningen det skorter på.

Nå må vi komme i gang og løse dette på den ene eller andre måten, sier hun.

Bedre oppfølging etter diagnose

Demensplanene (2015 og 2020) har vært viktige milepæler på demensområdet. Nasjonalforeningen er fornøyd med at Regjeringen har varslet en tredje plan på området; Demensplan 2025, og den nye generalsekretæren har pekt seg ut tre hovedområder hun selv ønsker å påvirke:

– Folk beskriver fortsatt tiden etter at de har fått en demensdiagnose som et sort hull. For mange kan det gå flere år fra diagnosen settes til de får behov for omsorgstjenester. I mellomtida må de google seg fram til svar på ting de lurer på, som spørsmål vedrørende jobb, bolig og økonomi. Vi er opptatt av at personer med demens og deres nære ikke skal stå alene i dette. Halvparten av dem som har demens bor faktisk hjemme. Dersom de får støtte, vil de mestre hverdagen bedre og kan leve best mulig med sykdommen. I dette ligger også at alle skal få en diagnose. Det er i dag alt for mange som ikke diagnostiseres fordi det ikke finnes kurativ behandling.

Tilpasset tilrettelegging

Nasjonalforeningens innsatsområder har allerede «krøpet» henne under huden.

– Jeg har flinke fagfolk rundt meg og veldig god hjelp. Det finnes så mye god kompetanse på huset.

Her, som ellers i samfunnet, har man ulike preferanser.

– Vi er alle så forskjellige, det er derfor viktig at tilbudene som gis til personer med demens tilpasses den enkelte. Noen foretrekker håndarbeid og kaffeprat, andre vil gjøre noe helt annet. Jeg snakket nettopp med en sprek 50-åring som fram til nå har vært med i ei aktiv løpegruppe. Etter å ha flyttet opplevde hun at det lokale turtilbudet var ei turgruppe der flere går med rullator.

– Dette viser hvor viktig det er med et aktivitetstilbud tilpasset et mangfold, slik at folk kan beholde det de setter pris på i hverdagen så lenge som mulig, enten det er å gå tur, løpe, synge i kor eller sitte på kafé. For å få til dette må kommunene jobbe på lag med frivilligheten.

Bare forskning kan stoppe demens

Det tredje hovedområdet Nasjonalforeningen brenner for i den nye Demensplanen er forskning.

– Forebygging er viktig, men det er forskning som er løsningen. Vi vet i dag ikke hvorfor folk blir syke og har heller ingen behandling. Det må komme en nasjonal satsing på demensforskning på et helt annet nivå enn i dag, sier Mina. Organisasjonen har store forventninger til den nye planen.

– Vi har tidligere hatt én som var god på system og én som var god på medvirkning. Nå ønsker vi oss en plan som er god på begge deler, sier Mina.

– Bevisstgjøring er viktig. Den må på plass hvis vi skal få et demensvennlig samfunn. Om alt fra universell utforming til økt allmennkunnskap.

Nasjonalforeningens egen Demensvenn-ordning har hele 8 000 registrerte venner til nå – inkludert hele Regjeringen. Ofte er det heller ikke så mye som skal til for å gjøre hverdagene så mye bedre for så mange. At vektere og folk som jobber i butikk får vite mere om demens og hvordan mennesker med demens kan møtes på en god måte, kan for eksempel påvirke mye.

Mye skrives og uttales for tida om forebygging av sykdom, inklusive demens. Hvis man følger alle råd kan man få inntrykk av at livet selv stiller garanti om mange gode år, fri for sykdom.

– Det er likevel ikke sånn at sykdom er din egen feil. Det er viktig å ha åpenhet rundt dette, for vi vet at sykdommer som KOLS og kognitiv svikt kan utløse både skam og skyldfølelse hos den syke og dennes familie. Åpenhet er også svaret fra våre erfaringskonsulenter, som selv har demens. Som en der sa: At alle veit om sykdommen min, gjør meg tryggere når jeg går ut!

«Vi er alle så forskjellige, det er derfor viktig at tilbudene som gis til personer med demens tilpasses den enkelte.»



◀ Kjent navn til tross: Mina synes det er mye lettere å snakke om det politiske enn det private.

Egen rådgiver hjemme

Mina har gjennom årene holdt sitt privatliv unna offentligheten.

– Jeg synes det er mye lettere å snakke om det politiske, faglige eller annet jobbrelatert.

At hun siden 2003 har vært gift med Ap-politikeren Eirik Øvre Thors-haug er imidlertid ingen hemmelighet.

– Vi møttes i AUF, selvfølgelig, snakket sammen første gang på Utøya og har nå vært sammen i snart 20 år, forteller hun.

Ektemannen jobber nå i Telenor, men begge har ei fortid nært regjeringsapparatet. Thors-haug var blant annet statssekretær i justis- og forsvarsdepartementet i 2012/13.

– At vi deler verdigrunnlag og har samme erfaringsbakgrunn er viktig. I Eirik har jeg en god rådgiver! Vi har begge hatt hektiske jobber, noe som har gjort oss til et veldig bra logistikkteam. Reising og besøk rundt om i landet er fortsatt en del av jobben. Godt da å ha en mormor som er pensjonist!

Når hun selv har fri, leser hun mye.

– Alt mulig egentlig, men jeg er særlig glad i skjønnlitteratur. Når jeg virkelig skal kose meg er det med ei god bok.

Fotografering fenger.

– Jeg er ikke kjempelink, men synes at det er veldig gøy å ta bilder. Jeg dokumenterer hverdagslivet, men liker også å få fram spennende detaljer i det jeg ser.

Denne sommeren har hun blant annet hatt sjansen til å fotografere fjellheimen.

– Vi har nylig overtatt familiehytta på fjellet, den som bestefar Einar fikk i gave av Regjeringen, Arbeiderpartiet og Arbeiderbladet da han fylte 60. Det er ei hytte med sjel og utedo – og masse historie i veggene.

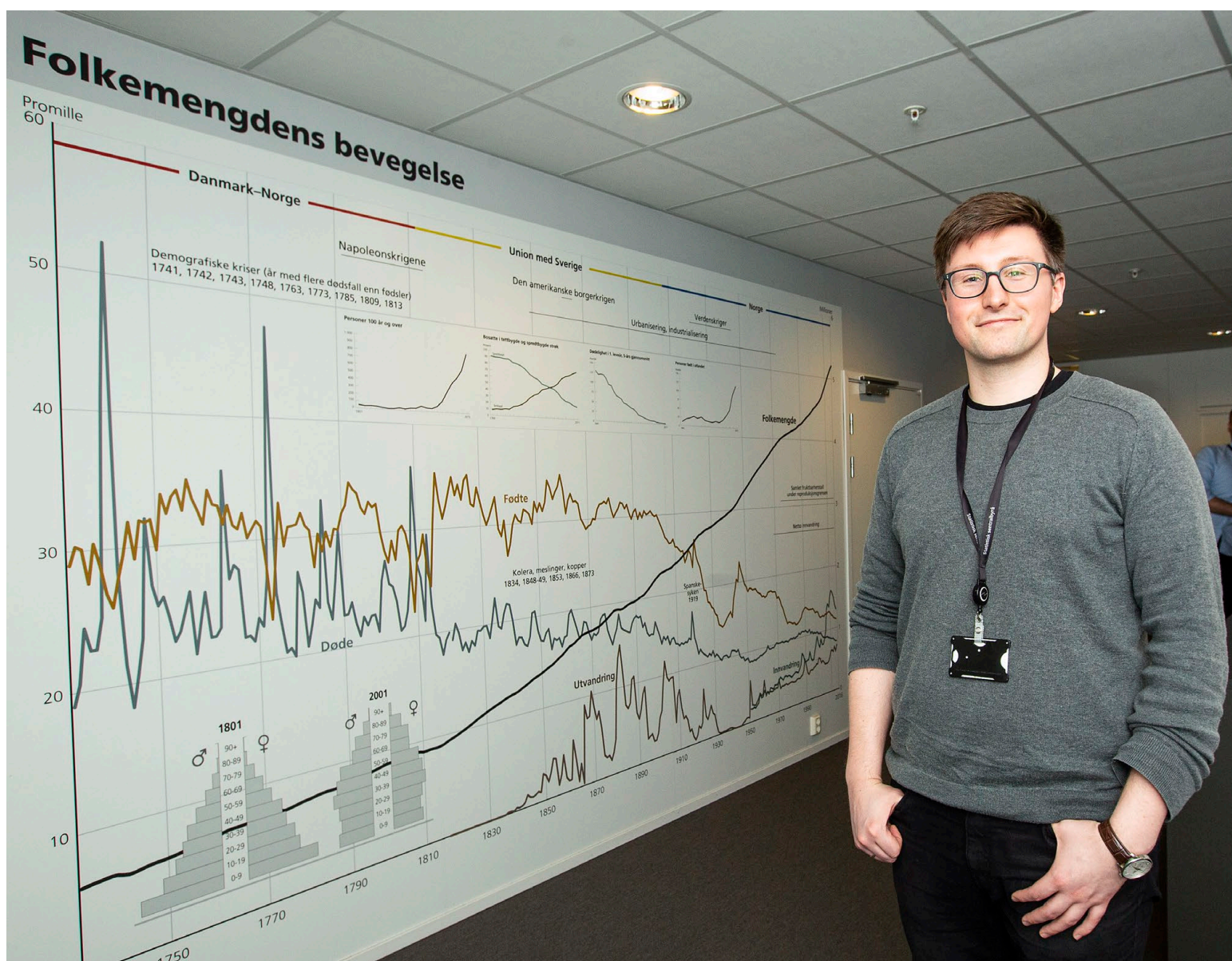
Tankene på hytta minner Mina muligens om den forestående ferien. På vei ut etter intervjuet sier hun: – Det er litt kaldt her, synes du ikke? Jeg elsker varme – får aldri for mye av det. Å ligge rett ut i sola – det er ferie! Da leser jeg. Starter gjerne med noe lett og rosa, før jeg tar fatt på mere intellektuelt krevende bøker. Det finnes ikke så mye som er bedre enn det!

Befolkningen eldes – Blir besteforeldre en byrde eller en ressurs?

Bente Wallander (tekst/foto)

Forsker og medforfatter
av SSBs publisasjon,
Stefan Leknes.

Eldreomsorgen må endres. Mens antallet fødsler går ned, vil andelen gamle fortsette å øke. Den norske befolkningen vil i 2033 bestå av flere eldre (65 år +) enn barn og unge (0–19 år)¹. Sju år senere har hver tredje innbygger i flere kommuner passert 70 år.



Tidsskriftet aldring og helse tar i denne utgaven for seg flere aspekter ved den framskrevne utviklingen, og spør:

- Hvem skal yte de eldste omsorg når rullatorene blir flere enn barnevognene?
- Hva slags omsorg skal vi planlegge?
- Hvordan bør vi bo?

Forsørger- og eldreomsorgsbyrde

Statistisk sentralbyrå (SSB) har i rapporten *Befolkningsframskrivingene 2018* beregnet befolkningens framtidige størrelse og sammensetning. Her beskriver man virkningene det kan få på samfunnet at levealderen i Norge har økt, og fortsatt antas å øke framover. I 2040 er forventet levealder ved fødsel ventet å være omtrent fire år høyere enn i dag. Mens dagens gamle lever lenger, går fruktbarheten ned. Denne forskyvningen av aldersstruktur får klare konsekvenser nasjonalt.

Forsørgerbyrde viser hvor mange som er i eldre der man ofte arbeider, og dermed bidrar til å forsørge unge og eldre, sett i forhold til hvor mange som er eldre og barn. *Eldreomsorgsbyrde* kan beregnes ved å dele antall personer over 65 år, som er nær gjennomsnittlig pensjoneringsalder i Norge, på antall personer i alderen 20–64 år.

Nasjonens eldreomsorgsbyrde var ved rapportens utgivelse 0,29. Framskrevet til 2040 antas den å ha økt til et gjennomsnitt på 0,43, med betydelige variasjoner mellom blant annet distrikts- og bykommunene.

Store forskjeller

At befolkningen eldes merkes allerede i dag. Noen steder mer enn andre. Enkelte kommuner har høyere eldreomsorgsbyrde enn andre, deriblant Ibestad (0,63) og Fosnes (0,59), samt Leka (0,58) i Nord-Trøndelag. Forsker og medforfatter av SSBs publisasjon, Stefan Leknes, kjenner forholdene i sistnevnte kommune godt.

– Hjembygda mi, Leka, hadde i fjor 582 innbyggere. Av disse var 177, det vil si nesten en tredel, 65 år eller eldre, mens 305 innbyggere var i alderen 20–64 år, noe som gir dem en eldreomsorgsbyrde på 0,58, det samme som vi antar at en norsk gjennomsnittskommune vil ha i 2040.

Og enklere blir det ikke. Ifølge SSBs hovedframskriving vil Lekas eldreomsorgsbyrde bli 0,81 i 2040.



Befolkningsframskrivingene 2018, SSB.

«Sentraliseringen av befolkningen kan innebære at færre eldre i distriktene vil ha voksne barn som kan hjelpe dem i eldre år.»

Den mest tyngende eldreomsorgsbyrden i 2040 formoder SSB at befolkningen i innlandet, Trøndelag og Nord-Norge, vil få. Som Røst kommune, den ytterste og sørligste utposten i Lofoten. Her spås det at fordelingen yngre/eldre vil endres fra dagens nivå, med en omsorgsbyrde på 0,38, til rekordhøye 1,46. I den andre enden av skalaen finner du blant annet Ås (0,25) og Oslo (0,28).

Nedadgående fruktbarhet

Fram til i dag har det alltid vært flere barn og unge enn eldre i befolkningen. Dette endrer seg de neste årene. Antallet barn og unge holder seg rimelig stabilt, men eldreandelen av befolkningen øker kraftig.

Fruktbarheten i Norge har falt siden 2009, og vil fortsette å gjøre det inntil den stabiliseres på et langsiktig nivå med rundt 1,76 barn per kvinne, om cirka ti år, spår SSB. Trenden er den samme over hele landet, men med sterkest utslag i distriktskommunene. Symptomatisk ble det i Leka bare født sju barn i fjor. I 2040 antar SSB at kommunen bare vil ha 75 barn og unge.

– Sentraliseringen av befolkningen kan innebære at færre eldre i distriktene vil ha voksne barn som kan hjelpe dem i eldre år. Men i vår modell bestemmes resultatene i stor grad av det siste tiårets flyttemønster. Flyttemønster kan endres, for eksempel ved ønske om barnepass fra besteforeldre eller ved at man vil flytte for å ta vare på syke eldre, sier Stefan Leknes.

Han har selv barndomsvenner som nå har flyttet tilbake til hjembygda, blant annet fordi det oppleves som godt å leve i nærheten av barnas besteforeldre.

Motstridende prognoser

– Hva må så til for å holde befolkningens livskvalitet og helse på dagens nivå?

– Vi er heldige som lever i dag. Med raske teknologiske framskritt og mulighetene for å skifte deler, også på oss mennesker. Ofte fører dette til at eldre kan leve mer selvstendige liv og det reduserer kostnadene for det offentlige. Dette er en utvikling til særlig nytte for individet, samt for lokal- og spesialisthelsetjenesten, mener Leknes.

Det er heller ikke sikkert at framtidens eldrebefolkning vil trenge like mye omsorg og pleie som i dag. Man har begrenset kunnskap om hvordan sykkeligheten endrer seg når levealderen øker. Stefan Leknes understreker at dette er forhold utenfor hans forskningsområde.

– Hvorvidt et økt antall leveår gir gjennomsnittlig flere, færre eller like mange år i god helse, er fortsatt uavklart, sier han.

1) Leknes S, Løkken SA, Syse A, Tønnessen M. Befolkningsframskrivingene 2018. Modeller, forutsetninger og resultater. SSB 2018.



Fra venstre Per Stallemo, Kåre Koland, Gunnar Hansen, Karl Enersen og Sissel Enersen.



Karl Enersen studerer fornøyd dagens resultat.

Frivillighet og faglighet går hånd i hånd på Hægeland omsorgssenter. Målet er personsentrert omsorg.

Treffsikker frivillighet

Bente Wallander (tekst)
Martin Lundsvoll (foto)

Med egen skytebane og en hær av frivillige tar Hægelsheimen omsorgssenter sikte på en innertier i personrettet omsorg.

Hægeland er ei bygd i Vennesla kommune, 35 kilometer nord for Kristiansand. Tettstedet ved samme navn er ikke stort, ved inngangen til 2018 fant SSB bare 446 innbyggere med denne adressen. Antall frivillige synes i en slik sammenheng utrolig. Over 60 personer fra Hægeland og Øvrebø stiller jevnlig opp for å yte frivillig innsats til beste for bygdas eldste.

Kari Irene Godtfredsen leder denne armen av hjelpere. Hennes oppgave er å skape aktiviteter og skaffe frivillige til å gjennomføre dem. Hun organiserer og koordinerer frivillige, og samarbeider med lag og foreninger i Hægeland og Øvrebø.

Alle skal sees

Det er seks år siden Hægeland og Øvrebø Frivilligsentral så dagens lys: – I begynnelsen hadde vi fem-seks frivillige å by på ved Hægelsheimen. Siden har antallet økt for hvert år. Takket være dem har beboerne i dag et variert aktivitetstilbud, sier Kari Irene.

Hun har selv har en 50-prosentstilling ved Hægeland og Øvrebø frivilligsentral og en halv stilling i Vennesla kommune. Stillingene går helt i hverandre.

Enhetsleder ved Hægeland omsorgssenter, Anita B. Åsan, forklarer filosofien bak alle aktivitetene.

– Vårt mål er å yte personsentrert omsorg. Da gjelder det å finne aktiviteter som passer den enkelte. Noe må skje inne på beboerens

rom, andre aktiviteter tilbys grupper og legges til ei stue. Tilværelsen skal være gjenkjennbar for den enkelte samtidig som vi bygger fellesskap. Vi er jo skapt til å gjøre ting sammen. For oss er det viktig å sette aktivitetene i system, slik at alle blir sett. Slik er vi alle underveis, hver for seg og sammen.

Et eksempel på vinterhalvårets ukentlige aktiviteter er Glad trim. Her kan også hjemmeboende fra bygda komme til en times trening, ledet av to frivillige. Våravslutningen i år gikk til den japanske hage i Evje.

– Der ble det først trening ute blant busker og trær og fiskedam, så kaffe og medbrakt kake, med nederlandsk oppskrift, forteller Kari Irene.

Heimen får jevnlig besøk av hunden Truls (frivillig eier).

– «Alle» kjenner Truls, og gleden er stor hver gang han dukker opp. Nå har vi fått to besøkshunder til. De er like kjærkomne gjester. Aktivitetene er ellers i endring hele tida, bortsett fra de faste arrangementene. Det meldes behov og så prøver jeg å finne frivillige, eller spør lag og foreninger om de kan hjelpe, sier Kari Irene.

Positive bidrag

Den dagen Tidsskriftet aldring og helse er på besøk gis det tilbud om to ulike fellesaktiviteter. På stua er en gjeng samlet for å lage tennbriketter. Rekruttering skjer både blant sykehjemets 20 beboere og de ti beboerne fra stedets omsorgsleiligheter.

Produksjonen har med årene fått et profesjonelt preg. Gamle aviser rives opp i passelige remser av en frivillig på forhånd. Inne på stua bindes remsene til små ruller som slippes ned i oppvarmet stearin/parafin. Ferdig tørket er de et fint hjelpemiddel for den som skal tenne ild.

– Her snakker vi om både hygge og nytte. Jeg tror ikke folk i bygda fyrer opp med stort annet. I løpet av året får vi faktisk inn cirka 16 000 kroner ved salg av slike briketter, forteller Kari Irene.

Denne dagen satte den ivrige gjengen ny rekord på rullinga, noe som feires med servering av vafles. Røra er laget på egg fra heimens egne høner. Før man begynner synges «O du som metter liten fugl».

– Me æ' jo på Sørlandet!



Marta Godtfredsen (t.v.), Hellen Godtfredsen, Tonny Roland og Else Ilebekk i full sving med produksjon av tennbriketter.

Lykkelig sammentreff

Men to av karene får raskt nok av vaffelkosen. Ledsaget av frivillige fra Hægeland skytterlag setter de kursen mot heimens kjeller. Der møter de Per Stallemo, Kåre Koland og Øystein Frustøl som i vintersesongen stiller opp annenhver uke for å skyte med beboere som ønsker slik aktivitet.

Snart knatrer luftgeværene ivrig.

– Muligheten oppsto da man i forbindelse med utbyggingen av heimen oppdaget et uutnyttet areal, sier Kari Irene.

– Hægeland skytterlag fikk tilbud om å anlegge en skytebane der og takket ja. Det er de som eier lokalet der skytingen foregår.

Sikter på gode øyeblikk

Tilbudet har hittil vært forbeholdt menn, i denne aldersgruppa er det flest menn som har skutt tidligere. Deltakelsen blant beboerne har variert, det er ikke alle som er i form til fortsatt skyting, eller som blir boende på sykehjemmet over år. Men Gunnar Hansen (91 år) og Karl Enersen (93) holder stand. De har jaktet blinken mange ganger før.

– Det er gleden og øyeblikkene vi er ute etter, understreker Kari Irene.

At lykken kan ligge i en innertier er lett å se, selv for en førstegangsbesøkende. Finmotoriske øvelser er i tillegg bra for hele kroppen, ikke minst for menn.

For Gunnar Hansen er skytingen en kjent og kjær aktivitet. Han har tidligere i livet arbeidet for forsvaret.

– Jeg tjenestegjorde for distriktskommando Sørlandet. Så dette er midt i blinken for meg, rett og slett, smiler han.

Lærer noe nytt

Karl Enersen har først de siste årene testet sine skyteferdigheter. Niesen Sissel Enersen har som aktiv skytter i Evje og Hornnes Skytterlag langt større erfaring. I dag har hun tatt turen til Hægeland for å skyte sammen med sin onkel.

– Jeg er så imponert av onkel Karl. Han har tidligere i livet vandret i skog og hei hver ledige stund. Han elsker naturen og dyr, det eneste han har skutt med er kameraet. Nå skyter han den ene blinken etter den andre. Når vi diskuterer skytinga er han helt i sitt ess, forteller hun.

Senere på sommeren skal gjengen ta en fellesutflukt. Sissel har ved hjelp av sine forbindelser ordnet plass og besøkspass for dem til Landsskytterstevnet i Evje.

– Vi øver med det som mål. Det blir fint for oss alle å kjenne på stemningen der, tror hun.

I mellomtiden gransker skytterne blinkene sine grundig. Noen skudd går litt over eller til siden, men jammen er det også mange tiere der.

Gunnar pleier å spare bevisene på sin treffsikkerhet i pulten. Smilende kommenterer han dagens tilskudd til samlingen:

– Resultater som dette tyder på at vi fortsatt har gode hoder og akkurat passe aktive dager.



Kari Irene Godtfredsen leder den frivillige innsatsen ved Hægelandshelmen omsorgssenter.



Frivillige Øystein Frustøl (t.v.), Norma Engedal og Trygve Engedal, gir brikettene den siste finish med stearin.

FRIVILLIGES BIDRAG

Rusleivenner kommer for å gå tur med interesserte beboere hver tirsdag uansett vær. Det gjør dem godt å få kjenne vinden og været i ansiktet. Gruppa disponerer også fem elektriske rullestoler. Turene avsluttes med besøk hos heimens høner.

Hage, med høner som lånes fra en ansatt. Eggene tillates brukt i samlinger på stua og ute, men ikke på hovedkjøkkenet.

Bålpanne. Til enklere matlaging og gruppesamlinger ute. Åpner for de gode samtale, og blant annet brukt av fem-seks beboere i varmedress vinterstid, som koste seg med kaffe og steking av pølser.

Turvenn/besøksvenn.

Åpen dag – for hjemmeboende personer, og aktuelle beboere ved Hægelandshelmen.

Sandkasse for besøk av barn, gjerne barnehager.

Kulturell spaserstokk, et kulturelt innslag som er sponset av Vennesla kommune. Middag for påmeldte

Basar i september. Julemarked og utlodning i desember

Kvinneforening for sykehjemsbeboerne. En ansatt med hjelp av frivillige har ansvaret. Damene som er vant å gå i kvinneforening tidligere blir spurt om å bli med. Det dekkes med fint servise og kvit duk, sang og andakt og kake og kaffe, som på kvinneforeningen (bruker også cd)

Frokostvert. En frivillig som bidrar til ro rundt måltidene.

Kjøreturer. For gruppe mandag og onsdag. Ekstra kjøreturer for enkeltbeboere.

Følgesvenn i forbindelse med lege-, sykehus- og tannlegebesøk.

Andakt hver uke. Felles og besøk på enkeltrom etter ønske.

Sangkvelder.

Bussansvarlig. Service, dekkskift, vask med mer.

Rydding og pynting før fester.

Neglestell.

Kvinnesamling (uformell) på frisørrommet fredager.

Årlig dyredag. Ansatte og besøkende frivillige medbringer dyr. Ponni, geit, kanin, kattunger og hunder var med det siste året.

Trillende butikk. Med servering av kaffe og vafler. Frivillige låner med seg varer fra nærbutikken. Selger til beboerne. Leverer tilbake usolgte innpakkede varer.

Benker til de som vil ta seg en luftetur vedlikeholdes av frivillige.

«Ut i verden» – Vi velger oss et hjelpeprosjekt i utlandet hvert år. Vi har det så godt i Vennesla kommune og Norge, så ønsker vi å hjelpe noen som sliter. Restegarn fordeles på alle som vil være med å strikke. Ferdige luer, sokker, tepper, skjerf og liknende overrekkes til en leder fra valgt prosjekt. Vi har en lynutlodning samtidig. Tiltaket gir god respons. Vi synes alle det er veldig gøy også å kunne hjelpe andre, sier Kari Irene.

Bidrar til aktivitetene gjør også Skarpenland u-skole, Folkeakademiet i Vennesla, Øvrebø videregående skole, Hægeland helselag, Øvrebø sanitetsforening, Hægeland og Øvrebø menighet og frikirker. Hægeland sogelag og Øvrebø historielag og Hægeland skytterlag



– For å komme befolkningsendringene i forkjøpet må vi starte omstillingsarbeidet nå, sier seniorrådgiverne Torstein Syvertsen og Silje Øgård.

Rom for aldring

Bente Wallander (tekst/foto)

Framtidas eldreomsorgsbehov lar seg ikke løse ved sykehjemsplasser alene. Eksisterende boligmasse må tilpasses eldres behov, og nye boliger planlegges bedre. Flere eldre må flytte til «byen».

Husbanken har siden 1946 bidratt til å iverksette regjeringens boligsosiale politikk. Virkemidler som bostøtte, tilskudd og lån sikrer gjennomføring lokalt. Husbanken tilbyr også kommunene kunnskap og kompetanse, slik at de kan hjelpe boligmarkedets vanskeligstilte.

– Økt eldreandel i befolkningen skaper nye boligutfordringer. Dagens boligmasse er ikke godt nok tilpasset et økende antall eldres behov, sier Silje Øgård, seniorrådgiver, kontoret for lån og tilskudd, og Torstein Syvertsen, seniorrådgiver, kunnskapskontoret, begge Husbanken.

Uegnede boliger

Mange av dagens eldre bor i boliger som er dårlig tilpasset beboere med nedsatt funksjonsevne.

Over halvparten av de spurte i alderen 50+ sier at de har en bolig som ikke egner seg for skrøpeligere dager¹. Atkomsten kan være tungvint, og huset ha flere etasjer med trapper.

– For å komme befolkningsendringene i forkjøpet må vi starte omstillingsarbeidet nå. At stadig flere eldre bor hjemme lengst mulig er bra for samfunnet. Det virker forebyggende og letter presset på helse- og omsorgstjenestene. Hvis folk er selvhjulpne lenger, kan tjenestetilbudet også holdes på et lavere nivå. Men det krever en tilpasset boligmasse, understreker Torstein Syvertsen.

Må redusere transportbehov

At det i Norge har vært vanlig med svært spredt boligbygging får konsekvenser når behovet for helse- og omsorgshjelp oppstår. Uavhengig av bosted mottar i dag halvparten av den norske befolkningen over 80 år en eller flere kommunale omsorgstjenester. Andelen stiger i takt med økt alder, fra et gjennomsnitt på knapt ti prosent i aldersgruppa 67–79 år til 85 prosent

blant de som er 90 år eller eldre. De fleste mottar tjenestene i eget hjem². Behovet forventes økt i takt med eldrebefolkningen.

– For å tilpasse boligmassen til framtidens eldre, må det bygges relativt flere leiligheter der alle vitale rom er på inngangsplanet. Leilighetene bør også bygges så sentralt som mulig, for å legge til rette for god tilgang til private og offentlige servicetilbud samtidig som hjemmetjenesten kan redusere sitt transportbehov. Der dette er mulig kan boligene tilrettelegges med fellesfunksjoner som trimrom, utleierom og resepsjonstjeneste, sier Torstein Syvertsen.

Støtter endring og flytting

Mange voksne villaeiere har på eget initiativ kvittet seg med store hus og hager til fordel for en lettstelt leilighet. Andre eldre opplever det som vanskelig, eller rent ut sagt umulig, å flytte. At man kan få økonomisk hjelp fra Husbanken til å endre eksisterende bolig og/eller til å flytte til en bedre egnet, har ikke vært godt nok kjent.

– Husbanken har i flere år gitt tilskudd til planlegging og realisering av tilpassing av bolig. Tilskuddet blir fra og med 2020 overført til en generell kommunal ramme som det er opp til kommunene å budsjettere og fordele. Behovet er stort, og kommunene har kanskje brukt slike tilskudd i for liten grad. Det ser imidlertid ut til at det er endring i dette nå. Det viser seg da også at mange eldre er villige til å endre sin boligsituasjon dersom de får gode nok tilbud, forklarer Torstein Syvertsen.

Eldre som vil flytte mere sentralt kan søke om startlån og tilskudd til tilpassing av boligen. Heller ikke dette har vært godt nok kjent.

– Å ta opp lån for å investere i boligverdien burde ikke være et problem, men norske eldre har fortsatt et sterkt ønske om ikke å dø med gjeld, konstaterer han.

Prioriterer de fattigste

I tillegg til at Husbanken nå vil påvirke kommunene til å tenke i nye baner, promoterer de selv flere ulike boligløsninger for eldre. Husbankens virkemidler kan tildeles kommunale og private utbyggere, til både selveier- og utleieboliger. Hensikten med tilskuddene er å stimulere til boligutvikling bedre tilpasset eldres behov.

Silje er i den forbindelse opptatt av hvordan man bygger sykehjem og omsorgsboliger.

– Det bør være inviterende bygg, som legger til rette for aktivitet, sosiale møteplasser og gode kjøkkenløsninger. Det er kommunene som oftest utvikler slike løsninger, men man ser også for seg frivillige eller andre private aktører. Barnehager og sykehjem kan for eksempel samlokaliseres. I Oslo og Horten kommune har man høstet erfaringer gjennom to pilotprosjekter hvor studenter har flyttet inn i omsorgssentra.

Fra Husbankens side skal de som ikke har råd til å kjøpe egen, ny bolig prioriteres.

– Å ivareta denne eldregruppen blir viktig for oss i tida framover. Vi jobber selvstendig med konkrete løsninger og samarbeider med andre. Det gis blant annet lån til boligløsninger som Selvaag Pluss. Vi jobber i tillegg med tilpassing av lån og lånevilkår for å få fram prosjekter som ivaretar eldres behov, opplyser Torstein Syvertsen.

– Kostnadene er viktige, folk skal ha råd til å bo, sosialisere seg og oppleve å ha god bokvalitet. Alle må heller ikke eie boligen selv. Blant pilotprosjektene ser vi for oss at flere kan være utleieboliger. Fra vår side er det viktig at folk skal bo trygt og godt hele livet.

Private utleieboliger

De siste årene har mange kommuner framskaffet egnede utleieboliger som et supplement til kommunens egne boliger, i samarbeid med godkjente, profesjonelle private utleiere. Utleier og kommunen inngår da en tilvisingsavtale. Denne gir kommunen mulighet til å tilvise innbyggere som er vanskeligstilte på boligmarkedet til 40 prosent av boligene i prosjektet til enhver tid.

Tilvisingsavtalen gir mulighet til å finansiere prosjektene med inntil 85 prosent grunnlån i Husbanken.

– Vi ser for oss at en liknende modell kan rettes mot eldre.

Mange eldre bor i uegnede boliger uten tilstrekkelig kjøpekraft til å skaffe seg en bolig på ett plan.

I samarbeid med utvalgte kommuner leter vi etter modeller som gjør det mer attraktivt for markedet å satse på denne gruppen. Det er også en spennende oppgave for Husbanken, som skal supplere det ordinære boligmarkedet.

Kommunene trenger supplerende tilbud fra private for å møte eldrebølgen. Det vurderes blant annet å legge inn fellesskapsfunksjoner og stimulere til prosjekter som har miks av eldre og beboere i andre aldersgrupper. Dette kan bidra til gode bomiljø.

– Det skjer mye på dette området nå, etter at kommunene har kommet mere på banen. For et par år siden ble ikke dette nevnt i det hele tatt. Det gjelder å finne løsninger som sikrer beboerne god livskvalitet og som gir dem utgifter til å leve med. En boligmasse tilpasset et økende antall eldre er på den politiske agendaen og det offentlige ansvar for å tilrettelegge for en god utvikling er erkjent.

TILPASSING AV BOLIGER

Tilpassing av boligen kan omfatte tilrettelegging av atkomst i form av ramper eller heis, påbygg eller ombygging av bad og kjøkken og installering av innvendig heis eller trappeheis. Mindre tilpassinger kan være utvidelse av dører, fjerning av terskler, plassering av håndtak, ledelinjer, belysning og liknende. Tilpassingen kan løses enten bygningsmessig eller ved installasjon av hjelpemidler – eller i en kombinasjon.

Kilde: Husbanken

1) Sørvoll J, Sandlie HC, Nordvik V, Gulbrandsen L. Eldres boligsituasjon. Boligmarked og boligpolitikk i lys av samfunnets aldring. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. NOVA Rapport 11/2016

2) Kilde: Statistisk sentralbyrå Statistikkbanken.

Målrettet satsing: Hybel i særklasse

Bente Wallander (tekst/foto)

Malene Bringeland og Eirik Josephsen bor bedre enn de fleste studenter. Braarudtoppen og Aasentunet omsorgsboliger med hele elleve stuer står til deres disposisjon. Med den lave husleia følger et krav om å yte 30 timers aktiv omsorg hver måned.

Horten er en av flere kommuner som er opptatt av framtidens omsorgsutfordringer. I 2017 ga Husbanken dem dispensasjon for å teste modellen «unge og eldre under samme tak». Malene Bringeland (19) og Eirik Josephsen (20) fikk i forrige semester hver sin studenthybel i Braarudtoppen omsorgsboliger som en følge av dette. Med biljardspilling og sosialt samvær byttet de til seg to unike boliger. Begge har til gjengjeld bidratt med 30 timers innsats for bofellesskapet hver måned.

– En vinn-vinn-situasjon, som flere burde fått sjansen til å benytte seg av, synes studentene.

Trives bedre med de gamle

Malene Bringeland flyttet fra Stavanger til Vestfold for å studere sykepleie høsten 2018.

– Jeg bodde først i en studentbolig, og det var greit nok, men vi hadde mange utskiftninger av leietakere og løsningen med delt kjøkken fungerte ikke alltid like greit, sier hun.

19-åringen liker ikke å lage mat i skitne omgivelser.

– Her på Braarudtoppen er det rent og hyggelig over alt og folk sier hei til hverandre. Tidligere hadde jeg lett for å isolere meg på hybelen. Etter å ha flyttet hit slipper jeg å sitte alene på rommet og gruble. Nå oppsøker jeg i stedet en gjeng som hver dag mellom lunsj og middag setter seg sammen i den ene stua. Vi

prater sammen, gjerne over en kaffekopp, og jeg synes miljøet er så utrolig koselig. Overraskende mange av beboerne har både bodd i Stavanger og jobbet som sykepleiere, så jeg får ofte høre historier om det, forteller Malene.

Aktivt naboskap

Eirik Josephsen utdanner seg til historielærer.

– Også jeg trives mye bedre her. Det er en annerledes bolig som innebærer mere ansvar, men jeg får også i stor grad omsorg tilbake, sier 20-åringen.

Eirik tenker ikke på de 30 timene med månedlig innsats som jobb.

– Det oppleves som helt naturlig å sette seg ned for å ta en kaffe med naboene etter skoletid. Da snakker vi om løst og fast og hva vi har gjort i løpet av dagen.

Eirik spiller biljard med «Guttekлубben grei» hver tirsdag, deltar ved kveldsmåltidene en gang i uka og lager noen ganger middag sammen med sine nærmeste naboer. Når det er lesestund eller konserter, blir han ofte med.

– Når andre studenter hører hvor jeg bor blir de nysgjerrige, forteller han.

Selv skryter han gjerne av hvor bra rommene er lydisolert. Den tidligere gardemusikeren spiller slagverk på rommet flere ganger i uka uten at noen klager.

En snakkis

Prosjektet har vakt oppsikt, leietakerne har hatt både lokal og nasjonal presse på besøk.

– Helsedepartementet, kommuner og enkeltpersoner har tatt kontakt for å høre hvordan vi har fått det til. Helseministeren har vært på besøk, og Kvalitetsreformen Leve hele livet nevner prosjektet som et eksempel til inspirasjon, sier prosjektleder Vibeke Kristiansen i den første evalueringen av prosjektet.



Modellen har tidligere ikke blitt testet i Norge.

– Så langt har vi veldig gode erfaringer og historier, både fra studenter og seniorene. I evalueringen går vi derfor inn for at modellen kan utvikles til en nasjonal boform for studenter i framtida. Men vi har også støtt på praktiske og juridiske utfordringer som vi ikke har klart å finne en løsning på, forteller Vibeke Kristiansen.

Arbeid eller frivillig innsats

Til Horten kommunes juridiske nøtter hører husleieforpliktelsene. Å tilby studenter omsorgshybler på våre vilkår innebærer nemlig det Skatt Sør kaller skattepliktig fordel av lav husleie. Arbeidsmiljøloven sier at enhver som er forpliktet til å yte en innsats her må være ansatt, med rettigheter knyttet til forhold som ferie og sykdom. En vurdering fra Oslo kommune oppfatter, til sammenlikning, ikke studenters bidratte timer i bytte mot rimeligere bokostnader som frivillighet.

– Vi er derfor ikke i mål når det gjelder dette med bytteforhold og frivillighet. Direktoratet har sagt at Husbanken må komme med anbefalinger. Husbanken forteller oss på sin side at de har sendt sitt innspill til departementet i juli, men at det er unndratt offentlighet. Vi vet ikke hva det endelige svaret blir, men våre studenter har fått kontrakt ut 2019, sier Vibeke Kristiansen.



▲ Smilene sitter løst når biljardkulene settes i spill på Braarudtoppen omsorgsboliger.

Fra v.: Glenn Pauli, Eirik Josephsen, Arne Solberg og Malene Bringeland.

◀ Malene Bringeland stortrives i «omsorgshybelen» sin.

Studentene fikk før innflytting informasjon om at de risikerer å bli skjønnsliknet på grunn av den lave husleia. Fra kommunens side ble det samtidig sagt at «det dekker vi over budsjett».

– Generasjoner som bor sammen er veldig positivt, men dersom dette skal være en løsning for flere må vi finne en ny måte å tenke på, sier prosjektlederen.

Smittsom glede

Jeanette Svensson er arbeidsleder og med-ansvarlig for aktivitetene på Braarudtoppen og Åsentunet omsorgsboliger. Hun har bare godt å si om studentene.

– De er så genuint interessert. De trives, det smitter!

De som bor her fra før av er også fornøyd, men betoner at utvelgelsen av unge leietakere er viktig. «De må ha de rette egenskapene hvis løsningen skal fungere optimalt, som å være sosiale og selv ta initiativ til å snakke med sine naboer», sa beboerrådet da de evaluerte ordningen.

– Folks egenskaper er ikke så lett å kontrakt-feste. Noe må naturligvis skrives, men vi ønsker først og fremst at kontakten mellom ung og gammel skal være nonchalant – at den skal komme av seg selv, sier Jeanette.

«Ikke noe problem. Jeg bare tok ut høre-apparatene, jeg. Neste gang vil jeg ha invitasjon!»

Fattige og nyskapende

Intervjuet finner sted på Kafé Ludvig, en av stuene i tidligere Horten sykehus, nå ombygd til kafé for beboere og gjester.

– Etter nedleggelsen i 1994 sto bygget ubrukt i noen år, men i dag er det 50 omsorgsboliger på tomte. Nybygget nedenfor med 18 to- og treroms boenheter tilhører Åsentunet. Her på Braarudtoppen er det 32 leiligheter, primært ettroms, forteller hun.

De ansatte har vært opptatt av å redusere institusjonspreget ved «Toppen og Tunet».

– Det kan oppleves som stigmatiserende å flytte fra stort hus med hage til ettroms leilig-

het. Estetikken ved et innbydende fellesareale er ekstra viktig. Men her i Horten har vi litt mindre penger til slikt enn i de andre Vestfold-kommunene. Kanskje det er grunnen til at vi blir ekstra nyskapende? Ved innflytting gikk vi uansett ut og spurt folk om de hadde møbler å avse. Vi fikk inn masse flott, og har takket være det kunnet innrede alle stuene i litt ulik stil. Tanken er at beboere «eier» alle stuer sammen, sier Jeanette Svensson.

Ønsker seg nachspiel

– Stuene er nettopp et av fortrinnene ved studenthyblene, synes Malene og Eirik.

– Når vi får gjester, for eksempel, kan vi spørre: Hvilken stue skal vi ta i kveld, smiler Eirik.

Det synes Jeanette Svensson er helt topp:

– Vi ønsker folk inn. Venneforeningen vår arrangerer blant annet quiz, serverer vafler og bidrar med frivillige til julebakst eller andre tradisjoner. Frivillige beboere henter ellers rullestolbrukende naboer når de skal spise middag.

På Braarudtoppen fortelles ellers følgende historie relatert til nyordningen:

– En av våre tidligere leieboere hadde en gang glemt å sende ut nabovarsel om et nachspiel hun skulle ha. Da hun traff en av naboene dagen etter beklaget hun dypt. Men den eldre naboen svarte: «Ikke noe problem. Jeg bare tok ut høre-apparatene, jeg. Neste gang vil jeg ha invitasjon!»

SYKEHJEMMENE – FRAMTIDAS GENERASJONSBOLIGER?

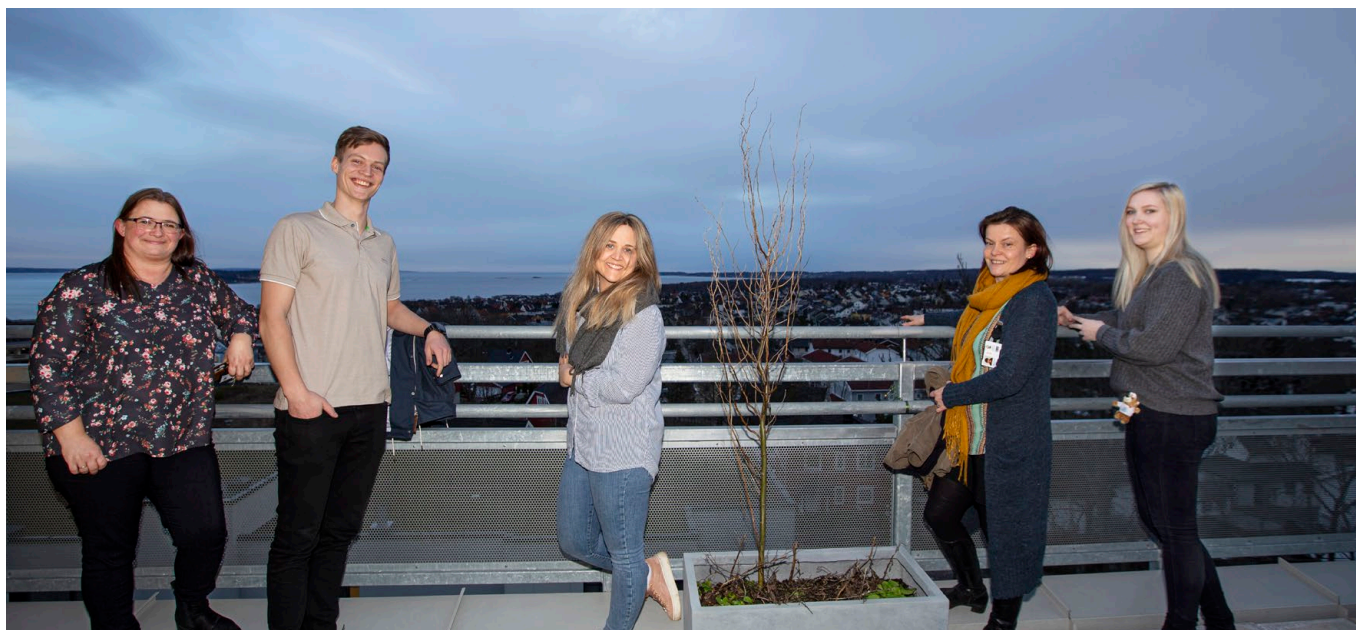
Horten kommune tilbyr for tida to studenter å bo i egen ettroms leilighet, sammen med beboere på Braarudtoppen og Åsentunet omsorgsboliger. Her bor innbyggere som har behov for et botilbud med økt trygghet, aktivitet og mulighet for sosialt fellesskap. Målet med ordningen er å bidra til meningsfylte og aktive hverdager der beboerne selv bestemmer hva som er viktig for dem. For å få et mer dynamisk bomiljø bor det to studenter i bygget. Studentene skal fremme et godt naboskap og bidra til å lage en møteplass på tvers av generasjoner. Leietakerne må studere på Bakkenteigen (Universitetet i Sørøst-Norge, studiested Vestfold), og forplikte seg til å flytte ut når studiet er over.

Beboere i omsorgsbolig skal ha en verdig og faglig forsvarlig pleie og omsorg. I omsorgsbegrepet inngår

også økt livskvalitet og aktiviteter, noe ansatte kanskje sjelden har tid til. Et økt samarbeid med frivillige krefter kan bidra til oppfølging av dette.

Modellen anses som attraktiv fordi dagens bosettingsmønster og demografiske utvikling bidrar til avstand mellom generasjonene. Unge og eldre har færre møteplasser i det daglige, og kanskje kjenner de hverandre bare via mediabildet eller stereotypier.

Tilsvarende boformer med studenter på omsorgsinstitusjoner finnes i Nederland, Finland og USA. Boformen har vist seg å kunne gjøre en positiv forskjell i bomiljøet. De eldre setter pris på at studentene bringer livet utenfor huset med seg inn, og studentene får et sted å bo og utviklende kontakt med de eldre.



Alle involverte er fornøyd med prosjektet «ung og gammel under samme tak». Fra v.: Vibeke Kristiansen, enhetsleder Horten helsehus, student Eirik Josephson, Jeanette Svensson, arbeidsleder Braarudtoppen og Aasentunet omsorgsboliger, Therese M. Løe, avdelingsleder på Braarudåsen Senter og Braarudtoppen, og student Malene Bringeland.

– En av fordelene ved å ha studenthybel på Braarudtoppen er alle de fint innredede stuene, mener Malene og Eirik, som her viser Therese M. Løe (nede t.v.) et velfyllt vitrineskap.





Generasjonenes hus i Århus Ø. Illustrasjon KPF Arkitekter, RUM.

Neste generasjon omsorgsboliger

Bente Wallander (tekst/foto)

Behovet for eldreomsorg antas å øke sterkt de neste årene. Utviklingen må møtes. Inspirasjon hentes i inn- og utland, og generasjonsbygging er et stadig hetere tema.

Den lenge fryktede eldreboomen er ikke noe særnorsk fenomen. Ifølge FN¹ steg antallet personer eldre enn 60 år fra 205 millioner mennesker i 1959 til 810 millioner i 2012, noe som utgjør 11,5 prosent av verdens befolkning. Om mindre enn ti år antas antallet å ha øket til over én milliard, og i 2050 vil det være to milliarder mennesker over 60 år i verden, tilsvarende 22 prosent av verdens befolkning. De europeiske land har lenge forsøkt å se utviklingen i «hvit-øyet». Pensjonsordninger tilpasses den nye hverdagen, og løsninger som kan redusere behovet for institusjonsomsorg prøves ut. Mange søker inspirasjon hos andre, deriblant Helse-

og omsorgsdepartementet, som i januar tok turen til danske Århus. Med daværende eldre- og folkehelseminister Åse Michaelsen i spissen fikk politikere, rådgivere og presse der vite mere om *Generationernes Hus*, et visjonært bolig- og omsorgsprosjekt som neste år skal stå klart ved Århus havn.

På tvers av alder

Bakgrunnen for prosjektet var byens behov for flere barnehageplasser og omsorgsboliger. Løsningen ble å bygge et sted der folk kan bo og leve på tvers av generasjoner og funksjonsnivå. Bygget er beregnet å koste 500 millioner danske kroner. For dette får man 100 eldreboliger, 40 studentleiligheter, 100 sykehjemsboliger, 40 familieboliger, 24 boliger for personer med funksjonsnedsettelse og en barnehage for 150 barn.

Utbyggingen er et samarbeid mellom et privat boligbyggelag og Århus kommune. I sin visjon for huset sier de: «Vi skal alle ha muligheten til å ta ansvar for eget liv og utnytte egne evner. Århus er samtidig en by der vi i fellesskap vil hjelpe dem som har behov for det. Her skal beboerne kunne hjelpe og støtte hverandre på tvers av alder og funksjonsnivå.»

Sterk synergieffekt

For å understøtte fellesskap mellom generasjoner og ulike typer beboere/brukere, etableres boligene i klynger med en variert beboer- og medarbeidersammensetning. Kontakt kan også søkes i fellesrom som vaskeri, trimrom og restaurant.

En ansatt leder får hovedansvaret for koordinering og drift av huset, mens fire andre ansatte skal ha lederansvar for medarbeidere i de ulike boligene og barnehage.

– Dette er et vanvittig godt innspill til hvordan man kan planlegge gode liv. Tenk på den synergien man oppnår, ikke minst når det gjelder isolasjon og depresjon. Eldre uttrykker ofte et savn etter å være en del av noe, her gis muligheter for fellesskap samtidig som man får frihet til å klare seg uten hjelp. Dette virker mere fristende enn bofellesskap bare for eldre, sa Åse Michaelsen.

Må favne mangfoldet

Generasjonsbygging i Århus var et tema også da Helse- og omsorgsdepartementet, i samarbeid med Kommunal- og moderniseringsdepartementet, inviterte til Inspirasjonsseminar om framtidens boformer for eldre.

– Det er behov for å se nærmere på nye modeller og løsninger som stimulerer til samlokalisering av tjenester, generasjonsmøter og kunne bidra til å forebygge ensomhet gjennom økt sosial og fysisk aktivitet, både for unge og eldre. Vi må ha virkemidler som understøtter den enkeltes ønsker, interesser og behov. Dette gjelder både for de som ønsker å bli boende hjemme og for kommunale heldøgns plasser, sa statssekretær Anne Bramo (Frp).

– Vi lever lengre og det blir flere friske eldre. Men blant de eldste får vi også flere sykere enn før. Vi må ha en boligpolitikk som fanger opp dette mangfoldet i befolkningen. Plassering av boliger blir viktig, det samme blir tilgjengelighet og samlokalisering. Dette som bidrag til selvstendighet og deltakelse.



– Dette er et vanvittig godt innspill til hvordan man kan planlegge gode liv, sa daværende eldre- og folkehelseminister Åse Michaelsen (foran). Til høyre ser vi statsskeretær Anne Bramo.

Gode eksempler

Blant innlederne var Husbanken, KS og Boligprodusentenes forening. Det ble presentert flere eksempler på nytenkning, deriblant Vålandstun i Stavanger samt Kampen omsorg pluss-konsept i Oslo. Til talerne hørte daglig leder for Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, Kari Midtbø Kristiansen, med blant annet følgende innspill:

– Vi blir stadig friskere, lever lengre og antall år som vi er selvhjulpne øker, men tiden som vi er avhengige av hjelp fra andre blir også lengre. Hjelpebehov utsettes, men når det blir behov for hjelp er behovet mer omfattende. En større andel av de eldre som har stort hjelpebehov, bor nå hjemme sammenliknet med for 30 år siden. Fordi vi får stadig flere aleneboende med omfattende hjelpebehov, ikke minst på grunn av demens, og fordi kapasiteten på sykehjem er liten, er det viktig å finne gode løsninger for hvor de som trenger mye hjelp og støtte skal bo i framtiden, og hvordan dette skal organiseres. Flere steder etableres det nå nærmiljøsentra. Dette er et steg i riktig retning. På disse nærmiljøsentrene er det innbyggertorg, ulike servicetjenester, butikk, boliger, ofte også omsorgsboliger og sykehjem. Utfordringen er likevel at samhandlingen mellom de ulike gruppene ikke går av seg selv. Generasjonshuset i danske Århus er et godt eksempel på hvordan man kan styrke samhandlingen. Generasjonshus har de også i flere nabolag i tyske Stuttgart. I Demensplan 2020 står det at målet er et mer demensvennlig samfunn og ikke egne samfunn for personer med demens. Dette stiller vi oss hundre prosent bak, og har lyst til å inspirere til å ta den «helt ut», slik man har gjort i Stuttgart og til dels i Århus, som vi allerede har hørt mye spennende fra.

Les mer om Generationernes Hus på generationerneshus.aarhus.dk

1) Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge. UNFPA and HelpAge, 2012.

73 er det nye 65

I årene som kommer vil antallet eldre øke betraktelig i Norge. Mange vil ha god helse og lavere «biologisk alder», men samtidig vil mange ha kroniske sykdommer som trenger behandling og omsorg. Det blir stadig færre i arbeid per pensjonist, og økende sosioøkonomiske forskjeller i helse og levealder er en utfordring for å heve pensjonsalderen.

Eldrebølgen

De fleste har hørt snakk om den kommende, eller nærværende, «eldrebølgen». Den såkalte bølgen består av at nordmenn lever lenger og at det blir flere eldre. Levealderen har steget fra 48 og 51 år i 1850 for henholdsvis menn og kvinner, til dagens 81 og 84 år (1). Det forventes at levealderen vil fortsette å stige til 88 og 90 år innen 2060 (2). På grunn av høye fødselsrater i etterkrigsårene blir det også en økning i antall og andel eldre i befolkningen. Sammenliknet med dagens befolkning forventes det en dobling av antall eldre over 70 år innen 2060 (fra 625 000 til 1,3 millioner, tilsvarende 12-21 prosent av befolkningen) og en tredobling av antall eldre over 80 år (fra 220 000 til 700 000, tilsvarende 4-11 prosent av befolkningen) (2). Det betyr at en av fem vil være over 70 år i 2060. Økningen i levealder og antall eldre gjør at forsørgerbyrden for eldre, det vil si antall i arbeid (25-64 år) per pensjonist (over 65 år), synker. I dag er nesten 3,5 personer i arbeid per pensjonist, mens det i 2060 forventes å være 2 (1).

Hva vil det si å være «eldre»?

Når man studerer befolkningsframskrivninger og eldrehelse må man først definere «eldre». Hvor går egentlig grensen for å havne i denne kategorien? Er det pensjonsalder (og da tidligste, gjennomsnittlige eller øvre grense?), forventet levealder (innforstått med at denne stadig øker), eller er det ytterpunktet av overlevelse (i Norge, Skandinavia, Europa eller i verden)? Skal man måle biologisk eller kronologisk alder? I forskning brukes ofte gjennomsnittlig pensjonsalder, som i Norge i dag er 65 år, som et skille. Det vil si at mange skal leve en fjerdedel av livet sitt som «eldre».

Pensjonsalder

Ved pensjonering trer man over i en ny livsfase – en overgang som kan være både positiv og negativ for helsa. Det ser ut til at de med lav sosioøkonomisk status får bedre helse etter pensjonering, mens det har liten effekt på helsa hos gruppen med høy sosioøkonomisk status (3). Selv om helsa kan bli bedre, ser det ikke ut til at tidspunktet man velger å pensjonere seg på påvirker dødeligheten (4). Det er utdanningsnivået og ikke et skadelig arbeidsmiljø som har størst innvirkning på levetiden (5). Et interessant funn er at utdanning ikke ser ut til å ha betydning for hvem som forblir i arbeidslivet etter fylte 67 år, der spiller indre motivasjon en større rolle (6).

Regjeringen har som mål å øke sysselsettingen blant eldre (7, 8). Med en økende forsørgerbyrde diskuteres det om aldersgrensene på begge sider av den alminnelige pensjonsalderen på 67 år skal heves. Dette gjelder både første mulighet til å ta ut avtalefestet pensjon (AFP), som nå er 62 år, og øvre aldersgrense for når stillingsvernet oppheves. Fra 1. juli 2015 ble øvre aldersgrense for oppsigelsesvern i arbeidsmiljøloven hevet fra 70 til 72 år (9). Men det er fortsatt tillatt med bedriftsinterne aldersgrenser ned til 70 år, noe flere benytter seg av (10). I det private kan man etter pensjonsgrensen er nådd fortsette å jobbe så lenge man ønsker, så lenge arbeidsgiver tillater det. Statlige ansatte har fortsatt 70 års aldersgrense, og blir på dette tidspunktet «avskiltet». Gjennomsnittlig pensjonsalder i Norge er 65 år, og hovedandelen pensjonerer seg i god tid før de når den øvre grensen på 70/72 år (11). 45 prosent av 65-åringene er i jobb og 31 prosent av 67-åringene (10). Dermed vil en økning i sysselsettingen blant de mellom 62-66 år ha størst effekt på den totale sysselsettingen, sammenliknet med å

heve den øvre pensjonsgrensen. Et argument for ikke å heve den øvre aldersgrensen er at bedrifter kan vegre seg for å ansette eldre i frykt for å bli sittende med ulønnsomme arbeidstakere (10). Sysselsettingsandelen blant de mellom 62-66 år har økt etter pensjonsreformen i 2011 som tillot å kombinere uttak av alderspensjon med arbeid (11). Men den viktigste grunnen til pensjonering er dårlig helse (12), og god helse blir dermed en forutsetning for å kunne jobbe lenger (13).

SKREVET AV

Siri Høivik Storeng,
stipendiat
Institutt for samfunns-
medisin og sykepleie

God helse med kronisk sykdom

Nordmenn lever lenger enn før med god helse, men samtidig med kronisk sykdom (14, 15). De med høyere utdanning har høyere forventet levealder enn de som går ut i arbeidslivet etter fullført grunnskole og videregående, men forskjellene gjennom livet er enda større (14, 16). Kvinner kan forventes å leve omtrent tre år lenger enn menn (17), men i de ekstra årene har kvinner dårlig selvopplevd helse og lever med kronisk sykdom (14). Det er også ulikt hvordan eldre påvirkes i det daglige av sin kroniske sykdom (18), og ikke nødvendigvis den fysiske sykdommen som er avgjørende for funksjonen. Også aldersrelaterte funksjonsnedsettelse som redusert syn og hørsel, vil i stor grad påvirke livskvalitet, sosial deltagelse og funksjon i dagliglivet. Så mange som en av ti eldre oppgir å ha synsproblemer, og en av fem hørselsproblemer (19). Videre er depresjon og egenvurdert helse assosiert med funksjonen i dagliglivet hos eldre (20). Nesten en av tre over 65 år har depressive plager (21), mens alkoholforbruket er økende (22, 23). Sammenliknet med yngre aldersgrupper har eldre lavere totalkonsum av alkohol og er sjeldnere tydelig beruset, men de drikker oftere (24). I tråd med den generelle trenden i befolkningen, har det også blitt færre dagligrøykere blant eldre (10-15 prosent i 2018) (18).

73-åringer er de nye 65-åringene

En fersk studie publisert i *The Lancet Public Health* har beregnet at en 73-årig nordmann har helse som en gjennomsnittlig 65-åring på verdensbasis (25). Ved å beregne forekomst av aldersrelaterte sykdommer som reduserer funksjon i dagliglivet, har forskerne laget en skala for å sammenlikne biologisk alder mellom ulike land. Japan har den høyeste biologiske alderen

i verden, der helse til en 76-åring kan sammenliknes med en gjennomsnittlig 65-åring på verdensbasis. Mens i Papa New Guinea tilsvarer helse til 46-åringer den gjennomsnittlige 65-åring. Dette er en illustrativ måte å integrere helse og funksjon i globale sammenlikninger, ikke bare alder. Avslutningsvis må det nevnes at det er gjort mindre aldersforskning i Norge enn i andre skandinaviske land (26), og at det er behov for mer forskning på eldre helse framover (8, 26).

Konklusjon

Levealderen og antall eldre i Norge øker. Dette medfører at det blir stadig færre i arbeid per pensjonist. Eldre lever lenger med bedre helse enn før, men samtidig med kronisk sykdom. Det er sosioøkonomiske forskjeller i levealder, der de med høyere utdanning kan forventes å leve lenger enn de med fullført grunnskole og videregående skole, men det er enda større forskjeller i helse gjennom livet. Dette er en utfordring hvis man ønsker å øke pensjonsalderen.

Takk til mine veiledere Steinar Krokstad og Erik R. Sund for råd og innspill.

■ sirihs@stud.ntnu.no

REFERANSER:

1. Dødelighet og dødsårsaker i Norge gjennom 60 år 1951-2010. Folkehelseinstituttet; 2012. Report No.: 2012:4.
2. Leknes S, Løkken SA, Syse A, Tønnessen M. Befolkningsframskrivingene 2018. Modeller, forutsetninger og resultater. Statistics Norway; 2018 26.06.2018.
3. Weemes Grøtting M, Lillebø O. Health Effects of Retirement: Evidence from Survey and Register Data. Department of economics, University of Bergen; 2018.
4. Rogné AF, Syse A. The Effect of Retirement on Male Mortality. Quasi-experimental Evidence from Norway. *European Sociological Review*. 2018;34(5):501-17.
5. Texmon I, Borgan J. Høy utdanning og godt arbeidsmiljø bidrar til et langt liv. Samfunnsspeilet. 2016;2(2016).
6. Hellevik T. Nye muligheter for eldre arbeidstakere? Senter for seniorpolitikk 50 år - jubileumskonferanse 7 juni 2019.
7. Flere år - flere muligheter: Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn. 2016 [Available from: https://www.regjeringen.no/contentassets/c8a-8b14aadf14f179a9b70bc62ba2b37/strategi_eldrepolitikk_110316.pdf].
8. Meld. St. 19 (2014-2015): Folkehelsemeldingen - Mestring og muligheter. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
9. Endringer i arbeidsmiljølovens aldersgrenser fra 1. juli 2015 2015 [updated 08.05.2015. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/arbeidsmiljo-og-sikkerhet/innsikt/arbeidsmiljo/lovendringer-i-arbeidsmiljo-loven-fra-1-juli-2015/id2410675/>].
10. Holden S, Brochmann G, Calmfors L, Holen E, Røed K, von Simson K, et al. Norges offentlige utredninger: arbeid og inntektssikring. Tiltak for økt sysselsetting. Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet; 2019.
11. Bjørnstad A. Utviklingen i pensjonering og sysselsetting blant seniorer. I: Arbeid og velferd. 2018;2:2018.
12. Bråthen M, Bakken F. Seniorer i arbeidslivet—hva påvirker beslutningen om å fortsette i jobb? Arbeid og velferd. 2012;3:38-48.
13. Solem PE, Finseraas H, Nicolaisen M. Dårlig fysisk helse - ingen hindring for å jobbe? Samfunnsspeilet. 2009;2009/1(1).
14. Storeng SH, Krokstad S, Westin S, Sund ER. Decennial trends and inequalities in healthy life expectancy: The HUNT Study, Norway. *Scandinavian journal of public health*. 2018;46(1):124-31.
15. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388(10053):1545-602.
16. Helsetilstanden i Norge 2018. [Public health in Norway 2018]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2018.
17. Døde [Deaths]: Statistics Norway; 2019 [Available from: <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/dode>].
18. Folkehelse rapporten: Helse hos eldre i Norge www.fhi.no: Folkehelseinstituttet; 2018 [updated 23.05.18. Available from: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/>].
19. Statistikkbanken: Statistisk sentralbyrå (SSB); [Available from: <https://www.ssb.no/statbank/>].
20. Storeng SH, Sund ER, Krokstad S. Factors associated with basic and instrumental activities of daily living in elderly participants of a population-based survey: the Nord-Trøndelag Health Study, Norway. *BMJ Open*. 2018;8(3):e018942.
21. Langballe EM, Evensen M. Eldre i Norge: Forekomst av psykiske plager og lidelser. Folkehelseinstituttet; 2011.
22. Bye EK, Østhus S. Alkoholkonsum blant eldre. Hovedfunn fra spørreundersøkelser 1985-2008. 2012.
23. Støver M, Bratberg G, Nordfjærn T, Krokstad S. Bruk av alkohol og medikamenter blant eldre (60+) i Norge: Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag. Levanger: HUNT forskningscenter, NTNU; 2012.
24. Alkoholbruk i den voksne befolkningen: Folkehelseinstituttet; 2018 [updated 09.10.2018. Available from: <https://www.fhi.no/nettpub/alkoholnorge/omsetning-og-bruk/alkoholbruk-i-den-voksne-befolkningen/>].
25. Chang AY, Skirbekk VF, Tyrovolas S, Kassebaum NJ, Dieleman JL. Measuring population ageing: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet Public Health*. 2019;4(3):e159-e67.
26. Langballe E, Strand B. Vil fremtidens eldre være friskere. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2015;135:113-4.

Nasjonalforeningen
for folkehelsen

Din helse – vår hjertesak!

Nasjonalforeningen for folkehelsen er en frivillig, humanitær organisasjon med helselag og demensforeninger over hele landet. Vårt mål er å bekjempe hjerte- og karsykdommer og demens. Det gjør vi med forskning, informasjon, forebyggende tiltak og helsepolitisk arbeid. Vi er også en interesseorganisasjon for personer med demens og deres pårørende. Vår innsats finansieres med innsamlede midler og gaver.

Kampen om eldresaken

Under valgkampen kjempet partiene om å være best på demens- og eldreomsorg.

Det er bra. Men for å være best også etter valget, er det mye som må tas tak i.

Til tross for at eldreomsorg alltid er en viktig valgkampsak, ser vi igjen og igjen at helsetjenestene til mennesker med demens og syke eldre ikke er gode nok. Det er mye ugjørt både for den syke og de pårørende. Nesten sju av ti mener at eldre ikke får den oppfølgingen de trenger, og helsepolitisk barometer viser at majoriteten av befolkningen har liten tillit til at kommunen gir pårørende tilstrekkelig avlastning.

Folkehelseinstituttet anslår at 80 prosent av de som bor på sykehjem og 40 prosent av de over 70 år som mottar hjemmebaserte tjenester har demens. Denne gruppen vil dobles de neste tiårene. Til tross for økende kunnskap og økt engasjement for denne sykdommen i alle politiske partier, viser likevel erfaringene fra kommuner over hele landet at demenssyke ikke får den hjelpen de trenger.

Mye uløst

Fra Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demens 2018 vet vi at bare halvparten av de som har demens har fått stilt en diagnose. Da er det vanskelig å planlegge framtiden, skaffe seg oversikt over tjenestetilbudet og få de tjenestene man har behov for. Men selv for de som har en diagnose er det vanskelig å orientere seg. Bare halvparten har en koordinator. Selv om mange nok får god veiledning av demensteam og lignende, er det også svært mange pårørende som bruker mye tid på finne ut av tjenester og kommunal saksgang.

Vi vet det er få som har et dagaktivitetstilbud, få som har GPS og annen velferdsteknologi og mange som opplever at de er overlatt til seg selv. Pårørende mangler veiledning og avlastning, og mange bekymrer seg for om de syke får sykehjemsplass før de selv er utslitt.

Hva kan gjøres?

Når det i åra som kommer stadig blir flere som får demens, blir det helt nødvendig at kommunene ruster seg på en helt annen måte enn i dag. Som interesseorganisasjon for personer med demens og pårørende ønsker vi oss at partiene leverer på disse fire punktene etter valget:

1. **Økt kompetanse og økt kapasitet.** Det er behov for medarbeidere med kunnskap, erfaring

og ikke minst tid til å møte mennesker med demens på en best mulig måte, både i hjemmebaserte tjenester og på sykehjem.

2. **Avlastning for pårørende.** Belastningen for pårørende til personer med demens er stor, så stor at mange pårørende selv får helseproblemer. Det trengs en helt annen oppfølging, med kurs, god oppfølging fra demenskoordinator og avlastning.
3. **Flere sykehjemsplasser.** Målet om at folk skal kunne bo hjemme så lenge som mulig, må være basert på den enkeltes ønsker. Det må ikke være et mål i seg selv, slik det kan oppleves som. For personer med demens kan det føre til isolasjon og forverring av tilstand, og for pårørende kan belastningen bli for stor.
4. **Samarbeid med frivillige aktører.** Ansvar for velferdstjenester må være offentlig, men frivilligheten kan være et viktig supplement. Ved å legge til rette for frivilligheten, kan vi mobilisere flere til å delta i arbeidet med å lage møteplasser, skape innhold i dagen og gi noe å glede seg over for eldre og personer med demens.
5. **Satsing på teknologi.** Velferdsteknologi gir store muligheter for bedre oppfølging og tilrettelegging. For mennesker med demens vil tilbud om GPS bidra til økt frihet og trygghet. I dag er det så vidt over en prosent av de med demens som får et slikt tilbud. Dette bør på plass i alle kommuner.

Her er det veldig mye som er ugjørt og behovene er store. Personer med demens og deres pårørende opplever altfor ofte at systemene svikter dem.

Nå som valgkampen er over, ser vi fram til at løftene skal leveres når budsjettene legges senere i høst.

SKREVET AV



Mina Gerhardsen
generalsekretær i
Nasjonalforeningen for
folkehelsen
Foto: Siw Pessar

Eldres menneskerettigheter: Hvordan er utfordringene på disse områdene?

Vergemål og rettslig handleevne
Vold og seksuelle overgrep
Tvungen helsehjelp
Aldersdiskriminering utenfor arbeidslivet
Universell utforming – informasjons-, kommunikasjons- og tjenestetilgang
Helsehjelp, underernæring og uheldig legemiddelbruk
Eldre LHBTI-personers møte med helse- og omsorgstjenester

Eldre og menneskerettighetene

Å vise til brudd på menneskerettigheter er en meget slagkraftig argumentasjon for å sikre rettigheter og rette opp urett og undertrykkelse av ulike grupper. Menneskerettigheter for eldre har ligget i skyggen av menneskerettigheter for andre grupper som har kjempet fram sine rettigheter.

Norges institusjon for menneskerettigheter, NIM, har nettopp utgitt en *Temarapport 2019*, der de tar for seg eldres menneskerettigheter. NIM har som lovpålagt mandat å fremme og beskytte menneskerettighetene.

Hva er det lovrettslige grunnlag for eldres menneskerettigheter? FNs Verdenserklæring om menneskerettighetene slo i 1948 – med artikkel 1 – fast at «alle mennesker er født frie og med samme menneskeverd og menneskerettigheter». I 1976 ble Verdenserklæringen fulgt opp gjennom FN-konvensjonene om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, og om sivile og politiske rettigheter. Konvensjonene slår fast at menneskerettighetene skal gjelde for alle «uten forskjellsbehandling av noen art slik som på grunn av rase, hudfarge, kjønn, språk, religion, eiendom, fødsel eller annet forhold» (artikkel 2 i begge konvensjonene). Vi merker oss at alder ikke er nevnt.

Det første punktet NIM-rapporten tar opp er vergemål og rettslig handleevne. De fleste med nedsatt funksjonsevne er eldre, og det skjer en økning både i antall og andel med økende alder. I 2006 vedtok FN-konvensjonen om rettigheter til personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD).

Norge har tilsluttet seg FN-konvensjonen om rettigheter til personer med funksjonsnedsettelse (CRDP), som angår mennesker (inklusive eldre) som har «langvarig fysisk, mental, intellektuell eller sensorisk funksjonsnedsettelse som i møte med ulike barrierer kan hindre dem i å delta fullt ut og på en effektiv måte i samfunnet, på linje med andre (artikkel 12)». Konvensjonen er *ikke* inkorporert i norsk rett gjennom menneskerettsloven, og har dermed ikke forrang foran andre norske lover, men utgjør likevel en viktig premiss for politikkutforming. Artikkel 12 i CRDP bekrefter at personer med nedsatt funksjonsevne har rettslig handleevne på lik linje med andre, på alle livets områder, og de skal ikke kunne fratas sin rettslige handleevne. Staten skal sikre tiltak som gjelder utøvelse av rettslig handleevne, og ha beskyttelsesmekanismer som gjelder misbruk. FNs komite for personer med nedsatt funksjonsevne (CRDP) har uttalt at å *frata* noen deres rettslige handleevne er ulovlig, etter konvensjonen.

Norge har *to former for vergemål*, en frivillig og en tvungen. Den første krever skriftlig samtykke av den det gjelder, den andre – den tvungne – må besluttes av en domstol. I alt 36 200 voksne personer har verger, all hovedsak frivillig, og omtrent 250 personer har full eller delvis fratakelse av rettslig handleevne. Dette gjelder først og fremst personer med demens.

Hvordan er så praksis med vergemål? Riksrevisjonen har i en gjennomgåelse (i 2018) funnet at i 2/3 av sakene er vergemålene *generelt* utformet, og ikke tilpasset personen det gjelder.



Temarapport 2019
Eldres menneskerettigheter – Syv utfordringer

KOMMENTERT AV
Kirsten Thorsen
Dr. philos, seniorforsker,
tidligere professor

I vel halvparten av sakene er det ikke dokumentert at fylkesmannen har snakket med dem vergemålet gjelder. Det mangler en oversikt over opplæringen av verger, og en plan (eller instruks) for fylkeslegens tilsyn med verger. Likestillings- og diskrimineringsombudet (1) peker på at verger mangler kunnskap om CRPD, at enkelte verger har altfor mange personer under vergemål og at noen verger går ut over sin fullmakt. Det er avdekket stor svikt i vergemålsordningen når det gjelder individtilpasning, og rettsikkerheten er dårlig for mange.

NIM anbefaler at rettsikkerheten styrkes for personer uten samtykkekompetanse, som særlig gjelder personer med demens, at den enkeltes selvbestemmelsesrett respekteres i størst mulig grad og at vergemål må tilpasses individuelt. NIM støtter at Justisdepartementet har foreslått endringer i vergemålsloven som vil bedre den enkeltes rettsikkerhet.

Det neste punktet rapporten tar for seg er *vold og seksuelle overgrep mot eldre*. Seksuelle overgrep mot eldre er tabubelagt (2), og vold og overgrep mot eldre er et usynlig samfunnsproblem (3). Slik vold er vanskelig å avdekke, spesielt når den er rettet mot eldre. Det mangler kunnskap, kartleggingsverktøy og veiledning, og eldre er i liten grad nevnt i kommunale handlingsplaner. Norge har som stat en menneskerettslig plikt – en aktivitetsplikt, til å gripe inn for å forebygge og hindre vold og overgrep.

NIM-rapporten understreker at myndighetene bør iverksette tiltak på systemnivå for å forebygge og forhindre vold mot eldre, og styrke kompetansen til helse- og omsorgspersonell, og kommunene bør utarbeide og iverksette handlingsplaner mot vold i nære relasjoner. Dette lille og forsiktige ordet bør, synes svakt, stilt overfor volden og overgrepene som forekommer og den aktivitetsplikt Norge har.

«Mange har ikke digital kompetanse overhodet, og den raske innføringen av offentlig digital bruk skaper funksjonshemming.»

Det neste punktet er *tvungen helsehjelp*, som støter an mot personens rett til og respekt for sitt privatliv (EMK artikkel 8). En person må samtykke til helsehjelp. Spørsmålet oppstår spesielt om hva man skal gjøre om personen har demens og ikke er samtykkekompetent. Tvang skal være siste utvei og stå i forhold til det man ønsker å oppnå. Det skal foreligge skriftlige vedtak og være adgang til å klage. Pasient- og brukerrettsloven fikk i 2009 et nytt kapittel 4. I juni 2016 opprettet regjeringen «tvangslovutvalget» som skal foreta en gjennomgang av loven på feltet, og resultatet av arbeidet vil foreligge 15. juni 2019. Selv innenfor dagens lovverk er praksis svært mangelfull. En rapport (4) fra SSB viser at kun halvparten av landets kommuner har registrert bruk av tvang i helse- og omsorgssektoren.

NIM anbefaler flere undersøkelser av omfanget av vold, mer kunnskap hos helsepersonell på sykehjem og sikring av eldres rettsikkerhet, ikke minst dokumentert ved vedtak.

Et viktig punkt er *aldersdiskriminering utenfor arbeidslivet*. Den nye likestillings- og diskrimineringsloven trådte i kraft 1. januar 2018, og lanserte (§6 første ledd) et forbud mot diskriminering på grunn av alder på alle samfunnsområder, med ett vesentlig unntak: Aldersgrenser som følge av lov eller forskrift er unntatt og er *ikke* aldersdiskriminering (§9).

At aldersdiskriminering i arbeidslivet – som det er grunn til å anta er omfattende – er unntatt, skyldes at det på arbeidslivets områder gjelder spesiallovgivning, som arbeidsmiljøloven kapittel 13. NIM mener at unntaket er menneskerettslig problematisk, og anbefaler at myndighetene ser nærmere på om dette unntaket er i strid med forbudet i § 6.

Det sjette punktet gjelder universell *utforming og tilgang til informasjon, kommunikasjon og tjenester*. Stadig mer informasjon og tilgang til tjenester skjer nå digitalt, noe som har ført til at flere eldre og personer med funk-

sjonsnedsettelse får vanskelig tilgang. Mange har ikke digital kompetanse overhodet, og den raske innføringen av offentlig digital bruk skaper funksjonshemming. Stortingsmelding 27 (205-2016), Digital agenda for Norge, peker på målsettingen om å styrke digital kompetanse og deltakelse gjennom livet, men nevner ikke eldre spesifikt. Staten har (artikkel 9) en plikt til å sørge for at personer med funksjonsnedsettelse skal kunne delta på alle områder, og skal sikre (artikkel 21) at de kan bruke sin ytrings- og informasjonsfrihet.

NIM-rapporten konstaterer utfordringen når det gjelder digitalisering, men formulerer ingen krav eller peker på konkrete handlinger som oppfyller handlingsplikten.

Siste punktet gjelder eldre *LHBTI-personers møte med helse- og omsorgstjenesten*. Eldre lesbiske, homofile, bifile, trans- og interkjønns-personer er i liten grad inkludert i forskning, og en vet lite om dem og deres møter med helsevesenet og det offentlige. En kan anta at de møter særlige utfordringer om åpenhet og respekt.

NIM anbefaler at en bør sikre økt kunnskap på dette feltet.

Sammenfattende må det sies at NIMS anbefalinger når det gjelder eldre og menneskerettigheter er forsiktige og tilbakeholdende, med få krav til handling. Mange råd dreier seg om å skaffe mer kunnskap på feltet.

Likestillings- og diskrimineringsombudet hevder (5): «Norge har fremdeles en velferdstilnærming til funksjonshemmede, og ikke en rettighetstilnærming som sikrer selvbestemmelse og likestilling». En velferdstilnærming gjelder i enda høyere grad eldres menneskerettigheter. Dette vil bli presserende utfordringer framover, når den store økningen i antall eldre kommer.

■ kirsten.thorsen@aldringoghelse.no

REFERANSER:

1. Likestillings- og diskrimineringsombudet. CRPD 2015. Ombudets rapport til FNs komité for rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne – et supplement til Norges første periodiske rapport. 2015: 32-33.
2. Malmedal W, Iversen MH, Sæbø VF, Kilvik A: Dette skjer ikke. Eller gjør det? Resultater fra en studie om seksuelle overgrep mot eldre i sykehjem. Trondheim: NTNU, 2016.
3. Vold og overgrep mot eldre personer. En nasjonal forekomststudie. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKTVS). Rapport nr. 9/17.
4. Otnes B. Menneskerettighetssituasjonen til beboere i sykehjem. Operasjonalisering og tallfesting ved hjelp av SSBs statistikk over kommunale omsorgstjenester. SSB. Notater 2018/28: 12.
5. Likestillings- og diskrimineringsombud Hanne Bjurstrøm. Slik bidrar du til å likestille funksjonshemmede, Grande. Aftenposten lørdag 18. mai 2019: 34.



Bildet av beboeren og hennes store kjærlighet ledet til refleksjon rundt temaet kjærlighet og savn.

Demensomsorg i bilder

Et kommunikasjonsprosjekt der pasienter med demens blir fotografert i hverdagsmøter med pleiere. Fotografiene skal synliggjøre verdighet i demensomsorgen.

Ifølge Nasjonalforeningen for folkehelsen er det i dag rundt 77 000 personer med demens i Norge (1). Det forventes en dobling av antall personer med demens innen 2040 (2). De fleste personer med demens bor på sykehjem de siste årene av sitt liv og gruppen utgjør over 80 prosent av pasientene ved norske sykehjem (3, 4). Medieomtalen av omsorgen på sykehjemmene er ofte kritisk, under overskrifter som for eksempel «Sykehjem-ansatt klippet snoren av alarm for å slippe masete pasient» (5) eller «Regjeringa vil ha matlukta tilbake på sykehjemmene. Står det virkelig så dårlig til med maten?» (6). Medias oppdrag er å informere om det som skjer i samfunnet og avdekke kritikkverdige forhold. Det er også pressens oppgave å beskytte enkeltmennesker og grupper mot overgrep eller forsømmelser fra offentlige myndigheter og institusjoner, private foretak

SKREVET AV
Nadia Jdaini,
medieviter
Betanien rehabilitering
og sykehjem

Frøydis Bruvik,
førsteamanuensis
Universitetet i Bergen

eller andre. Media er en viktig stemme i samfunnet, men det sterke kravet om å avdekke urett kan utfordres (7). Livet på sykehjem oppleves som mer nyansert enn det vi leser i media. En nyere norsk kvalitativ studie hvor tolv eldre med demens på sykehjem ble intervjuet, konkluderte med at de fleste trives på sykehjem (4).

Ved Betanien rehabilitering og sykehjem hadde vi en felles oppfatning av at media ofte er ensidig negative i sine beskrivelser av sykehjemslivet. Pårørende hos oss beskrev at de opplevde det som en belastning. Dette var bakgrunnen for at vi etablerte kommunikasjonsprosjektet «Demensomsorg i bilder», hvor vi ønsket å kommunisere flere sider av livet på sykehjemmet. Prosjektets intensjon var å styrke

verdighet i kommunikasjon ved å vise representative situasjoner og øyeblikk fra vår avdeling. Prosjektet er forankret i medievitenskaplige og helsefaglige teorier og praksis (7, 8).

For mange eldre med demens kan omgivelsene oppfattes som forvirrende og derved medføre uro. Personalets kompetanse om demens og deres evne til å gripe gyldne øyeblikk kan utgjøre forskjellen mellom en god og en dårlig dag. Et sentralt grunnelement i prosjektet er å tilrettelegge for personorientert kommunikasjon utviklet av teolog og sosialpsykolog Tom Kitwood. Hans perspektiv er at det eksisterer en iboende verdighet i ethvert menneske (8).

De flere hundre bildene tatt gjennom prosjektet har som formål å løfte fram denne iboende verdigheten ved å fange ulike situasjoner og øyeblikk som setter verdighet og identitet i fokus.



Et innblikk i musikkens språk. Hvem er jeg, og hvem var jeg, gjemmer seg bak teksten til en kjent sang.

Prosjektets målsetting

Målet med prosjektet er å øke fokuset på verdighet hos pasientene, bidra til mestring og faglig stolthet hos pleierne samt å etablere en dialog med pårørende. Hensikten med studien er å bruke foto av pasient- og pleierøyeblikk for å konkretisere hverdagslivet med demens på sykehjem. Gjennom prosjektet ønsket vi å finne en kreativ kommunikasjonsløsning som kunne inspirere til dialog og forståelse for hverandre.

Metode

Sted/organisering

Prosjektet ble gjennomført på Betanien rehabilitering og sykehjem avdeling 2b, som er en avdeling for 26 personer med demens. Vi etablerte en prosjektgruppe bestående av tre personer fra ledelsen (avdeling og institusjonsnivå), en aktivtør og en medieviter (initiativtager, foto-

graf og prosjektleder) som hadde arbeidet i ett år på avdelingen.

Deltakere

Alle 26 pasienter på avdelingen ble invitert til å delta i prosjektet. Det ble sendt ut informasjon om prosjektet sammen med samtykkeskjemaer til 25 nærmeste pårørende.

En pasient på avdelingen, som ble vurdert til å ha samtykkekompetanse, fikk informasjon om prosjektet i samtale med prosjektleder før samtykkeskjemaet ble signert. Prosjektleder gjennomførte oppfølgingssamtaler over telefon med alle aktuelle pårørende for å forsikre at de fikk tilstrekkelig informasjon. Det ble innhentet samtykke for 17 pasienter, 16 kvinner og en mann. To pårørende ønsket ikke å delta, og det var syv pårørende som ikke svarte på henvendelsen.

Alle ansatte ved avdelingen, 23 kvinner og fire menn, fikk informasjon om prosjektet på rapportmøtene. Prosjektleder gikk deretter igjennom samtykkeskjemaet sammen med den enkelte ansatte. Det var 24 av de ansatte som ønsket å delta i prosjektet. To pårørende ble intervjuet av avisen Dagen i forbindelse med reportasje om prosjektet (9).

Innsamling av data

I perioden juli til september 2018 ble det gjennomført fotografering av 17 pasienter og 22 ansatte. Det ble tatt portrett- og stemningbilder av pasientene alene eller sammen med andre pasienter eller pleiere.

Etikk

Avdelingen er tilrettelagt for pasienter med langtkommet demens. Demens påvirker pasientenes samtykkekompetanse. Det ble gjennomført en vurdering av den enkeltes samtykkekompetanse. Det ble så tatt kontakt med pårørende som kunne gi samtykke til deltakelse på vegne av pasienter som ble oppfattet til ikke selv å ha samtykkekompetanse. I forbindelse med hver fotografering ble det hentet inn muntlig samtykke fra den enkelte pasient når det var mulig, alternativt ble det utøvd skjønn knyttet til fotografering ut fra kjennskap til pasientens kroppsspråk. Pasientens ønske ble avgjørende i situasjonen, selv om pårørende hadde samtykket på pasientens vegne.

Tolkning av resultatene

Tolkning av fotografiene i prosjektet er basert på medievitenskapelige analyser av visuelle medier og tekst. Tolkningene er knyttet til analyse av symbolikk i kroppsholdning, ansiktsuttrykk og bildespråkets uttrykk (10).



Resultater

Fotografering av portrett- og stemningsbilder fant sted i avdelingsstuer, kjøkken og sansehagen. Det ble til sammen tatt over 400 bilder. Stemningsbildene viser samspill mellom pleiere og pasienter i musikkstund, turer i sansehagen, matlaging, dans og sosialt samvær i stuen og gangområdet. Det er tatt portrettbilder av 16 kvinner og en mann i de ulike settingene beskrevet ovenfor. Portrettene av pasientene har fokus på deres ansiktsuttrykk. Trettifire stemningsbilder ble valgt ut til å inngå i en fotobok.

På bakgrunn av fotograferingen ble det gjennomført to bildeutstillinger for henholdsvis pasienter og pårørende samt for personale. På bildeutstillingen for pasienter og pårørende kom det totalt 87 personer. I tillegg til 21 pasienter og 36 pårørende deltok to musikere som sto for underholdningen, tre kokker på kjøkkenet, åtte frivillige og 17 ansatte. De ansatte serverte og hjalp pasienter uten følge av pårørende. Ledelsen ved Betanien hadde ansvar for koordinering og var konferansierer ved tilstelningen. Portrettbildene ble utstilt i sentrum av sceneområdet og stemningsbildene ble delt ut i form av bildebok til hver av de fotograferte pasientene. På utstillingen for ansatte kom det 17 kvinner fra avdelingen. Utstillingen ble arrangert som en kurvfest og alle deltakerne tok med mat og drikke. En av de ansatte sto for musikkunderholdningen. Portrettbildene ble stilt ut i sentrum av sceneområdet og det ble gitt ett eksemplar av bildeboken til avdelingen.

Reportasje om demensomsorg

I forbindelse med prosjektet inviterte vi en journalist fra avisen Dagen til avdelingen for å

lage en reportasje om livet til pasienter med demens på sykehjemmet (9). Prosjektgruppen hadde et informasjonsmøte med journalisten for å avtale hvordan besøket på avdelingen skulle gjennomføres med hensyn til pasientenes privatliv og sykdomsbilde. Alle pårørende ble informert om besøket i forkant. Ni personer fra sykehjemmet deltok i reportasjen, alle kvinner, fire pasienter, to pårørende og to pleiere i tillegg til prosjektleder.



Journalisten gjennomførte intervjuer med to pårørende hver for seg og et gruppeintervju med pleierne. Gjennom hele besøket ble journalisten veiledet av prosjektlederen, som fungerte som kontakt mellom journalisten og de som ble intervjuet. Dette innebar praktisk koordinering, og faglig og etisk vurdering med hensyn til ivaretagelse av pasientenes privatliv. Journalisten deltok på trimstund sammen med pasientene og aktivtør på stuen. Pasienter med samtykke til fotografering ble plassert slik at det kun var

En tur i sansehagen kan være en reise i minner (t.v.). Omgivelsene betraktes med ro (t.h.) og naturen nytes, mens vi veksler noen ord.

Besøk av barn vekker glede.

de som ble eksponert. Journalisten deltok som observatør i aktiviteten.

Reportasjen fikk spalteplass på avisens forside og utgjorde fem sider i bilaget Dagen Helg, i tillegg til et forberedende innlegg en uke før hovedinnlegget (9).



Utsikten fra balkongen en fin sommerdag kan også vekke minner.

Diskusjon

Prosjektet har gitt oss erfaring med det å gjennomføre tiltak for å kommunisere hverdagsøyeblikk i demensomsorg. Vår vurdering er at tiltaket har formidlet deltakernes verdighet til deres pårørende. Bruk av fotografier i strategisk kommunikasjon var resultat av et bevisst valg. Fotografier er et sterkt og uttrykksfullt kommunikasjonsvirkemiddel, som kan synliggjøre, framheve og tolke den sanselige verden. Når vi som publikum ser på et foto leser vi flere lag med kodet budskap (10). Møtene gjennom fotografering av situasjonene og det å se på bildene sammen med pasientene, har åpnet opp for dype, morsomme og triste samtaler om livet og betraktninger om hvordan det er å glemme. Også i kollegiet og i møte med pårørende har fotograferingen, og det å se på bildene sammen, gitt rom for gode dialoger og betraktninger om faglige spørsmål knyttet til omsorg og verdighet i møte med pasienter.

Bildeanalyse

Fotografiene visualiserer øyeblikk i hverdagen for å løfte fram stemningen i mennesker og fortelle en historie som setter verdighet og identitet i fokus. Det er tatt bilde av pasienter på tur i sansehagen sammen med pleiere. Bildene fanger engasjementet hos pleierne og velværet hos pasientene ved synet av blomster og smaken av hagens bær. Fotografiene fanger pasientenes

nyttelse, fortolket som sanseinntrykk gjennom naturopplevelsen og fellesskapet mellom pasient og pleier. I fortolkning av bildene ser vi velværet av for eksempel det å bevege seg i friluft, hvor to pasienter sittende på en benk med øynene lukket uttrykker tilfreds «hvor deilig er ikke dette». Ved å få ta del i situasjonen i etterkant, gjennom fotografiet, får vi et innblikk i det vi forbinder med Tom Kitwoods perspektiv på det enkelte menneskes iboende verdighet (8). Fotografiene viser samspillet mellom pasientene og initiativrike, personorienterte og glade pleiere, som mestrer å skape flere gode øyeblikk i en travel hverdag. Dette er øyeblikk som gir grunnlag for faglig stolthet og mellommenneskelig fellesskap og tilhørighet.

En annen opplevelse som er fotografert er da en pasient kom tilbake fra en handletur på senteret. Bildet fanger omsorgen og gleden da pasienten overrakte en veske til sin medpasient. Fotografiet uttrykker et betydningsfullt møte mellom to mennesker som bryr seg og er takknemlige. Fotografiet dokumenterte et øyeblikk av essensiell mellommenneskelig kontakt og omsorg som kan styrke opplevelsen av å ha en verdig tilværelse i godt miljø.

Fotografiene viser det friske mennesket med fokus på å framheve identitet, som for eksempel foto av en eldre kvinne som engasjert tok ansvar for å lage sveler på takke, og med litt hjelp fra medpasienter laget syltetøy. Fotografiet viser hvordan denne eldre kvinnen blomstrer når hun får bruke sine kunnskaper og livserfaringer fra et langt liv på gård. Personer med demens opplever mange tap og livet på sykehjem kan være preget av passivitet, mangel på mestringsopplevelse og svekket selvfølelse. Fotografier som identifiserer pasientenes ferdigheter og aktiviteter knyttet til deres identitet kan bidra til en mer positiv opplevelse av hverdagen. Det å se på fotografier i etterkant av opplevelsene kan bidra til å opprettholde den positive følelsen som oppsto i situasjonen. Dette er spesielt verdifullt overfor en pasientgruppe som uten fotografiet som hukommelseshjelpemiddel fort ville glemme situasjonen. Vår erfaring er videre at det å løfte fram de gode stundene ved å se på fotografiene er verdifullt for pårørende, og at bildene blir inspirasjonskilder for aktivitet både for pårørende og pleiere.

Ifølge pleierne bidrar fotoene til å løfte fram identitet og muligheter hos den enkelte. Å få se på bilder av seg selv sammen med personalet på utstillingsfesten var et godt øyeblikk.

Pasientenes egen stemme

Tanken bak prosjektet var at fotografen skulle være flue på veggen og fotografer verdifulle hverdagsøyeblikk uten å forstyrre. Vi erfarte imidlertid at fotograferingen fungerte best og minst forstyrrende når fotografen var aktivt til stede og kommuniserende i miljøet, for eksempel sittende i sofaen sammen med pasientene for å drikke kaffe, prate og ta bilder innimellom. En annen faktor ved fotograferingen var pleierens interaksjon med pasientene som muliggjorde det å fange gode øyeblikk. Det var avgjørende å finne en tilnærming som ivaretok pasientens verdighet, at de følte seg bekvemme i situasjonene og at bildene formidlet et mest mulig autentisk øyeblikk. For å skape trygghet hos pasientene fikk de se og prøve kameraet, og fotografen var nøye med å spørre om tillatelse til å fotografer og gjenta informasjon om hva fotografiene skulle brukes til.

Pårørende- og pleierperspektiver

Allerede fra prosjektets start var det stort engasjement blant personalet i avdelingen knyttet til samtaler om helsefaglige spørsmål basert på kompetanse og arbeidserfaring, eksempelvis hvordan ressursknapphet påvirker kvaliteten og forbedringspotensialet. Personalet uttrykte frustrasjon over det som ble oppfattet som en ensidig og negativ medieomtale av «sykehjemslivet», en oppfatning som skulle vise seg å bli mer optimistisk senere i prosjektet.

Etter besøket av journalisten fra avisen Dagen fortalte flere av pleierne at de opplevde at deres faglige interesse ble løftet fram og kommunisert gjennom prosjektet. Et eksempel på en slik tilbakemelding er fra en pleier som sier «En av grunnene til at jeg falt for prosjektet er at jeg vet at det er en kunst å formidle god omsorg ut i samfunnet, og jeg tror altfor få er opp-tatt av det og villig til å gjøre det». Vi vurderer at dette har hatt en positiv betydning i støtte til faglig stolthet i arbeidet med denne pasientgruppen. En munter og engasjert personalgjeng involverte seg i prosjektet ved å komme med kreative ideer, påta seg oppgaver og legge til rette for at pasientene hadde gode opplevelser ved fotografering. Dette var av stor betydning for gjennomføring av prosjektet.

Artikkelen i avisen Dagen formidlet faglige perspektiver. I tillegg ga artikkelen rom for pårørendes erfaringer og tanker om verdighet, demens og demensomsorg. Vår vurdering er at pleiernes og pårørendes perspektiver komplementerer hverandre og på den måten gir økt innsikt og forståelse for hverandres erfaringer.

Styrke og begrensninger

En begrensning i prosjektet er at bildene i hovedsak fanger gode eller nøytrale øyeblikk, og ikke vanskelige situasjoner som kunne vært brukt til å opparbeide fokus på manglende verdighet. Styrken i dette er at vi ivaretar prosjektdeltakernes verdighet. Vi vil videre argumentere for at prosjektets målsetting om å skape verdighet kan oppnås ved å søke og dokumentere situasjoner hvor denne verdigheten uttrykkes. Situasjonene som fanges i foto gir et grunnlag for en felles positiv opplevelse. Denne erfaringen kan styrke trygghet og felleskap i avdelingen. Vår oppfatning er at denne type tiltak styrker det positive i avdelingsmiljøet. Prosjektets fokus på verdighet kan, sammen med medias kritiske blikk, bidra til en mer nyansert historie om livet på sykehjem.

En annen begrensning som ligger i et prosjekt som dette, er spørsmålet om de fotograferte situasjonene er konstruert i større grad enn at øyeblikk er fanget. Prosjektet har hatt en helt klar intensjon om å fange øyeblikk. Fotografen var ansatt i avdelingen som pleier før prosjektet ble etablert. Dette har gjort det mulig å gjennomføre fotograferingen med mindre fokus på fotografen enn om denne var ukjent i avdelingen. Prosjektperioden gikk

over flere uker. Deltakerne ble derved fortrolig med tilstedeværelse av kamera. Mange av bildene er tatt på stor avstand fra situasjonen. Noen av bildene er tatt i situasjoner hvor fotografen har vært i kontakt med pasientene. Om bildene likevel er preget av at kamera er tilstede, kan vi ikke avvise. I utvelgelsen av bilder til prosjektet har det imidlertid blitt vektlagt «øyeblikk» som vi vurderer representerer hverdagslivet i større grad enn om de var konstruert for fotosituasjonen.

Konklusjon

Fotografiets dokumenterende evner er med på å løfte fram virkelige øyeblikk på en slik måte at de framheves og tydeliggjøres. Prosjektets styrke er å formidle verdighet og demensomsorg gjennom bilder. I dialog med pasienter, ansatte og pårørende ser vi at fotografiene engasjerer. Vi opplever at prosjektet har løftet fram tanker og meninger om verdighet og demensomsorg. Dette kan bidra til en tillitsfull dialog.

■ nadia.jdaini@betanien.no

REFERANSER:

1. Hva er demens? <https://nasjonalforeningen.no/demens/hva-er-demens/>. 2019.
2. Prince M, Bryce R, Albanese E, Wimo A, Ribeiro W, Ferri CP. The global prevalence of dementia: A systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*. 2013;9(1):63-75.e2.
3. Selbaek G, Kirkevold O, Engedal K. The course of psychiatric and behavioral symptoms and the use of psychotropic medication in patients with dementia in Norwegian nursing homes-a 12-month follow-up study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2008;16(7):528-36.
4. Bergh S, Holmen J, Saltvedt I, Tambs K, Selbæk G. Dementia and neuropsychiatric symptoms in nursing-home patients in Nord-Trøndelag County 2012. 1956-9 p.
5. Five ML. Sykehjemsansatte klippet snoren av alarm for å slippe masete pasient. TV2. 2019.
6. Hjelme S. Regjeringa vil ha matlukta tilbake på sykehjemmene. Står det virkelig så dårlig til med maten? . *FriFagbevegelse Nettavis*. 26.02.2019.
7. Gripsrud J. Mediekultur, mediesamfunn. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
8. Brooker D. Personsentrert demensomsorg. Oslo: Aldring og helse; 2013.
9. Almelid JH. Gammel og glemsk, men takknemlig for livet. *Avisen Dagen*. 13.10.2018.
10. Larsen P. Medievitenskap. Medier- tekstteori og tekst-analyse. Fagbokforlaget. 2008;Bergen.



Illustrasjonsfoto: ©De Visu - stock.adobe.com

Å miste sin nærmeste: Å tape et «vi» og seg selv

I en tidligere ensomhetsstudie ble en gammel mann intervjuet etter at konen var gått bort (1). Han forteller: «Hvordan det var å bli alene? Det kan ikke beskrives. (...). Det er fremdeles veldig tomt. Vi var jo sammen i nesten 50 år. Ensom? Når jeg sitter hjemme alene, da blir jeg ensom støtt. Hvordan det føles? Alt er umulig, ikke noen å snakke med, ikke noen å hjelpes ad – ingenting (...). Det er liksom så lite å glede seg over nå.» Framover «er det svart alt som er.» (s. 79).

Hva er det mest skremmende ved å bli gammel? Døden rykker stadig nærmere, den forventede framtiden kortes inn. For noen gjelder det å leve noen måneder til. Men like skremmende kan det være å miste noen av sine nærmeste, sin ektefelle, et barn.

SKREVET AV

Kirsten Thorsen,
psykolog, Dr.philos.,
seniorforsker,
professor emerita
Aldring og helse
Oslo Metropolitan
University

Signe Tretteteig,
sykepleier, PhD,
Aldring og helse

Sissel Gran skriver i sin siste bok, *Inni er vi alltid unge. Aldringsmeditasjoner* (2) at det er noe hun kvier seg for å skrive om, fordi det «kjennes farlig». Det hun er aller reddest for, er å miste *sitt livsvitne* – sin mann. Et livsvitne er den som ved å være der, for deg, bekrefter og opprettholder din unike verdi som menneske. Disse menneskene er bokstavelig talt livsviktige for livslust, livsgnist og livskvalitet. Illevarslende symptomer hos partneren blir signaler om at det verste kan skje. Katastrofeberedskapen ligger like under overflaten. Sønnen blir dårligere, immunapparatet svekkes og en bli et lett bytte for sykdommer. Skrekken er å bli alene, å oppleve ensomhet, å bli forlatt – etterlatt? Men er det også noe mer man taper?

Det finnes mange studier om ensomhet og tap, med data fra store utvalg av informanter. I den longitudinelle NorLAG-studien ble 3 750 personer, 40–80 år, fulgt fra 2002–2003 til 2007–2008 (3). Ensomhet ble her målt ved spørsmålet «Hender det at du føler deg ensom?», et spørsmål som er anvendt i mange norske og internasjonale undersøkelser. Undersøkelsen viser hvem som er mest ensomme, og hvilken innvirkning tap av ektefelle eller skilsmisse har på ensomhet i ulike aldersgrupper, målt blant annet ved sivil status. Men tallenes tørre tale forteller ingenting om hvilken *mening* tapet har, den eksistensielle betydning for den som er «blitt etterlatt».

Sissel Gran (2) siterer psykiateren Phillipe Caille som sa: «Husk at et parforhold er mer enn summen av de to partene. Én og én er ikke to. Én og én er tre.» (s. 148). Også paret er borte. Hun henter sitt stoff fra samtaler med mennesker som har mistet sin kjæreste. En kvinne forteller henne at hun under mannens sykeleie opplevde å eksistere ved siden av seg selv. «Innvendig blødde jeg på en måte ut, selv om jeg utenpå fremstod som sterk og handlingsrettet.» Hun savner å være de to, og hun savner den bekreftelsen han ga henne. Sammen med ham ble hun en bedre versjon av seg selv. Mange opplever at de *krymper, blekner, tømmes*, eller *blir borte* når livsvitnet går bort. Ikke bare tosomheten blir borte, men de blir en fattigere utgave av seg selv. Sissel Gran viser til forfattere som tør gå inn i sin sorg og vise den for andre. Litt Woon Long (4) spør: «Hvem er jeg nå?» Joan Didion (5) føler seg usynlig, ulegemlig.

Oppløsningen av vi-et kan gå over lang tid, ved progredierende sykdommer som kreft eller demens. Kjersti Eriksson sier i sin bok: *Alene* (6), om den siste tiden: «Eller sammen? Vi var en som kanskje skulle dø snart, og en som ikke skulle det. Finnes det noe fellesskap på tvers av slikt?» (s. 78). Etter hans død opplever hun at: «Jeg er ikke lenger viktigst for noen. Ikke den nærmeste. Dette er første skritt i det som nå skal skje med meg: jeg skal vikles ut av livet.» Hun er blitt «essensielt uunnværlig». Hun sier: «Jeg vil finnes i noe som ikke lenger finnes (...). Det som var meg i ham er også borte, hvem hun enn var, så finnes hun ikke lenger.» (s. 58).

I vennekretsen har parene framstått i sin tosomhet. Å bli alene er å være på usikker grunn – sårbar. Spørsmålet ligger der: Var det kun «oss» som var en del av fellesskapet, og kanskje mest den som er borte? Kan jeg alene fylle rollen som «vi-et» hadde før? Har jeg tyngde nok, er jeg interessant og verdifull nok – alene? Kvinnen Sissel Gran samtalte med, er redd for å ta for *mye* plass. I forhold til de voksne barn er

«... Ikke bare tosomheten blir borte, men de blir en fattigere utgave av seg selv.»

«... Det som var meg i ham er også borte, hvem hun enn var, så finnes hun ikke lenger.»

hun redd for å være for invaderende. Hun er blitt langt mer opptatt av sine grenser mot andre og foretar stadig grensejusteringer i det nye ukjente sosiale landskapet. Også venner blir tilbakeholdne og usikre. Samtalen lider. Skal de ta opp samtale om den som gikk bort og spørre hvordan den som er tilbake, har det? Også den døde blir usynliggjort. Sheryl Sandberg forteller at ingen nevnte mannen hennes som plutselig hadde gått bort, ingen spurte hvordan hun hadde det (7).

Sissel Gran forteller at faren, som hadde pleiet sin kone trofast gjennom mange og lange sykdomsperioder, ble forskrekket og forvirret etter at hun ble borte. «Han ble en mann uten feste». De hadde ikke hatt et varmt, kjærlig eller fortrolig forhold. Men hun hadde bekreftet hans betydning i verden.

Han og andre mistet balansen i livet da partneren ble borte. De ble bokstavelig talt også legemlig ustøe. Studier viser at pårørende til personer med demens kan ha fysiske endringer i kroppen i form av forhøyede nivåer av stresshormonet kortisol og nedsatt immunsystem (8). Det er en overdødelighet blant dem som har mistet ektefellen (9). «Vi vet ikke hvor beskyttet vi er av andres tilstedeværelse i vårt liv før de ikke lenger er der.» sier Sissel Gran. Hun bruker ord som «å fade bort». Andre metaforer er å *bli nedbrutt, svinne hen*, å bli *et vrak*. Når liv og identiteter er sammenvevde, risikerer den etterlatte i lange stunder å møte kun *en skygge av seg selv*. Selvoppholdelsesdriften kan bli borte når livsfortellingen blir brutt.

Å bli etterlatt kan gi sanse- og smertetap. Verden blir grå, uten smak, dufter og lyder. Det levende og fargerike forsvinner. Det er de søkende, sensitive ordenene som best fanger det usigelige. Metaforer kan være inntak til å forstå opplevelser bedre (10). De vitenskapelige begrepene i kvantitative studier fanger ikke opp betydningsnyansene. De blir grove som samlekasser.

At personer frykter både å bli alene og miste tosomheten, finner vi i forskning om pårørende som gir omsorg til sin ektefelle med demens. Studier viser at ektefeller, særlig kvinner, kan ha større omsorgsbyrde og flere helseplager enn andre omsorgsgivere (11–14), og at de hjelper så lenge at det går ut over egen helse og livskvalitet (15, 16). Sitatene som følger er hentet fra en casestudie der fem pårørende til personer med demens ble fulgt opp gjennom tre kvalitative intervjuer over to år (13, 17). De forteller om hvordan de opplever omsorgen, og hvordan den endrer seg når demenssykdommen blir mer alvorlig. En kvinne på 88 år med en mann med alvorlig demens, blir spurt om hvordan hun ser på fremtiden. Hun svarer: «De der

angstgreiene (mine), det er det verste. (...). Så sier jeg, jeg orker ikke å tenke på det, for liksom.... Akkurat som å avskrive at han skal være der, det, det er...». Gjentatte ganger finner vi at personen stotrer og stammer, og stopper opp. Setningene blir ikke fullført, ordene blir ikke sagt, det mest skremmende ligger der uuttalt – at ektefellen skal flytte på sykehjem. Hun fortsetter: «Jeg tar en dag av gangen. Jeg trenger jo ikke krefter til mer enn en dag av gangen. Det er bare det at; Hvor lenge? Jeg er jo 88 år, så hvor lenge? Så ber jeg om hjelp (fra Gud) for å klare det, så går det som regel.»

En annen kvinne sier om hjelpen hun gir sin sterkt omsorgstrengende mann med demens: «Vi har jo vært gift i så mange år, 55 år, ja, så det hadde jo vært rart om jeg skulle plent sagt, at «Nei! Nå får andre ta seg av ham, for jeg gidder ikke lenger!» (...). Det er de gamle båndene som har vært der helt fra vi var unge.» Tosomheten formulerer hun slik: «Ja, jeg tar meg av ham fordi han skal ha det bra. Og hvis ikke han har det bra, så har ikke jeg det bra heller. (...). Det blir jo som en felles sykdom, da».

På spørsmål om hvordan hun ser på det at han eventuelt må flytte i sykehjem, svarer hun: «Det tror jeg ville blitt fryktelig plundrete for meg. Det blir noe helt annet. Det, det, det klarer jeg ikke å tenke på. Så det håper jeg blir veldig lenge til. Selv om dette her er slitsomt, så er han her (...). Ja, det er godt at han er her. Ellers så hadde jeg jo blitt helt alene.» Hun sliter med tanken på å overlate ham til ansatte på dagaktivitetstilbud eller på en avlastningsavdeling: «Jeg føler at jeg sender ham fra meg. Og så synes jeg det er synd at det er blitt sånn. Og så synes jeg det er fryktelig leit at han har blitt en pasient (gråter). Det var ikke sånn det skulle være.» På spørsmålet: «Hva ville du ha vært uten ham?», svarer hun: «For det første så vet jeg ikke hva jeg skulle ha gjort. For det andre så hadde jo hele veggen her vært ute. Men det går ikke. I hvert fall ikke sånn som han er nå, da måtte han bli mye, mye verre.»

Ektefellene lever under en ekstra tyngende byrde; at det er de som må ta beslutningen om å bryte båndene og «sende den andre fra seg». Det gir skrekk og dårlig samvittighet. «Og så spør han hele tiden: «Er du ikke noe glad i meg mer da? Jo da, jeg synes jeg gjør så godt jeg kan. Jeg stiller deg på alle måter. Er ikke det å være glad i?» Kvinnen forteller hvor dramatisk selv en kortvarig avskjed ved avlastningsopphold kan oppleves: En venninne kjørte henne og mannen til sykehjemmet der han skulle være i 14 dager. Personalet tok godt imot ham, mens hun og venninnen stod igjen på gangen og gråt begge to. Hva skjedde? «Jeg satt hjemme og skrek i to dager før jeg ringte opp og hørte hvordan det gikk. Nei da, det gikk så bra med ham, sa de. Han var blid og fornøyd, Jeg ble jo veldig overrasket!»

Men tosomheten er gradvis blitt borte: «Jeg føler at jeg har mistet ham veldig mye nå. Noen sier jo at du mister mannen din to ganger når... Han er jo mer borte på den måten når han fremstår som en liten unge.» Kvinnene oppdager til sin store overraskelse at mennene deres trives på avlastningsoppholdet, og at de selv klarer seg alene bedre enn de hadde trodd. De gjenfinner den delen av seg selv som de har måttet sette til side i omsorgen for den andre. De må lære nytt, sette seg inn i oppgaver de ikke har lært i et rolledelt samliv.

Når den personlige avskjeden skjer over lang tid, som ved demens, kan det gradvis inntre en forsoning. En av kvinnene sier: «Til å begynne med syntes jeg jo det var forferdelig? At jeg liksom skulle plassere ham vekk. Men nå har jeg forstått at det måtte til. Det er livets gang, det er jo det. Noen får jo demens når de er under 60 år. Så, sånn alt i alt, vi har vært heldige likevel. Vi har det.»

Å miste en livsledsager innebærer store emosjonelle og eksistensielle påkjenninger. At ektefellen har hatt progredierende demens, gir helt spesielle belastninger. Etter ektefellens bortgang blir det behov for en reorientering både i forhold til selvet, livsinnholdet og nettverket. Helse- og

omsorgspersonell som møter mennesker i sorg, må være sensitive for menneskets ulike måter å sørge på, og tiden det tar. De må vite at det kan være mange veier ut av sorgen og kjenne til de mangfoldige tilbudene som finnes.

■ kirsten.thorsen@aldringoghelse.no

REFERANSER:

1. Thorsen K. Ensomhet som opplevelse og utfordring. En studie av ensomhet blant eldre. Oslo: Norsk gerontologisk institutt; 1988.
2. Gran S. Inni er vi alltid unge. Aldringsmeditasjoner. Oslo: H. Aschehoug og Co.; 2019.
3. Nicolaisen M, Thorsen K. Loneliness among men and women – a five year follow-up study. *Aging and Mental Health*. 2014;18(2):194-206.
4. Long LW. Stien tilbake til livet. Om sopp og sorg. Bergen: Vigmostad & Bjørke; 2017.
5. Didion J. De magiske tankers år. Memoarer. Oslo: Tiden, 2015
6. Ericsson K. Alene. Oslo: Oktober; 2011.
7. Sandberg S, Option B. Finding adversity, building resilience, and finding joy. United Kingdom: WH Allen; 2017.
8. Allen AP, Curran EA, Duggan A, Cryan JF, Chorchain AN, Dinan TG, et al. A systematic review of the psychological burden of informal caregiving for patients with dementia: Focus on cognitive and biological markers of chronic stress. *Neuroscience and biobehavioral reviews*. 2017;73:123-64.
9. Elwert F, Christakis NA. The effect of widowhood on mortality by the causes of death of both spouses. *American Journal of Public Health*. 2008; 98(11): 2092–2098. doi: 10.2105/AJPH.2007.114348
10. Johannessen A, Engedal K, Thorsen K. Adult children of parents with young-onset dementia narrate the experiences of their youth through metaphor. *Journal of multidisciplinary healthcare*. 2015;8:245-54.
11. Thyrian JR, Winter P, Eichler T, Reimann M, Wucherer D, Dreier A, et al. Relatives' burden of caring for people screened positive for dementia in primary care : Results of the Delphi study. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 2016.
12. WHO. Dementia. A public health priority. United Kingdom: World Health Organization 2012.
13. Tretteteig S. The impact of day care designed for people with dementia on their family caregivers. Oslo: University of Oslo; 2017.
14. Zarit SH, Todd PA, Zarit JM. Subjective burden of husbands and wives as caregivers: a longitudinal study. *The Gerontologist*. 1986;26(3):260-6.
15. Akkerman RL, Ostwald SK. Reducing anxiety in Alzheimer's disease family caregivers: the effectiveness of a nine-week cognitive-behavioral intervention. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*. 2004;19:117-23.
16. Etters L, Goodall D, Harrison BE. Caregiver burden among dementia patient caregivers: a review of the literature. *J Am Acad Nurse Pract*. 2008;20(8):423-8.
17. Tretteteig S, Vatne S, Rokstad AM. Meaning in family caregiving for people with dementia: a narrative study about relationships, values, and motivation, and how day care influences these factors. *Journal of multidisciplinary healthcare*. 2017;10:445-55.

Bente Wallander (tekst)

Fellesskap blant mennesker med demens som bor på sykehjem

Hvordan vi forstår mennesker med demens som handlende aktører vil påvirke vår forståelse av hvordan de selv kan skape relasjoner og bidra til å skape fellesskap seg imellom på en skjermet avdeling.

Hva var bakgrunnen for ditt forskningsprosjekt?

– I utgangspunktet var hensikten med studien å utforske hvordan mennesker med demenssymptomer som flytende tid og romforståelse påvirket hverdagslivet og omsorgsarbeidet på en skjermet avdeling gjennom ett års feltarbeid på to sykehjem. Etter et par måneders feltarbeid endret jeg fokus fordi jeg oppdaget at beboerne hadde forskjellige måter å samhandle på, noe jeg opplevde spennende og interessant.

Hva undersøkte du?

– Jeg utforsket mulige samhandlingsmønstre og fellesskap mellom beboere på to skjermede enheter på to sykehjem.

Hva ble ditt viktigste funn?

– Gjennom å analysere empirien ved hjelp av fenomenologiske innsikter, kom beboernes kroppslige hukommelse med sin empati, emosjoner, normer og verdier frem og avdekket at beboerne hadde forskjellige måter å agere og samhandle, samt å ha omsorg for hverandre på. De skapte ulike former for fellesskap seg imellom.

Hva oppdaget du ellers?

– Samhandlingsmønstrene mellom beboerne både påvirket og ble påvirket av forhold i avdelingen, samt forsterket den enkelte avdelings atmosfære og dynamikk. Beboernes samhandlingsdynamikk ble også påvirket av avdelingens organisatoriske og fysiske forhold som derfor hadde betydning for beboernes muligheter for å utvikle fellesskap seg imellom.

Hvilke planer har du videre?

– På bakgrunn av analysene og diskusjonen argumenterer jeg for å utvide forståelsen av begrepet personsentrert omsorg til å se personer med demens som aktører som både påvirker og skaper fellesskap. Avhandlingen søker dermed å bidra til en utvidelse av det relasjonelle fokuset i personsentrert omsorgspraksis til også å omhandle samhandling og relasjoner mellom grupper av personer med demens.

Jeg ønsker å anvende kunnskapen og kompetansen jeg har tilegnet meg videre inn i undervisning og fagutvikling i arbeidet ved Lovisenberg diakonale høgskole, og videre samarbeid med kommunehelsetjenesten. Jeg har også et ønske om å gjøre om avhandlingen til en fagbok for å gjøre kunnskapen lettere tilgjengelig for personale i sykehjem.



Foto Tore Hummelvoll

Adelheid Hummelvoll Hillestad

disputerte 24. mai over avhandlingen

Menneskelige(re) møter: Om samhandling, fellesskap og empati mellom beboere i en skjermet avdeling på sykehjem. Doktorgraden er gjennomført ved Det teologiske fakultet, Universitetet i Oslo. Tema for prøveforelesningen var: *Hvordan kan helsearbeidere lære å gjenkjenne og fortolke innhold og mening i samhandling mellom mennesker med demens? Drøft spørsmålet ved hjelp av perspektiver fra medisinsk humaniora.*

Bente Wallander (tekst)

Aksjonsforskning i sykehjem med fokus på sansehage

Nærhetsrommet ble et sted å bli kjent med pasienten som person og ga sykepleien til pasienter med demens nytt innhold. Ny kunnskap om samarbeid førte til endret ledelse og kultur.

Hva var bakgrunnen for ditt forskningsprosjekt?

– Min interesse for og positive gevinst av fellesskap med natur og mennesker har bidratt sterkt til valg av sansehage som forskningstema og deltakerbaserte forskningsdesign. Det ble viktig for meg å finne ut hvordan og hvilke muligheter sansehage og natur kan ha i utviklingen og forbedringen av den individuelle pleien til pasienter med demens, med særlig vekt på pasientenes ønske om kontakt med naturen. Etter mitt kjennskap til teori om helsegeografi ble det enda viktigere for meg å undersøke hvordan sansehagen kunne være stedet der pasientene kunne oppleve tilhørighet til naturen, livet og seg selv som menneske.

Jeg ser også på sansehage og natur i pleien av pasienter med demens som en lite utnyttet ressurs i norske sykehjem. Både mine personlige og profesjonelle erfaringer tilsier at naturen er viktig for mennesket (pasienten), og kan utgjøre et savn, et ønske eller en lengsel som ikke synes å bli snakket om.

Hva undersøkte du?

– Jeg utforsket og belyste hvordan sansehagen, som del av naturen, kan utvikles og brukes på en gjennomtenkt måte i sykepleien til pasienter med demens i sykehjem – i et pleier – og lederperspektiv. Denne studien utgjør grunnforskning angående bruk og utvikling av sansehage i pleien til pasienter med demens.

Hva ble ditt viktigste funn?

– Oppdagelsen av nærhetsrommet – en sansehage-pasient-pleier relasjon utgjør studiens hovedfunn. Forskingen gir innsikt i sansehagens relasjonelle betydning i sykepleien. Sansehagen viste seg å bidra til å skape en nær og fortrolig relasjon mellom pasient og pleier i dannelsen av nærhetsrommet.

Nærhetsrommet, ny bruk av sansehage, ble assosiert med den gode pleien og å lykkes i jobben. Denne kunnskapen kan ha overføringsverdi til liknende kontekster, og være et nyttig bidrag til helsepolitiske diskusjoner og utfordringer.

Hva oppdaget du ellers?

– Parallelt utviklet studien ny kunnskap om deltakelse i AI¹, som utgjør et viktig kunnskapsbidrag både innen forskning, utviklingsarbeid og utdanning. Ny kunnskap om samarbeid og leder-pleier relasjonen førte til endret ledelse – nærhetsledelse. AI-prosessen var både en individuell og kollektiv modningsprosess, og utvikling av nære og trygge relasjoner blant deltakerne, implementering av ny kunnskap og endring av praksis, viste en ny nærhetskultur i utvikling.

Studien danner utgangspunkt for videre sykepleieforskning og utvikling av teorien om nærhetsrommet.

Hvilke planer har du videre?

– Videreutvikle kunnskapen om nærhetsrommet, også i et pasient- og pårørende-perspektiv, for å utvikle og prøve ut «teorien om nærhetsrommet» i demensomsorgen. Videreutvikle ledelse og kultur i praksisnær forskning med anerkjennende tilnærming.



Foto privat

Inger-Lise Magnussen disputerte 1.februar 2019 over avhandlingen *Nærhetsrommet – en sansehage-pasient-pleier relasjon: aksjonsforskning i sykehjem*. Doktorgraden er gjennomført ved fakultet for sykepleie og helsevitenskap ved Nord universitet, og prøveforelesning ble holdt over temaet *Ulike sykepleie-teoretiske perspektiv og overveielser i praksisnær forskning i demensomsorgen*.

REFERANSER

Magnussen, I.-L., Bondas, T. & Alteren, J. (2016). Å bringe helsegeografi inn i sykepleien – en aksjonsforskning. *Klinisk Sykepleie*, 30(03).

Magnussen, I.-L., Bondas, T. & Alteren, J. (2017). Sansehagens betydning for dannelsen av «nærhetsrommet» - aksjonsforskning i sykehjem. *Klinisk Sykepleie*, 31(02), 96-113.

Magnussen, I., Alteren, J., & Bondas, T. (2019). Appreciative inquiry in a Norwegian nursing home: A unifying and maturing process to forward new knowledge and new practice. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 14(1), 1559437.

1) Appreciative Inquiry, anerkjennende aksjonsforskning.



Foto Universitetet i Sørøst-Norge

Mette Tøien disputerte i mai over avhandlingen *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*. Doktorgraden er gjennomført ved Avdeling for sykepleieforskning, Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo, og prøveforelesning ble holdt over temaet *Loneliness among the elderly: how large is the problem and how can it be reduced?*

REFERANSER

Tøien, M., Bjørk, I. T., & Fagerström, L. (2015). Older Users' Perspectives on the Benefits of Preventive Home Visits. *Qualitative Health Research*, 25(5), 700-712.

Tøien, M., Bjørk, I. T., & Fagerström, L. (2018). An exploration of factors associated with older persons' perceptions of the benefits of and satisfaction with a preventive home visit service. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(3), 1093-1107.

Tøien, M., Bjørk, I. T., & Fagerström, L. (2019). 'A longitudinal room of possibilities' – perspectives on the benefits of long-term preventive home visits: A qualitative study of nurses' experiences. *Nordic Journal of Nursing Research*, 2057158519856495.

Tøien, M. (2019). *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*. (Doctoral Thesis), University of Oslo, Oslo. Retrieved from <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-71106>

Bente Wallander (tekst)

Gode erfaringer med årlige forebyggende hjemmebesøk hos eldre

Langtidsoppfølging med årlige forebyggende hjemmebesøk kan støtte eldres opplevelse av trygghet og verdi og bidra til at de klarer seg hjemme lenger og har gode liv i eget hjem.

Hva var bakgrunnen for ditt forskningsprosjekt?

– De aller fleste eldre ønsker å bo hjemme og klare seg selv så lenge som mulig. Vi vet imidlertid at de eldres helse og funksjonsevne avgjør om dette er mulig – og det bestemmer hva slags hjelpebehov de har, og derved ressursbehovet innen pleie og omsorgstjenester.

Forebyggende hjemmebesøk er en oppsøkende helsetjeneste til hjemmeboende eldre som har til hensikt å bidra til å fremme helse, forebygge sykdom og funksjonsnedsettelse og opprettholde mulighet til å bo i eget hjem. Regjeringen anbefalte i 2016 at alle kommuner innfører helsetjenesten forebyggende hjemmebesøk.

Både internasjonalt og i Norge er det utallige varianter av FHB, og det mangler retningslinjer for hvordan slike tjenester bør utformes og drives for å gi mest mulig nytte for brukerne. Det etterlyses derfor studier som kaster lys over erfaringene og oppfatningene til de som er direkte involvert i FHB, spesielt erfaringer med langtidsoppfølging med FHB, og forskning i Norsk kontekst.

Hva undersøkte du?

– Jeg undersøkte hvordan langtidsoppfølging med årlige forebyggende hjemmebesøk påvirker eldres helse og mulighet for å ha godt liv i eget hjem. Jeg har spurt eldre tjenestemottagere om hvilke erfaringer de har med tjenesten, og hva slags nytte de eventuelt har erfart at tjenesten bidrar med. Jeg har også spurt sykepleiere som utfører tjenesten om deres perspektiver på nytte av tjenesten.

Hva ble ditt viktigste funn?

- Langtidsoppfølging med årlige forebyggende hjemmebesøk utført av velkvalifiserte sykepleiere kan gi tilpasset støtte for eldre personers skiftende behov og situasjoner gjennom aldringsprosessen.
- Støtten kan gi brukerne økt trygghet og hjelp til å bevare uavhengighet, opplevelse av verdi og et godt liv.
- I tillegg kan tjenesten bidra til å lette omsorgsbyrder, lette overganger til andre helsetjenester og bidra til bedre planlegging av helsetjenester.
- Personlig og profesjonell kompetanse, og faktorer knyttet til strukturelle forhold og omgivelser påvirker tjenesteutøveres mulighet for å støtte eldre personers helse og uavhengighet.

Hva oppdaget du ellers?

- Tjenesten bør sikre personlig kontinuitet i oppfølging, anvende tjenesteutøvere med spesialisert kompetanse, og utnytte det fulle potensialet av å kombinere helsefremmende og forebyggende strategier
- Forebyggende hjemmebesøk bør være en integrert del av kommunenes folkehelsepolitikk, og kommunene må ha en konsistent helsefremmende policy, med tilstrekkelige ressurser, et bredt tilbud av tjenester og aktiviteter for eldre med tilstrekkelig kapasitet, tilstrekkelige ressurser og godt interprofesjonelt samarbeid.

Hvilke planer har du videre?

– Jeg skal bruke kunnskapen fra doktorgradsarbeidet inn i mitt arbeid på Universitetet i Sørøst-Norge, både innen utdanning av sykepleiere på ulike nivåer og i videre forskning.

Bente Wallander (tekst)

Hver tredje sykehjemsbeboer med demens ved norske sykehjem har betydelig angst og angstsymptomer

Angst og angstsymptomer er svært utbredt hos personer med demens på norske sykehjem, og bør kartlegges for å sette i gang hensiktsmessige tiltak for behandling av angst hos denne sårbare gruppen.

Hva var bakgrunnen for ditt forskningsprosjekt?

– Angst og angstsymptomer forekommer ofte hos personer med demens og har mange negative utfall, men har fått liten oppmerksomhet i forskningen både nasjonalt og internasjonalt. Kunnskap om forekomst og forløp av angst, og dens sammenheng med andre faktorer, deriblant depresjon og livskvalitet hos sykehjemsbeboere med demens, er sparsom og delvis manglende. Det har manglet verktøy på norsk som kartlegger angst hos personer med demens fra et bredere perspektiv og som kan benyttes i alle grader av demens.

Hva undersøkte du?

– I studien *Anxiety in people with dementia: A common, but unidentified and underestimated, condition* har jeg og medarbeidere oversatt og validert en demensspesifikk angstskala *Rating Anxiety in Dementia (RAID)* for norske forhold (RAID-N). Forekomsten og forløpet av angst og angstsymptomer ble kartlagt med skalaen RAID-N, og dens sammenheng med andre faktorer ble undersøkt hos eldre sykehjemsbeboere med demens. Totalt ble 298 personer med demens fra 17 sykehjem i Norge inkludert i studien. Av disse ble 205 deltakere fulgt opp etter 12 måneder.

Hva ble dine viktigste funn?

- Omlag hver tredje sykehjemsbeboer med demens ved norske sykehjem har betydelig angst og angstsymptomer.
- Symptomene «muskulære spenningstilstander», «lettskremt og engstelig», «irritabilitet», og «rastløshet» kan være uttrykk for angst hos personer med demens.
- Sykehjemsbeboere med demens og samtidig angst og depresjon hadde mye lavere symptomreduksjon i løpet av en 12 måneders periode sammenliknet med beboere med demens og med kun angst eller depresjon.
- Angst uavhengig av depresjon og andre faktorer er assosiert med redusert livskvalitet hos sykehjemsbeboere med demens.

Hva oppdaget du ellers?

– At personer med demens og med betydelige angst- og depresjonsymptomer hadde dårligere generell fysisk helse og flere atferdssymptomer enn deltakere som bare hadde angst og demens. Deltakerne som hadde både angst og depresjon viste dårligst livskvalitet sammenliknet med deltakere med kun angst, depresjon eller ingen av delene.

Skalaen RAID-N viste seg i tillegg å være et nyttig verktøy for kartlegging av angst hos personer med demens, og dermed bidra til å sette i gang hensiktsmessige tiltak som kan bidra til redusert angst og økt livskvalitet hos personer med demens.

Hvilke planer har du videre?

– Spre kunnskap om funn fra avhandlingen som kan bidra til økt oppmerksomhet hos helsepersonell og pårørende om angst hos personer med demens. Gi opplæring og veiledning til helsepersonell og sykepleierstudenter i bruk av skalaen RAID-N. Bruke doktorgradskompetanse til videre forskning om angst hos personer med demens.



Foto Lars Bull

Alka Rani Goyal disputerte i juni over avhandlingen *Angst hos personer med demens: En vanlig, men uidentifisert og undervurdert tilstand*. Doktorgraden er gjennomført ved Det medisinske fakultet ved Universitet i Oslo, og prøveforelesning ble holdt over temaet *Effekter av kognitiv trening ved demens av Alzheimers type*.

REFERANSER

Goyal AR, Bergh S, Engedal K, Kirkevold M, Kirkevold Ø. Norwegian version of the rating anxiety in dementia scale (RAID-N): a validity and reliability study. *Aging & Mental Health*. 2016;1-6.

Goyal AR, Bergh S, Engedal K, Kirkevold M, Kirkevold Ø. Anxiety, Anxiety Symptoms, and Their Correlates in Persons with Dementia in Norwegian Nursing Homes: A Cause for Concern. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 2017;43(5-6):294-305.

Goyal AR, Bergh S, Engedal K, Kirkevold M, Kirkevold Ø. The course of anxiety in persons with dementia in Norwegian nursing homes: A 12-month follow-up study. *J Affect Disord*. 2018;235:117-23.

Goyal AR, Bergh S, Engedal K, Kirkevold M, Kirkevold Ø. Trajectories of quality of life and their association with anxiety in people with dementia in nursing homes: A 12-month follow-up study. *PLoS One*. 2018;13(9):e0203773.

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse ga høsten 2018 ut en oppdatert versjon av Demensomsorgens ABC perm 1. Nå kommer fortsettelsen, i en ny og oppdatert Demensomsorgens ABC perm 2. Sammen skal permene sørge for kompetanseheving i kommunal eldre- og demensomsorg.

Skrevet av Kariann Krohne, forsker ABC-opplæringen, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse



Demensomsorgens ABC, perm 2 – fortsettelsen

En fordypningsperm

Heftene i perm 1 setter søkelys på fasene i demensforløpet, fra diagnostisering til livets siste dager og timer. De tolv heftene i den nye perm 2 er tematisk inndelt, men alle bygger selvfølgelig på oppdatert lovverk, prinsippene for personsentrert omsorg og miljøbehandling. Hvert hefte legger opp til en fordypning i relevant tematikk:

- Personsentrert omsorg
- Å leve med demens
- Metoder for å arbeide personsentrert
- Observasjon og kartlegging
- Nevropsykiatriske symptomer
- Bruk av tvang – og varsling av overgrep
- Yngre personer med demens og personer med utviklingshemning og demens
- Samiske personer og demens
- Innvandrere og demens
- Kosthold og ernæring
- Velferdsteknologi
- Dagaktivitetstilbud

Ny tematikk

Mange av disse temaene, slik som personsentret omsorg, observasjon og kartlegging, nevropsykiatriske symptomer, dagaktivitetstilbud og utfordringer knyttet til samtykkekompetanse, motstand og tvang er kjent fra tidligere. En rekke tema er helt nye i ABC-sammenheng,

deriblant brukerperspektiv, overgrepssproblematikk, ernæringsoppfølging og grupper med særskilte behov.

Hvordan er det egentlig å leve med demens? Dette er spørsmål forskere har stilt direkte til personer med demens. Brukerperspektivet kan gi økt innsikt og bedre forståelse for tjenestebehov, både på individ- og gruppenivå.

Helse- og omsorgstjenestene har en viktig rolle i å forebygge, avverge og avdekke vold og overgrep mot eldre. Hvordan du skal varsle og håndtere overgrep, og hvilke unntak fra taushetsplikten som kan gjelde i en gitt situasjon er avgjørende kunnskap for alle som arbeider med sårbare eldre.

I Nasjonal faglig retningslinje om demens settes det søkelys på grupper som kan ha særskilte behov i demensutredning og oppfølging. Tidligere har Demensomsorgens ABC kun belyst behovene til yngre personer og personer med utviklingshemning. Nå er demens hos den samiske urbefolkningen og innvandrere også beskrevet i hvert sitt hefte. Selv om vi alle først og fremst er individer med unike historier, kan kunnskap om en gruppes felles erfaringer og utfordringer styrke personalets kultursensitivitet. Altså, styrke deres evne til å forstå pasientene og brukerne, uten å bruke sin egen virkelighetsoppfatning som målestokk.

Kravene til ernæringsfaglig kompetanse heves i takt med et større fokus på kosthold og måltidets betydning i demensomsorgen. Heftet gir informasjon om ernæringsbehov og om hvordan ernæringsproblemer skal forebygges og behandles.

Utviklingen innen velferdsteknologi er rask, og det dukker stadig opp nye produkter og løsninger. I hefte 11 gjennomgås de vanligste produktene og hvordan de kan anvendes – i dette heftet settes det også et særskilt søkelys på lovverket som er knyttet til bruk av velferdsteknologi.

Klar for ny perm?

Per i dag har 96 prosent av landets kommuner arrangert ABC-opplæring. Mange steder er de ansatte allerede godt i gang med Demensomsorgens perm 1. For disse vil det være naturlig å fortsette med perm 2 når den gis ut på senhøsten.



Nytt nettsted for personer med utviklingshemning

Hva er demens presenterer informasjon via tekst, bilder, animasjon og tale. Til slutt er det en quiz som oppsummerer innholdet. Sidene kan leses alene, eller sammen med noen som kan hjelpe til å forklare vanskelig innhold.

Hva er demens er tilgjengelig på alle nordiske språk, lule-, nord- og sørsamisk og engelsk.

Hvaerdemens.no

www.aldringoghelse.no

post@aldringoghelse.no

tlf: 33 34 19 50



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

Bildebøker om kreft

I bildebøkene *Undersøkelse og behandling av KREFT* følger vi en mann og en kvinne fra fastlege til behandling. Bøkene er tilrettelagt for alle som kan ha nytte av å lære om kreft og gangen i et kreftforløp ved å se på bilder og lese enkel tekst med enkelt innhold. Bøkene er trykket på kraftig papir, er spiralisert og har plastlaminert omslag.

Kjøp bøkene i bokhandelen til Aldring og helse eller last dem ned som pdf-filer fra aldringoghelse.no.



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste



Kursholder i TID med kompetanse til å tilby opplæring ▶ 29. – 30. januar 2020

Park Inn by Radisson, Oslo Airport Hotel West
Gardermoen

Mål: Lære TID-modellen og å holde TID basiskurs

TID er spesielt utviklet for å utrede, tolke og behandle nevropsykiatriske symptomer ved demens og andre komplekse lidelser.

Målgruppe: Sykepleiere, leger og annet helsepersonell med høyskole/universitetsutdanning som arbeider i kommune- eller spesialisthelsetjenesten. Kurset er særskilt aktuelt for personell som har undervisning eller fagutvikling som del av sine arbeidsoppgaver.

Ansvarlig: Forskningscenteret for Aldresrelatert Funktionsvikt og Sykdom (AFS), Sykehuset Innlandet.

Påmeldingsfrist: 20. desember 2019

For nærmere informasjon og påmelding:

www.tidmodell.no

TID

Tverrfaglig Intervensjonsmodell for utfordrende atferd ved Demens



Sykehuset Innlandet HF

HELSE SØR-ØST

DAGER MED MENTING

Demensdagene 2019

3.-4. desember
Clarion Hotel The Hub,
Oslo

For program, mer informasjon
og påmelding
www.aldringoghelse.no/demensdagene



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste



Kurs og konferanser 2019

KURSPERIODE	TEMA	STED
SEPTEMBER		
17.-18. sept.	Kursholderkurs i VIPS praksismodell	Oslo
OKTOBER		
15. okt.	Alderspsykiatri i praksis	Oslo
16. okt	Høstmøte	Oslo
24.-25. okt.	Den 7. norske kongress i aldersforskning	Fornebu
29. okt.	Velferdsteknologi personer med demens/MCI	Oslo
30. okt.	Livet er bedre med aktivitet	Oslo
NOVEMBER		
5.-6. nov.	Basal utredning av kognitiv svikt og demens	Oslo
7. nov.	Akutt geriatri for sykepleiere	Oslo
13. nov.	Temakonferanse om aldring og utviklingshemning Miljøarbeid og tilrettelegging i eldre år	Oslo
14. nov.	Konferanse «Hjemmetjenestene for eldre»	Oslo
DESEMBER		
3.-4. des.	Demensdagene 2019	Oslo
5. des	Erfaringssamling. Brukere av VIPS praksismodell	Oslo

**Velkommen til våre
kurs og konferanser!**

For ytterligere informasjon se
www.aldringoghelse.no/kurs



SKANN RETT
TIL NETTSIDEN

Her legges kursinvitasjoner
med program ut fortløpende
og det er mulighet for direkte
nettpåmelding.



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse Sentralbord: 33 34 19 50 E-post: post@aldringoghelse.no www.aldringoghelse.no



Skriv for Tidsskriftet aldring og helse

Tidsskriftet aldring og helse publiserer artikler fra Aldring og helses fagområder; demens, alderspsykiatri og nedsatt funksjonsevne. Vi mottar og vurderer fagartikler, kommentarer, kronikker og debattinnlegg. For å gjøre stoffet tilgjengelig for flest mulig, oppfordres forfatterne til å holde seg til et lett forståelig språk.

Retningslinjer for fagartikler

Fagartikler i Tidsskriftet aldring og helse skal være basert på forskning eller på god og dokumentert praksis, for eksempel noe forfatter(ne) har fordypet seg i under videreutdanning, eller i forbindelse med et prosjekt. En fagartikkel formidler perspektiver, forståelse, erfaring og ny kunnskap. Artiklene kan være friere i formen enn vitenskapelige artikler.

Fagartikler kan bygges opp slik:

Inngress/innledning som presenterer hovedbudskapet i artikkelen (25-35 ord med uthevet font).

Bakgrunn	Resultater
Mål	Drøfting
Metode	Implikasjoner for praksis
Analyse	Konklusjon

Faglig vurdering

Innsendte artikler vurderes av minst to medlemmer i redaksjonskomiteen. Redaksjonen forbeholder seg retten til å avslå artikler som ikke møter kriteriene for å bli godkjent som fagartikkel. I noen tilfeller kan forfatteren bli bedt om å endre/redigere og forkorte manuskriptet.

Kommentarartikler, debattartikler og kronikker

Tidsskriftet vil være et forum for refleksjon og debatt om aktuelle temaer fra våre fagområder. Kommentarer, kronikker og debattartikler bør ikke overskride 2000 ord.

Oppsett

Manuset skal være i 12 pkt Times New Roman og med dobbel linjeavstand. Max antall ord er 2800 (15 000 tegn med mellomrom), uten referanser og tittelside/forfattere. Det bør ikke være flere enn 20 referanser.

Tittelside skal inneholde tittelen på artikkelen og navn, tittel og arbeidssted på forfatterne. Oppgi kontaktperson for artikkelen og dennes e-postadresse.

Send artikkelen til tidsskriftets redaktør Bente Wallander, med e-postadresse bente.wallander@aldringoghelse.no, eller ta kontakt på telefon +47 922 962 51.

NB!

Avslutter vitenskapelig publisering

Fra og med 10. mars 2019 avsluttet Tidsskriftet aldring og helse sitt mottak av nye vitenskapelige artikler.

Godkjente artikler som ble mottatt før fristen eller er i prosess, publiseres i løpet av 2019.

Referanser

Litteraturhenvisningene i Tidsskriftet aldring og helse følger i hovedsak såkalt «Vancouver style». Referansene nummereres fortløpende i den rekkefølgen de første gang forekommer i teksten. For fullstendig forfatterveiledning, se www.tidsskriftetaldringoghelse.no

Eksempler på oppsett av referanser:

Tidsskriftartikkel med fortløpende paginering:

Kirkevold Ø, Sandvik L. International Journal of Geriatric Psychiatry 2004; 19: 980-988.

Tidsskriftartikkel hvor hvert nummer er paginert for seg:

Rugås L, Martinsen K. Underernæring er vanlig på sykehjem. Sykepleien 2003 (6): 34-37.

Supplement til tidsskrift:

Conley R: Risperidone side effects. Journal of Clinical Psychiatry 2000; 61 (suppl 8): 20-23.

Bok:

Laake K. Geriatri i praksis. 4 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2003.

Kapittel i bok med flere forfattere:

Lazarus RS. Coping with aging: Individuality as a key to understanding. I: Nordhus IH, VandenBos GR, Berg S, Fromholt P, red. Clinical Geropsychology. Washington DC, American Psychological Association, 1998: 109-127.

Rapporter:

Rykkje L, Gjellestad Å et al. Munn- og tannstell på sykehjem. Vurdering av effekten av undervisning, hjelpemidler og rutiner. Undervisningssykehjem Rapport nr 1/03. Bergen: Nasjonalt formidlingssenter i geriatri, 2003.

Offentlige publikasjoner:

Norges offentlige utredninger. Lov om pasientrettigheter (Pasientrettighetsloven) NOU 1992: 8.

Ot.prp.nr 40 (1986-87). Om lov om endring i lov 19. november nr. 66 om helsetjenesten i kommunen mm. Miljørettet helsevern i kommunene.

St.meld. nr. 40 (1987-878). Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan.

Avhandling:

Bergland Å. Trivsel i sykehjem. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2006.

Avisartikkel:

Hansen TE. Avsporing fra smittevernetaten. Bergens Tidende 10.9.2007.

Artikler fra internett. (I tillegg til forfatter og artikkel må nettadresse og dato for nedlasting angis):

Anonym. Alois Alzheimer. <http://www.whonamedit.com/doctor.cfm/177.html> (13.05.2006)

REDAKTØR

Bente Wallander
Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse
Postboks 2136, 3103 Tønsberg
Tlf.: 922 96 251
bente.wallander@aldringoghelse.no

REDAKSJONSSEKRETÆR

Toril Utne
Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse

VITENSKAPELIG REDAKSJON

Sverre Bergh, *cand.med., postdoktorstipendiat, vit. red.*

Cathrine Arntzen, *ergoterapispes. i eldres helse, ph.d.*

Øyvind Kirkevold, *professor dr.philos. vit. red.*

Anne Marie Mork Rokstad, *postdoktor, sykepleier*

Kontakt vitenskapelig redaksjon:

fagredaktor@aldringoghelse.no

ANSVARLIG REDAKSJONSKOMITÉ

Ole Kristian Grønli, *ph.d/overlege, Alderspsykiatrisk seksjon – Unn Tromsø, 1. amanuensis UiT Norges Arktiske Universitet*

Torhild Holthe, *ergoterapispesialist, stipendiat Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse*

Ellen Melbye Langballe, *ph.d., samfunnsviter, fagsjef for områdene funksjonshemming og utviklingshemning, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse*

Claudia Rodriguez-Aranda, *førsteamanuensis Institutt for psykologi, Universitetet i Tromsø*

Marit Tveito, *ph.d., seksjonsoverlege Diakonhjemmet Sykehus, Alderspsykiatrisk avd.*

Allan Øvereng, *sykepleier, prosjektleder, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse*

www.tidsskriftetaldringoghelse.no

TIDSSKRIFTET

aldring og helse

Tegn
abonnement

4 UTGAVER
ÅRLIG

For kun kr

420,-

Norden: kr 500,-

Bestill tidsskriftet:

butikk.aldringoghelse.no/tidsskriftet

E-post: tidsskriftet@aldringoghelse.no

Tlf.: 922 96 251 eller 33 34 19 50

Abonnementet gjelder fram til det sies opp skriftlig.



PRESSENS
FAGLIGE UTVALG

Vi arbeider etter
Vær Varsom-plakatens regler
for god presseskikk.

presse.no

Den som mener seg rammet av urettmessig publisering, oppfordres til å ta kontakt med redaksjonen. Pressens Faglige Utvalg (PFU) er et klageorgan oppnevnt av Norsk Presseforbund som behandler klager mot mediene i presseetiske spørsmål.

Adresse: Rådhusgt 17
0158 Oslo
Tlf: 22405040
E-post: pfu@presse.no



Den sjuende norske kongress i aldersforskning

Aktive eldre og aktiv aldring

24. – 25. oktober 2019 – Quality Hotel Expo, Fornebu

Hensikten er å bygge bro mellom personer og fagmiljøer som arbeider med forskning og utviklingsarbeid om aldring og eldre. Det samlede temaet er «Aktiv aldring».

For mer informasjon: www.fhi.no/aktivaldring



Norsk selskap for
ALDERSFORSKNING

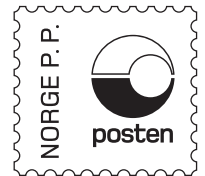


Foto: Bente Wallander

Ny pris for god demensomsorg

Huskeprisen etableres av Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse i 2019. Prisen skal gå til en person, en organisasjon, et lag, en gruppe, en arbeidsplass eller andre som skaper «dager med mening» for personer med demens. Personene kan bo hjemme eller på institusjon, delta på dagaktivitetstilbud eller i ordinære tilrettelagte aktiviteter. Frivillige, privatpersoner, fagpersoner og organisasjoner kan nomineres. Intet tiltak er for lite og intet for stort!

Send informasjon om: Tittel på tiltaket, hvem som står bak, hvem det er for, hvordan det gjennomføres, erfaringer med tiltaket samt begrunnelse for hvorfor dette bidrar til dager med mening for personer med demens. Man kan ikke nominere tiltak man selv står bak.

Huskeprisen består av 10 000 kroner og et bilde av Huske. Deles ut på Demensdagene i desember. Forslag på priskandidat for 2019 må sendes til huskeprisen@aldringoghelse.no innen 1. november.

www.aldringoghelse.no
tidsskriftet@aldringoghelse.no

Aldring og helse, Postboks 2136, 3103 TØNSBERG