

# FREMTIDENS ELDREOMSORG

Kunnskapsgrunnlag tilknyttet bygging av nytt omsorgssenter i Aukra kommune



---

<b>TITTEL</b>	Fremtidens eldreomsorg – Kunnskapsgrunnlag tilknyttet bygging av nytt omsorgssenter i Aukra kommune
<b>FORFATTERE</b>	Gøril Groven, Guri K. Skrove og Kari Bachmann
<b>PROSJEKTLEDER</b>	Gøril Groven
<b>RAPPORT NR.</b>	1512
<b>SIDER</b>	55
<b>PROSJEKTNUMMER</b>	2573
<b>PROSJEKTTITTEL</b>	Fremtidens eldreomsorg – Kunnskapsgrunnlag tilknyttet bygging av nytt omsorgssenter i Aukra kommune
<b>OPPDRAGSGIVER</b>	Aukra kommune
<b>ANSVARLIG UTGIVER</b>	Møreforskning Molde AS
<b>UTGIVELSESTED</b>	Molde
<b>UTGIVELSEÅR</b>	2015
<b>ISSN</b>	0806-0789
<b>ISBN (TRYKT)</b>	978-82-7830-232-3
<b>ISBN (ELEKTRONISK)</b>	978-82-7830-233-0
<b>DISTRIBUSJON</b>	Høgskolen i Molde, Biblioteket, pb 2110, 6402 Molde tlf 71 21 41 61 epost: biblioteket@himolde.no www.moreforsk.no

---

## **SAMMENDRAG**

Denne rapporten presenterer resultatene av en litteraturgjennomgang på temaet eldreomsorg, demens og frivillighet. Bakgrunnen er en bestilling fra Aukra kommune om hva som kan være gode «konsepter» for fremtidens eldreomsorg, og hvilke implikasjoner det har for bygging av et nytt omsorgssenter. Formålet med litteraturgjennomgangen er å gi kommunen et bredt kunnskapsgrunnlag for beslutninger om både omsorgsbygg og fremtidig innhold i og organisering av omsorgstjenestene for eldre personer i kommunen.

I rapportens kapittel 1, «*Innledning*», redegjøres det kort for Aukra kommunes ønsker for det nye omsorgssenteret og hvordan vi har framskaffet dette kunnskapsgrunnlaget. I søk etter relevant kunnskap har vi gått bredt ut, og det har vært et mål å samle og tilgjengeliggjøre informasjonskilder for kommunen. I delen om metode vises det til særlig relevante publikasjoner.

Rapportens andre kapittel heter «*Bakgrunn: Kort om utviklingstrekk og trender i eldreomsorgen*», og her går vi gjennom de overordnede trender og utviklingstrekke i norsk eldreomsorg. Demografiske utviklingstrekk, endringer i tjenestetilbud og organisering, nye brukergrupper blir gjort rede for. Tjenesteutøverne blir møtt med stadig mer komplekse oppgaver og kompetansekrav, og ansatte og deres ledere i kommunal omsorgssektor har behov for kompetansestyrkende tiltak. Omlegging til en personsentrert omsorgsfilosofi er til det beste for brukerne, men innebærer også en gjennomgående endringsprosess for de som arbeider i

tjenestene. I denne delen belyses også de pårørendes omsorgsarbeid og innsatsen fra frivillig sektor, før et samlet utfordringsbilde tegnes opp.

I rapportens tredje kapittel, «*Hva virker? Gode løsninger for fremtidens eldreomsorg*», ser vi nærmere på hvilke modeller litteraturgjennomgangen har vist som de gode løsningene innen eldreomsorg. Her vises det til eksempler fra praksis og funn fra forskningen. Først beskrives noen velkjente og «patenterte modeller» for sykehjemsdrift: Amerikanske The Eden Alternative og Eden-filosofien på norsk, norske Livsgledesykehjem, nederlandske Humanitas' Apartments for Life og sist men ikke minst den nederlandske demenslandsbyen De Hogeweyk.

Deretter presenterer vi eksempler på de gode løsningene etter følgende dimensjoner: 1) Plassering: Samlokalisering, 2) Kultur og aktivitet: Omsorgsfilosofi og verdigrunnlag, 3) Det fysiske miljøet: Bygninger og omgivelser, 4) Samspill: Med nærmiljø, frivillige og pårørende og 5) Organisering og koordinering i tjenestene.

Avslutningsvis gis en punktvis oppsummering av rapportens hovedfunn i kapittel 4.

Kunnskapsgrunnlaget er finansiert av Aukra kommune.

---

© FORFATTER/MØREFORSKING MOLDE

Forskriftene i åndsverksloven gjelder for materialet i denne publikasjonen. Materialet er publisert for at du skal kunne lese det på skjermen eller fremstille eksemplarer til privat bruk. Uten spesielle avtaler med forfatter/Møreforskning Molde er all annen eksemplar fremstilling og tilgjengelighetsgjøring bare tillatt så lenge det har hjemmel i lov eller avtale med Kopinor, interesseorgan for rettshavere til åndsverk.

---

---

## FORORD

---

Denne rapporten presenterer resultater fra en litteraturgjennomgang gjennomført i perioden april – juli 2015 om temaet «Fremtidens eldreomsorg», med særlig henblikk på undertemaene demens og frivillighet. Initiativet til å få fram et kunnskapsgrunnlag kom fra Aukra kommune som ønsker et bredt beslutningsgrunnlag i prosessen med å bygge et nytt omsorgssenter i Gossen sentrum.

Vi vil takke kommunalsjef plan og utvikling, Geir J. Göncz, for en tydelig og god bestilling av kunnskapsgrunnlaget, og kommunalsjef drift og forvaltning, Jan Erik Hovdenak, for ryddig prosjektoppfølgning.

Vi håper resultatene fra litteraturgjennomgangen kan være til nytte for Aukra kommune i deres arbeid med å bestille bygging av nytt omsorgsbygg, og i det kontinuerlige arbeidet med å tilby omsorgstjenester for en aldrende befolkning.

Gøril Groven  
Prosjektleder  
Forsker ved Helse, Utdanning og Samfunn, Møreforskning Molde AS

---

### 3 INNHOLD

---

Forord.....	5
1 Innledning.....	7
1.1 Kommunens definisjon av og ønsker for det nye omsorgssenteret .....	8
1.2 Problemstilling og metode .....	8
1.2.1 Metode: Litteratursøk .....	9
2 Bakgrunn: Kort om utviklingstrekk og trender i eldreomsorgen .....	12
2.1 Befolkning og demografi .....	13
2.2 Tjenestene.....	16
2.2.1 Krav til kompetanse i tjenestene.....	17
2.2.2 Personsentrert omsorg .....	19
2.3 Sivilsamfunnet (Pårørende og frivillige) .....	22
2.4 Utfordringsbildet.....	23
3 Hva virker? Gode løsninger for fremtidens eldreomsorg .....	25
3.1 «Patenterte modeller» for sykehjemsdrift .....	25
3.1.1 USA: The Eden Alternative og Greenhouse-modellen .....	25
3.1.2 Norge; Eden-filosofien i Norge og Livsglede for eldre (LFE).....	26
3.1.3 Nederland: Humanitas' Apartments for life og demenslandsbyen de Hogeweyk.	27
3.2 Plassering: Samlokalisering .....	29
3.3 Kultur og aktivitet: Omsorgsfilosofi og verdigrunnlag .....	31
3.4 Det fysiske miljøet: Bygninger og omgivelser .....	35
3.4.1 Små enheter – «smått er godt» .....	37
3.4.2 En hjemlig atmosfære .....	38
3.4.3 Støttende omgivelser, design og interiørarkitektur .....	39
3.4.4 Sensorisk stimuli.....	40
3.5 Samspill: med Nærmiljø, Frivillige og Pårørende .....	40
3.5.1 Frivillighet .....	41
3.5.2 De pårørende .....	44
3.6 Organisering og koordinering i tjenestene.....	44
3.6.1 Team.....	46
4 Viktigste funn .....	49
5 Referanser .....	51
5.1 Alfabetisk referanseliste.....	51
5.2 Tematisk referanseliste .....	53

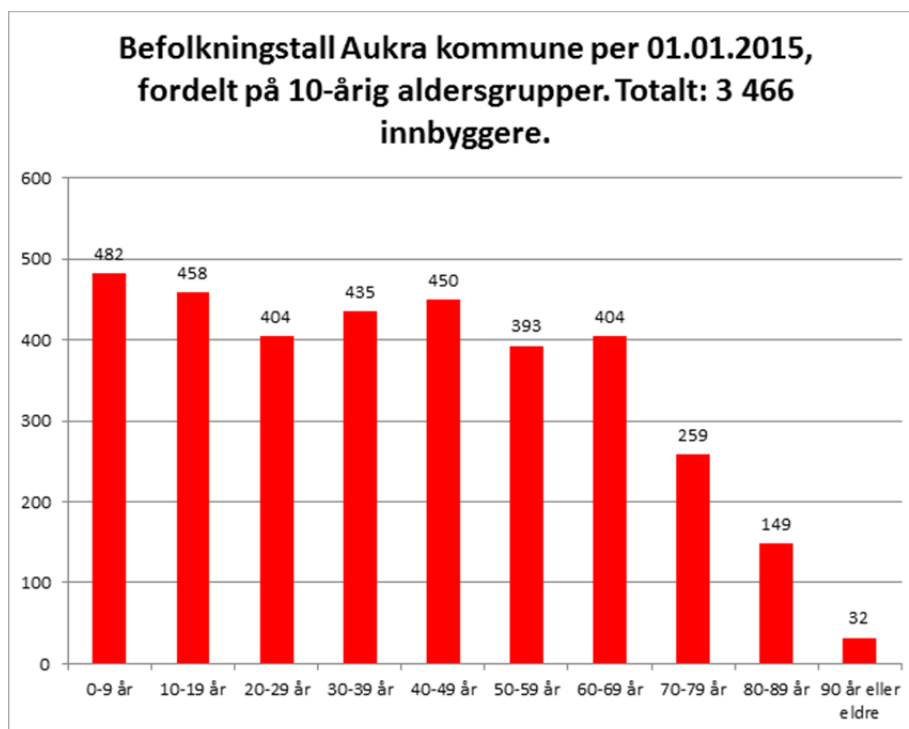
---

## 1 INNLEDNING

---

Denne rapporten er skrevet på oppdrag for Aukra kommune i forbindelse med planlegging av bygging av et nytt omsorgssenter i kommunen. Aukra er en øy- og fastlandskommune på kysten av Romsdal. Kommunen har rundt 3.400 innbyggere og er en vekstkommune. Størstedelen av befolkningen bor på øya Gossen, mens omlag 600 bor på kommunens fastlandsdel, Julsundet, som grenser til kommunene Fræna og Molde. Kommunen har 310 årsverk fordelt på omlag 400 ansatte. Administrativt er kommunen organisert i to nivåer: Rådmann, kommunalsjefer og tre stabs- og støtteavdelinger, samt 12 enheter.

Figuren under viser kommunens alderssammensetning.



**Figur 1. Alderssammensetning i Aukra kommune (Kilde: SSB, Møre og Romsdal fylkeskommune).**

Siden 2009 har kommunestyret arbeidet med en sak om et nytt omsorgssenter i kommunen. Det skal bygges et helt nytt omsorgssenter som skal inneholde blant annet 20 omsorgsbosteder med heldøgn omsorg og 30 institusjonsplasser. Den økonomiske rammen er på 246.4 mill. kr., og bygget skal være ferdig til innflytting i 2018. Kommunen har en ambisjon om at nye Aukra omsorgssenter skal være Norges mest moderne og framtidsretta omsorgssenter når det åpnes.

Denne ambisjonen var også utgangspunktet da Aukra kommune ønsket et kunnskapsgrunnlag i vurderingen av hvordan det nye omsorgssenteret bør bygges. I tillegg ligger andre konkrete forhold rapport fra plannemd til grunn for vurderingen, men selve «konseptet» for det nye omsorgssenteret var ennå ikke bestemt da dette kunnskapsgrunnlaget ble bestilt.

## 1.1 KOMMUNENS DEFINISJON AV OG ØNSKER FOR DET NYE OMSORGSSENTERET

Kommunens intensjon og planer for det nye omsorgssenteret står beskrevet i de ulike styresakspapirene til kommunestyrets møter gjennom 2014. I sak 3/14 og 13/14 står det:

*Det er viktig å få fram at det ikkje er snakk om institusjonsbygging for eldre i form av ein aldersheim, men eit omsorgssenter, med fleire ulike brukargrupper. Det bærande fundamentet er samarbeid og sambruk mellom ulike tenester og mest mogeleg integrasjon i samfunnet/ bruk av andre samfunns-/ sentrumsfunksjoner. Det framtidige omsorgssenteret er ikkje ein stad der eldre skal bu i «15-20» år. Aukra kommune legg i omsorgsplanen til grunn eit tenestetilbod der eldre skal bu heime så lenge som mogleg, med eller utan bemanning.*

Det er med andre ord ønsket om en endring for å bedre ivareta fremtidens behov: Det nye omsorgssenteret skal ikke være en kopi av den løsningen som finnes i dag, Aukraheimen<sup>1</sup>.

I styresakspapirene av 12. juni 2014 (sak 45/14) gis følgende beskrivelse av omsorgssenteret:

- Det er noe annet enn dagens Aukraheim – ingen skal bo der i årevis
- Flere brukergrupper og folk i alle aldre skal omfattes av omsorgssenteret (jmf. Samhandlingsreformen)
- Omsorgssenteret skal suppleres av andre tiltak og boformer, slik at brukere kan bo lengst mulig hjemme, i omsorgsbolig, etc.

Rådmannens tilråding fra dette møtet slår fast at «*Utbygging av omsorgssenter for Aukra kommune skal realiserast i Falkhytten sentrum samlokalisert med avslastningsbustader og bufellesskap for brukarar med særskilte behov.*»

Lokalisering av det nye omsorgssenteret ble etter lengre tids diskusjon lagt til sentrum på øya Gossen, på Falkhytten. Kommunestyret fattet i juni 2014 endelig vedtak om omsorgssenterets beliggenhet. Beliggenheten er et ledd i en bevisst satsing på å «*bygge opp Falkhytten som attraktivt sentrum i kommunen, for å få større engasjement, aktivitet, fleire private tilbod, auka bolyst, osv.*» Falkhytten sentrum er den senere tid bygd opp med flere nye bygg og funksjoner, og innenfor et mindre område finnes i dag ny barne- og ungdomsskole, energisentral, brannstasjon, ambulansestasjon, og helsesenter og kommunehus (kommunestyremøte 12. juni 2014 (sak 45/14). Dette gjør at kommunestyrets ambisjoner om integrasjon i samfunnet og bruk av andre samfunns- og sentrumsfunksjoner i det nye omsorgssenteret enklere kan realiseres enn ved plassering av senteret et annet sted i kommunen.

## 1.2 PROBLEMSTILLING OG METODE

I bestillingen av dette kunnskapsgrunnlaget var det lagt vekt på at det skulle omhandle mulige fremtidige konsepter for et nytt omsorgssenter, men ikke avgrenses til det. Konsepter for fremtidens eldreomsorg rommer nødvendigvis også det omsorgstilbudet som finnes utenfor institusjonsdriften, eksempelvis samspillet med hjemmetjenesten, psykisk helsevern, antall

---

<sup>1</sup> Aukraheimen er et sjukehjem med tre avdelinger, både kort og langtidsopphold fordelt på 32 sjukehjems plasser og 10 plasser på skjermet avdeling for demente. Alle beboere har enerom. (Kilde: <https://www.aukra.kommune.no/institusjonstenester.324636.nn.html>)



plasser i institusjon mv. Temaet velferdsteknologi skulle ikke vektlegges spesielt i dette kunnskapsgrunnlaget, da dette emnet delvis dekkes gjennom et tilstøtende prosjekt i konseptrapport for Helsehus i Rauma kommune fra Sintef.

Hensikten med denne rapporten er å gi Aukra kommune et kunnskapsgrunnlag for de beslutningene som skal tas knyttet til oppføring av et nytt omsorgssenter. Målet er å gi en faglig fundert beskrivelse av både utfordringsbildet og mulige løsninger som pekes på i forskning, av fagfolk og av styresmakter.

Kunnskapsgrunnlaget skal belyse følgende problemstillinger:

- *Hvilke modeller og konsepter for organisering av tjenestene for eldre tilknyttet et (kommunalt eid) omsorgssenter blir fremhevet innen relevante fagmiljøer, forskning og policydokumenter?*
- *Hva sier de ulike modellene/ konseptene om hvordan fremtidens eldreomsorg kan organiseres i og rundt et omsorgssenter, særlig med henblikk på demensomsorg og frivillig innsats?*

### **1.2.1 METODE: LITTERATURSØK**

I utgangspunktet har vår søken etter kunnskap til denne rapporten vært preget av et formål om å gi et overblikk over fremtidens eldreomsorg der vi står nå halvveis i 2015: Hvilke temaer er aktuelle nå og hva finnes av kunnskap som er relevant for en kommune som skal bygge et nytt omsorgssenter. Vi har ikke gjennomført såkalte «systematiske søk», men har søkt bredt for å fange opp bildet av hva som er de aktuelle og sentrale temaene for fremtidens eldreomsorg. Vi har lagt vekt på at publikasjonene er nye, og det store flertallet av de kunnskapskildene som refereres i denne rapporten, er publisert i 2014 eller 2015.

Vi har søkt etter såkalte «review-artikler» fordi det er artikler som oppsummerer forskning på et felt og presenterer resultatene samlet og slik kan gi informasjon om det finnes en tendens eller klare svar basert på summen av flere forskningsstudier. I rapporten gir vi en oversikt over funnene og tilgjengeliggjør dermed gode review-artikler hvor kommunen kan skaffe seg mer detaljert informasjon etter behov.

Det stilles stramme krav til metodisk design for studier som skal inkluderes i en kunnskapsoppsummering. Det finnes mange gode oversiktsartikler om medisinskfaglige forskningsresultater relatert til for eksempel demens, Alzheimer, medikamentbruk og andre kliniske problemstillinger. Rent kliniske kunnskapsoppsummeringer har vi valgt bort i dette kunnskapsgrunnlaget, men vi har inkludert oppsummeringer og artikler som er i skjæringspunktet mellom medisin og tjenestekvalitet. Eksempel på dette kan være studier som vurderer effekt og utfall av psykososiale intervensjoner rettet mot pasienter eller pårørende.

Vi har også benyttet review-artikler om ulike modeller for sykehjemsdrift eller ulike modeller for tverrfaglige team med koordinatrorolle knyttet til pasienter og pårørende. Vesentlig er også kunnskapsoppsummeringer om hvilke boformer og designløsninger som har positiv effekt på helse og livskvalitet for eldre i institusjon, og særlig for personer med demens, såkalt «evidence-based design».

Kunnskapsgrunnlaget i denne rapporten bygger dog på et bredere tilfang av informasjon enn kun vitenskapelige kunnskapsoppsummeringer. Vi har gått gjennom relevante politiske styringsdokumenter som stortingsmeldinger og NOU'er, samt tilgrensende dokumenter som eksempelvis regjeringens plan for helse- og omsorgsfeltet (Omsorg 2020) eller temahefte fra Norges Forskningsråd («Flere aktive og sunne år»).

Vi har også benyttet kunnskapskilder som konferansen Kommunenes Sentralforbund og Helse- og omsorgsdepartementet arrangerte den 4. juni 2015 om «Eldreomsorg i Norden – Like utfordringer, ulike løsninger?». Alle presentasjoner samt filmopptak av konferansen finnes på nettsidene til KS, og kan anbefales: <http://www.ks.no/fagomrader/helse-og-velferd/helse-og-omsorg/eldreomsorg-i-norden-like-utfordringer---ulike-losninger/>.

Vi har brukt internett og gått rett til kildene for nærmere beskrivelser av for eksempel demenslandsbyen De Hogeweyk i Nederland, stiftelsen Livsglede for eldre og Kirkens bymisjon eller interesseforeninger som Nasjonalforeningen for folkehelse.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten er en naturlig inngang til relevant kunnskap. Kunnskapssenteret har på oppdrag av blant annet Helsedirektoratet gjennomført systematiske kunnskapsoppsummeringer om botilbud til personer med demens og tiltak for å støtte pårørende til hjemmeboende med demens. Tilknyttet kunnskapssenteret for helsetjenesten ligger også Helsebiblioteket, som samler alle former for kunnskap som kan støtte helsetjenesten i sitt virke. Helsebiblioteket har en egen temaside om «Eldre»: <http://www.helsebiblioteket.no/eldre> hvor informasjon og verktøy er kvalitetssikret og systematisert.

Vi har også benyttet spisskompetansen ved Høgskolen i Molde på temaet demens og pårørende. Anne Marie Mork Rokstad er sykepleier, forsker ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, og førsteamanuensis ved Høgskolen i Molde. Rokstad er medlem av kjernegruppen i det internasjonale nettverket for personsentrert demensomsorg, Global Action on Personhood in Dementia (GAP), som ble etablert i januar 2015.

Selvsagt har vi støttet oss på publikasjoner fra det ledende norske fagmiljøet på feltet temaet aldring og velferd, Forskningsinstituttet NOVA, som står for Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (fra 2014 en avdeling under Høgskolen i Oslo og Akershus). På slutten av 2014 publiserte NOVA to større rapporter som sammenfatter mye kunnskap om feltet

«eldreomsorg i Norge». Vi anbefaler kommunen å ta en nærmere kikk på kapittel 7 i rapporten redigert av Svein Olav Daatland:

- Daatland, S.O. (Red.) (2014) *Boliggjøring av eldreomsorgen?* NOVA-rapport 16/2014.

Kapittel 7 «*De gode forbildene. Om bokkvalitet i bolig og institusjonsløsninger for eldre*» (s.95–124 i rapporten) er skrevet av Karin Høyland og Silje Strøm Solberg. Her gis det utfyllende og gode beskrivelser, også illustrert med bilder, av boligløsninger og pleiekultur for eldre. Det oppgis også fakta om størrelse og omfang på bygninger, årsverk, beboere, mm. Kapitlet anbefales for å få «mer kjøtt på beina» og en bedre forståelse for hvordan bygg og pleiekultur samspiller i forbilledlige omsorgssenterløsninger.

En annen publikasjon vi vil anbefale handler om ulike designløsninger og utforming av det fysiske miljøet og hvilke virkninger det har for personer med demens, såkalt «evidence-based design». Dette er en ryddig og god systematisk litteraturgjennomgang gjennomført av Gesine Marquardt og kollegaer ved fakultetet for arkitektur ved det tekniske universitetet i Dresden, Tyskland. Marquardt leder forskningsgruppen «Arkitektur under demografiske endringer», og hennes arbeider er ofte referert til i litteraturen. Referansen er:

- Marquardt, G., Bueter, K., & Motzek, T. (2014). *Impact of the design of the built environment on people with dementia: An evidence-based review*. Health Environment Research & Design Journal 8 (1), 127-157.

Dette er en ryddig gjennomgang som sammenfatter funn fra empiriske studier publisert i perioden 1980 til 2013 om hva som er gode designløsninger for bygninger og interiør for mennesker med demens. Artikkelen gir også detaljerte og konkrete eksempler på slike løsninger.

Vi vil nevne et par miljøer til som har kunnskap om innovative løsninger for helsesektoren, mer spesifikt i skjæringspunktet mellom arkitektur/ industridesign og bolig- og interiørløsninger for eldre mennesker:

- Vi vil trekke fram Joost van Hoof ved Fontys University of Applied Science i Nederland [http://www.researchgate.net/profile/Joost\\_Van\\_Hoof](http://www.researchgate.net/profile/Joost_Van_Hoof), som har mange publikasjoner innenfor kunnskapsfeltene geriatri, industridesign og sivilingeniør.
- Et annet miljø verdt å nevne i denne sammenhengen er et kompetansesenter for demens ved University of Stirling i Skottland, Dementia Services Development Centre (DSDC). De har 25 års erfaring og jobber bredt med temaet demens. Blant annet utfører de tilsyn med og akkreditering av boliger for demente. De beste boligene og pleiehjemmene for eldre med demens får heder og ære som designvinnere, såkalte «*DSDC design award winners*». Konkrete beskrivelser med bilder og kontaktinformasjon av de forbilledlige pleiehjemmene, kan lastes ned fra nettsidene deres: <http://dementia.stir.ac.uk/design/audit-and-accreditation>
  - Dette kompetansemiljøet har også laget en brosjyre som på meget pedagogisk vis går gjennom hvilke designløsninger forskningen anbefaler for eldre med demens og/eller synshemminger. Brosjyren kan lastes ned herfra: <http://dementia.stir.ac.uk/design/good-practice-guidelines>

Det er mange gode artikler fra USA på tematikken tverrfaglige team og koordinering av tjenester for eldre med demens. Generelle temaer som eksempelvis sårbare overganger i pasientforløp ved degenerativ demenslidelse og pårørendes belastninger, er overførbare til en norsk kontekst. Amerikanerne ser ut til å ligge langt framme i å tenke flerfaglig organisering i team og flere av artiklene vi har funnet beskriver utprøving av ulike modeller for teambasert «case management» i omsorgen for personer med store og sammensatte behov. Andre deler av artiklene på disse emnene er dog mindre relevant i en norsk kontekst fordi helse- og omsorgstjenestene i velferdsstaten Norge skiller seg så mye fra det amerikanske systemet med helseforsikringer. De vi fant mest relevant er brukt i denne rapporten og finnes i referanselisten bakerst i rapporten.

Vi viser for øvrig til den fullstendige referanselisten bakerst i rapporten.

---

## 2 BAKGRUNN: KORT OM UTVIKLINGSTREKK OG TRENDER I ELDTREMSORGEN

---

I denne delen vil vi gi en beskrivelse av de viktigste trekkene ved eldreomsorgen i dag, hva som er status og utfordringer. Vinklingen er rettet mot problemstillinger relevant for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Juridisk og faglig sett er det strengt tatt ikke noe som heter «eldreomsorg» i Norge, fastslår ekspedisjonssjef Petter Øgar i Kommune-tjenesteavdelingen i Helse- og omsorgsdepartementet<sup>2</sup>: «Retten til tjenester er nemlig ikke knyttet til alder». Vi velger likevel å bruke begrepet «eldreomsorg» i vår redegjøring.

Marta Szebehely, Professor i «socialt arbete» ved Stockholms universitet<sup>2</sup>, tar utgangspunkt i at eldreomsorg er en del av den sosiale infrastrukturen i et samfunn, dvs. at den er viktig for hele samfunnet, og ikke bare for de som benytter tjenesten her og nå. For eksempel er eldreomsorg ikke bare en utgiftspost, men det er en forutsetning for at barna til de eldre, kan delta i lønnet arbeid.

Med andre ord er det store grupper i samfunnet som berøres av de endringene som skjer innen eldreomsorgen: De pleietrengende eldre, deres pårørende og det personalet som gir yter tjenester til de pleietrengende eldre<sup>2</sup>. Og det bør bemerkes at alle disse tre gruppene domineres av kvinner<sup>2</sup>. Kjønnsperspektivet er derfor innbakt i diskusjoner som handler om eldreomsorgen, selv om det ikke alltid er eksplisitt uttalt.

---

<sup>2</sup> Innlegg på konferansen «Eldreomsorg i Norden» 4. juni 2015 (KS og HOD). Presentasjoner kan lastes ned fra: <http://www.ks.no/fagomrader/helse-og-velferd/helse-og-omsorg/eldreomsorg-i-norden-like-utfordringer---ulike-losninger/>

## 2.1 BEFOLKNING OG DEMOGRAFI

### Et aldrende samfunn

Demografiske analyser av Norges innbyggere viser at alderssammensetningen endres: Andelen eldre blir større, vi snakker om en aldrende befolkning. Etterkrigstidens store fødselskull går nå over i pensjonistalder, og til tross for høye fødselstall i Norge, er ikke innflytter- og fødselsratene så store at de utjamner de store kullene som nå blir eldre (NOU 2011:11;25).

I 2011 var andelen innbyggere i Norge som var over 65 år 15 %, i 2040 vil denne aldersgruppa utgjøre nærmere 22 % av befolkningen. Fram til 2020 vil andelen personer over 80 år være nokså stabil på 4 % av befolkningen (ca. 220.000 personer), for så å dobles til 447.000 personer, dvs. en andel på 8 % i 2040 (Veenstra 2012, sitert i NOVA-rapport 17/14:13). Det er ikke her og nå den store veksten i antall eldre vil komme, det er først om 10 år. Forskerne sier at vi er inne et «demografisk moratorium»:

*Det norske samfunnet er inne i et «demografisk moratorium»: Betydelig vekst i antall eldre over 80 år kommer først etter 2025. Slik Hagen-utvalget er inne på [NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg] bør derfor det offentlige bruke de neste ti-femten årene til planlegging og forbedring av veksten av personer i den fjerde alderen i årene mellom 2025 og 2040 (NOVA-rapport 17/14:14).*

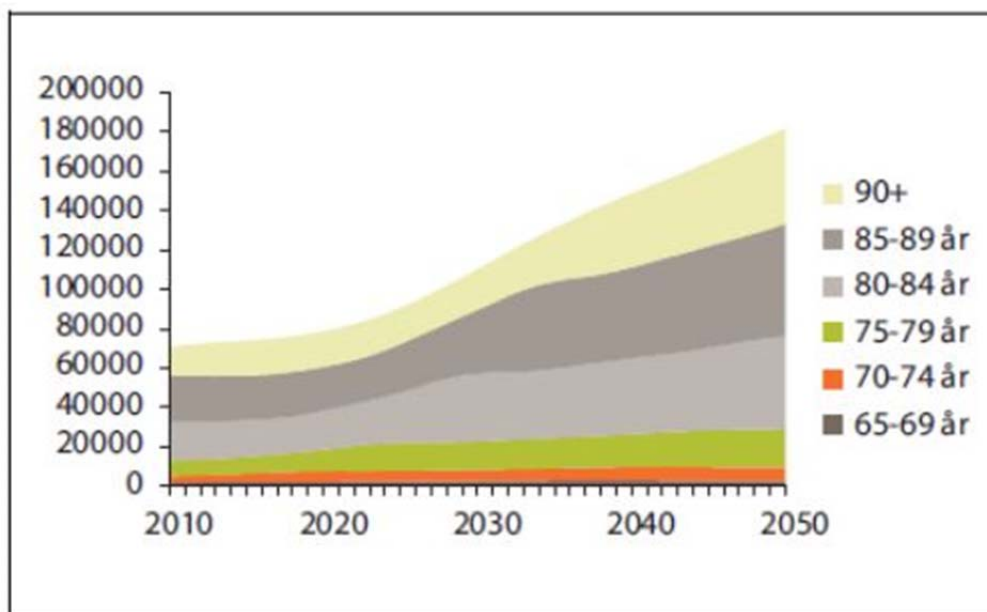
At den relative andelen eldre blir større enn del andelen av befolkningen som er i yrkesaktiv alder, betyr også at det blir relativt færre personer som kan bidra inn til samfunnets pensjoner, velferdstilbud og helse- og sosialtjenester. Dette forholdstallet mellom den yrkesaktive befolkning (16-66 år) og den eldre delen av befolkningen (67 år) kalles «koeffisienten for aldersbæreevne» (The Potential Support Ratio). I år 2000 var det 4,7 personer i yrkesaktiv alder per eldre, i 2030 vil det forholdstallet være 3,5 og i 2050 er koeffisienten nede i 2,9 (NOU 2011:11;25-26).

Det er ikke bare alderen som øker, den samfunns- og velstandsøkningen som har skjedd i Norge, tar også de eldre del i. De som er 67 år og eldre i dag utgjør en seniorgenerasjon med flere ressurser å møte alderdommen med enn generasjonene før dem. Kort sammenfattet er de en gruppe «nye eldre» med høyere utdanning, bedre økonomi, bedre helse og bedre boforhold (NOU 2011:11;26). De eldre er en ressurssterk gruppe som også verdsetter selvstendighet og vet hva de vil, noe som peker i retning av en sterk forbrukermakt som gjerne tar styringen over eget liv – så lenge de har helsa og mulighetsrommet til å gjøre det.

### Demens, ensomhet, inaktivitet

Aldring i seg selv er ingen sykdom, men med økt alder er det normalt å oppleve fysiske funksjonstap, større praktiske hindringer og endringer i sosiale forhold og levekår. Sosial isolasjon, kognitiv svikt og fysisk ustabilitet med økt tilbøyelighet til å falle, er tre vanlige resultat for et individ når den fysiske eller psykiske allmenntilstanden er redusert (Technology Research for Independent Living som referert i NOU 2011:11; 29).

Demens er en felles benevnelse for flere hjernesykdommer som oftest opptrer i høy alder, og som fører til kognitiv svikt (NOU 2011:11;31). Demens er vanligvis en sykdom som forverrer seg utover i sykdomsforløpet, og de som rammes vil etter hvert ikke lenger kunne mestre hverdagen like godt. Noen demente utvikler personlighetsforandringer med manglende innsikt og dårlig dømmekraft. Angst, mistenksomhet, depresjon, vrangforestillinger og tvangsmessig atferd er vanlige symptomer på demens (NOU 2011:11;31). I 2011 hadde omtrent 70 000 personer demens i Norge, og man regner med at 10 000 personer får sykdommen hvert år (NOU 2011:11;32). En undersøkelse fra Sosial og omsorgsdepartementet i 2007 viste imidlertid at bare halvparten er utredet og har fått en diagnose (NOU 2011:11;32). En aldrende befolkning vil også innebære en befolkning der flere får demens, som illustrert i figuren under.



**Figur 2. Antall personer med demens framskrevet 2010-2050. Beregnet ut fra en gitt prosent forekomst av demens per aldersgruppe (Kilde: Figur 3-14 i Stortingsmelding 29 Morgendagens omsorg: 42).**

Figuren viser ikke at flere enn før får demens, men at den relative andelen av befolkningen med demens vil øke når antallet eldre også øker.

Over halvparten av personer med demens bor hjemme. Om lag 80 % av alle beboere i sykehjem har en demenslidelse (Dahm m.fl., Kunnskapssenterets rapport 27/2014). Dette betyr at demens som utfordring angår alle de som yter omsorg til eldre, både de profesjonelle og de pårørende. Med andre ord trenger fremtidens eldreomsorg å være demensvennlig. Nasjonalforeningen for folkehelsen bruker benevnelsen «kampanje for et demensvennlig samfunn», og de oppfordrer alle kommuner til å bli mer demensvennlig<sup>3</sup>.

Å være ensom er ikke det samme som å være alene eller isolert, ensomhet er å ha lyst på mer eller bedre kontakt med andre enn det man har (NOU 2011:11;30). Det er i de eldste aldersgruppene (over 80 år og 70-79 år) at flest oppgir at de er ensomme. Flere kvinner enn

<sup>3</sup> [http://www.nasjonalforeningen.no/no/Demens/Demensvennlig\\_samfunn/](http://www.nasjonalforeningen.no/no/Demens/Demensvennlig_samfunn/)

menn sier de er ensomme, og forskjellen mellom kjønnene øker med alder (ibid.) Det er også sånn at dårlig helse og ensomhet hører sammen – langt flere blant dem med dårlig helse sier også at de er ensomme sammenlignet med de som opplever god helse (ibid: 31).

De helsepolitiske styringssignalene i både inn- og utland peker på aktivitet og forebygging som løsningen: Et aktivt liv, både fysisk og sosialt, er det viktigste enkeltpersoner kan gjøre for å beholde fysisk og psykisk helse og redusere plager. Dette trekker søkelyset over på individets innsats for egen helse og livskvalitet. Spørsmålet da blir hvordan man kan legge til rette for at også de med nedsatt funksjonsevne – kognitivt eller fysisk – kan holde seg aktive i alderdommen.

Om det betyr at behovet for helse- og omsorgstjenester blir større når befolkningens levealder øker er usikkert. Forskerne drøfter denne sammenhengen, og det finnes tre ulike hypoteser, ifølge NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg (s 26):

- Noen mener at flere leveår betyr flere gode år ut fra en antagelse om at fasen på slutten av livet med stort funksjonstap, vil være like lang som den er for dagens eldre.
- Andre peker på at økt levealder er et tegn på god helse, og følgelig at fasen med stort funksjonstap antagelig blir kortere for fremtidens eldre enn for dagens eldre.
- En tredje hypotese er at perioden med stort funksjonstap blir lengre.

Til tross for at et individs økende alder tilsier funksjonstap og større utfordringer i å leve dagliglivet slik man ønsker, er ikke gruppen eldre ensartet i sitt pleiebehov. Det kan være nyttig å skille mellom tre grupperinger, som gjenspeiler tre nivå av behov for støtte og pleie (Kilde: KS/HOD konferanse om Eldreomsorg i Norden: Presentasjon ved Eva Pedersen, kontorsjef i Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integrasjon og Sociale Forhold, Danmark):

- Eldre personer som i all hovedsak klarer seg selv uten hjelp
- Eldre personer som har funksjonstap på grunn av sykdom eller alderdom. De har bruk for hjelp, først og fremst i form av selvhjelp og med hjelp fra velferdsteknologi
- Eldre med store og sammensatte behov som enten får tett oppfølging hjemme eller bor på sykehjem/ institusjon.

Den siste gruppen, de som har store og sammensatte behov, vil kreve mest av tjenestene. Termen «sammensatte behov» gjenspeiler at med økende alder er det gjerne mer enn én ting som plager en hvis man først får dårligere helse og et lavere funksjonsnivå. Det kan være et uttrykk for at flere plager og sykdommer opptre i høy alder og etter hvert vil inntreffe, og det kan ha å gjøre med «en ond sirkel» der en diagnose sjeldent kommer alene. Foreløpig mangler vi sikre anslag på hvordan de eldre vil fordele seg i disse grupperingene, men tjenestene trenger å innstille seg på å dekke behovene til en befolkning som blir mer mangfoldig, både i ønsker og behov for pleie og omsorg.

## 2.2 TJENESTENE

Omsorgstjenestene har gjennom tidene utviklet og endret seg. Historisk sett har det skjedd et skifte fra familieomsorg til offentlige omsorgstjenester. Endringene i de offentlige pleie- og omsorgstjenestene i Norge er karakterisert av to generelle trekk de siste 20-25 årene, skriver Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA, rapport 17/14:15): Avinstitusjonalisering og desentralisering.

Avinstitusjonalisering viser til overgangen fra institusjonsbaserte til hjemmebaserte tjenester, og at de hjemmebaserte tjenestene har utviklet seg til å bli et fullverdig tilbud til mange ulike brukergrupper. Desentralisering innebærer en forflytning av ansvaret for tjenestene fra velferdsstaten og over til velferdskommunene (NOU 2011:11 og NOVA-rapport 17/2014).

Svein Olav Daatland og Jardar Sørvoll ved Velferdsforskningsinstituttet NOVA beskriver hvordan Sverige og Danmark tidlig på 1990-tallet «*avviklet institusjonsomsorgen så å si med et pennestrøk*» (Nova-rapport 27/14, s 33), og at dreiningen i norsk eldreomsorg i retning av en «boliggjøring» var mindre enn i de andre nordiske landene. Bare Norge fortsatte under to regimer: Et sykehjemsregime og et omsorgsbolig- og hjemmetjenesteregime (Nova-rapport 27/14).

Selv om norske kommuner fra og med 2005 brukte like mange årsverk innenfor hjemmebaserte tjenester som de gjorde innenfor institusjonsbasert omsorg (NOVA-rapport 17/14:15), viser tallene at det fortsatt er sykehjemmene som dominerer den norske eldreomsorgen i den forstand at  $\frac{3}{4}$  av ressursene (utgiftene) brukes til sykehjem. For de eldre blir det dermed lite igjen av ressursene til hjemmebaserte tjenester, ikke minst fordi hjemmetjenestene også skal betjene omsorgsboligene (Nova-rapport 27/14).

Berit Otnes ved Statistisk Sentralbyrå (SSB) har analysert utviklingstrekkene innen helse- og omsorgstjenestene fra 1994 til 2013 (Otnes, 2015). Otnes finner at veksten innen sektoren har vært betydelig. Samtidig har det skjedd store endringer både i tilbudet av tjenester og i alderssammensetningen blant tjenestemottakerne. Over 40 prosent av utgiftene går nå til å finansiere tjenester til personer under 67 år (ibid.). De viktigste utviklingstrekkene oppsummeres som følger:

- Boliggjøring: Færre i institusjon, flere i boliger
- Sterkere vekst i hjemmetjenestene enn i institusjonene
- Mer hjemmesykepleie, mindre praktisk hjelp: Tjenestene konsentrerer seg i økende grad om helseaspektet ved hjelpebehovene
- Sterkere vekst i tjenester til yngre enn til eldre
- Mer hjelp til yngre enn til eldre med liknende bistandsbehov.

NOVA så i 2012 på statistikk for brukere av hjemmetjenester for yngre (under 67 år) og eldre (67 år og eldre). De fant at hjemmetjenester ofte blir fordelt nokså tynt i eldreomsorgen: De eldre over 67 år utgjør omtrent  $\frac{3}{4}$  av brukerne, men konsumerer «bare»  $\frac{1}{4}$  av ressursene i hjemmetjenestene. Forklaringen er at de fleste eldre med betydelige omsorgsbehov gis omsorg i sykehjem (Nova-rapport 17/14, s 35).



Kommunene står relativt fritt til å utforme sin egen bolig- og omsorgspolitik rett mot eldre, og NOVA slår fast at nyere forskning dokumenterer store lokale variasjoner i den kommunale eldreomsorgen (NOVA-rapport 17/14:16). Det er forskjell mellom små og store kommuner, og enkelt sagt bruker og satser de største kommunene på mer hjemmebasert pleie enn institusjonsomsorg. Til forskjell har de små distriktkommunene stort sett høyere dekning av sykehjem enn andre kommuner (ibid). NOVA forklarer dette med at behovet for tjenester øker mindre og saktere enn i store, folkerike kommuner, og at de små kommunene har en annen økonomi til å tilby de ressurskrevende institusjonsplassene til sine innbyggere. Også kommunenes fremtidige planer indikerer at de små kommunene fortsatt satser på institusjon i kombinasjon med hjemmetjeneste, mens de store kommunene i større grad også planlegger at veksten skjer innen hjemmebaserte tjenester (NOVA-rapport 17/14).

I en studie av samhandlingsreformens konsekvenser (Abelsen m.fl. 2014, 56) mente informantene (ansatte i kommunal pleie- og omsorgstjeneste) at dagens sykehjemspasienter, hjemmeboende og brukere i omsorgsbolig var sykere enn før innføring av samhandlingsreformen. Konsekvensen av dette, mener forskerne, er at terskelen for å få sykehjemsplass har blitt høyere, noe som også forplanter seg: Terskelen for å få omsorgsbolig var også løftet, og noen informanter meldte om at beboere som var ganske dårlige: «Hva skal beboere med et kjøkken hvis de ikke kan bruke det?» (ibid).

I samhandlingsreformen har kommunene måttet prioritere å ta imot de utskrivningsklare pasientene fra sykehusene. Dermed må andre pasientgrupper nedprioriteres, og ifølge informantene i en undersøkelse fra IRIS (Abelsen m.fl. 2014: 63), gjelder dette tilbudet til demente og andre «svake» pasientgrupper som rus/ psykiatri, kronisk syke og ensomme som bor hjemme.

*Det er store utfordringer for de hjemmeboende demente og deres pårørende, samt hjemmetjenesten i de kommunene hvor institusjonskapasiteten er sprengt: «40 prosent av de som får hjemmehjelp, har demenssykdom. Vi har for lite dagplasser til denne gruppen. De blir for lite aktivisert. Konsekvensen av manglende hjelp er at vi til slutt for to som trenger hjelp (også pårørende). Denne pasientgruppen krever ikke noe selv.» (Sitat fra ansatt i tildelingskontor i en stor kommune) (Abelsen m.fl. 2014:63).*

Særlig utfordrende er det for kommuner å tilby et differensiert tilbud til personer med demenslidelse, der personer med utagerende atferd og ulike funksjonsnivå blir ivaretatt (ibid:64).

Nyere forskning peker på tre helt sentrale kjennetegn ved de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Bing-Jonsson 2014): For det første har det skjedd en forflytning fra institusjonalisert til hjemmebasert pleie. For det andre er det en stor pasientpopulasjon med komorbiditeter som også inkluderer kognitiv svikt. Det tredje kjennetegnet er at sykepleierne i de kommunale helse- og omsorgstjenestene sliter med å holde tritt med de mange kompetansekravene de stilles ovenfor.

### **2.2.1 KRAV TIL KOMPETANSE I TJENESTENE**

For å betjene en mangfoldig og «kravstor» eldre befolkning – som ønsker å bevare sin selvstendighet og påvirkning over eget liv, må omsorgstjenestene levere et mangfoldig tilbud.

Økt kompleksitet i de tjenestene befolkningen krever innebærer en tilsvarende kompleksitet i den kunnskapen og kompetansen som tjenestene trenger for å gjøre jobben sin. De ansatte som skal levere mangfoldige og komplekse tjenester, må ha kompetanse, og deres ledere må også ha kunnskap ikke bare om det medisinske og pleiefaglige, men også om hvordan psykososiale tiltak kan øke folks funksjonsnivå, trivsel og livskvalitet.

«En faglig sterk helse- og omsorgstjeneste» er en av de fem satsningsområdene regjeringen vektlegger i Omsorg 2020. Beskrivelsene som gis her viser bredden i nye kompetansekrav som stilles til tjenestene. Faglig omstilling gjennom ny kompetanse, nye arbeidsmåter og kompetanseheving, skal føre til at tjenestene nå skal vektlegge: Mestring, rehabilitering, forebygging, tidlig innsats, aktivisering, nettverksarbeid, miljøarbeid, veiledning av pårørende og frivillige og innføring av velferdsteknologi (Omsorg 2020:6). I tillegg skal også den medisinskfaglige oppfølgingen og den strategiske ledelsen av sektoren styrkes.

Stortingsmelding 26 Fremtidens primærhelsetjeneste har «*mer og bredere kompetanse*» som et av de sentrale tiltakene for å styrke de kommunale helse- og omsorgstjenestene:

*Flere brukere med større og faglig sett mer komplekse behov har betydning for kompetansebehovet i hele den kommunal helse- og omsorgstjenesten.*

Det er snakk om behov for å heve kompetansenivået til de som jobber i tjenestene, men også nødvendigheten av å ha en tverrfaglig bredde i kompetansen. Meldingen understreker at ledere i tjenestene også må ha mer kunnskap om ikke bare den tjenestene de skal lede, men også om det å lede (Meld.St.26 2014-2015: 20):

*Tjenesten trenger et lederløft. Det er behov for å styrke ledelsen på alle nivåer. Det er behov for flere ledere, men fremfor alt for ledere med god lederkompetanse og tilgang på solid helse- og sosialfaglig kompetanse.*

I meldingen varsles det om en kommende handlingsplan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i omsorgstjenestene, Kompetanseløft 2020.

Pia Bing-Jonsson m.fl. ved avdeling for sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo (BJ 2014), slår fast at kvaliteten på den profesjonelle omsorgens som ytes til eldre, krever at ansatte har den kunnskapen og kompetansen som en kompleks og sammensatt helsetjeneste krever. Imidlertid viser flere undersøkelser blant de sykepleierne som ivaretar eldre i Europa, et samstemt men tydelig bilde: Det er ofte assistenter med begrenset opplæring som yter tjenestene til eldre, og det ansettes få medarbeidere med formell kompetanse. Forskerne konkluderte med at den gjeldende kompetansen ikke matcher det som kreves:

*Det finnes et gap mellom den kompetansen som forventes av sykepleierne og den arbeidsstyrken som faktisk ansettes (Bing-Jonsson m.fl., 2014:60, fri oversettelse).*

Bing-Jonsson og kolleger har gjennomført en såkalt Delphi-studie<sup>4</sup> for å identifisere hva som er den viktigste kompetansen sykepleiere for eldre må inneha. De 42 ekspertene i Bing-Jonssons

<sup>4</sup> En Delphi-metode brukes for å på en systematisk måte samle informasjon fra eksperter innen feltet, gjennom bruk av individuelle intervjuer, spørreskjema, statistiske analyser og systematisk feedback til ekspertene. Det endelige målet at ekspertene kommer fram til en konsensus.

studie var klinikere, ledere, lærere, forskere og pårørende, og etter tre runder med drøftinger hadde ekspertene kommet til enighet. Ekspertene som ble forespurt i studien var enige i at den mest relevante kunnskapen for sjukepleiere som pleier eldre, er:

Helsefremming og forebygging av sykdommer, behandling, palliativ pleie, etikk og regler, vurdering og handling, dekke grunnleggende behov, kommunikasjon og dokumentasjon, ansvarlighet og aktivitet, samarbeid, samt holdninger knyttet til eldre.

De kravene som rettes til økt kompetanse og faglig omstilling i de offentlige tjenestene, indikerer at de kommunale helse- og omsorgstjenestene må få jobbe faglig og la andre gjøre de oppgavene som ikke krever profesjonsutdanning. Forhold knyttet til Eldres trivsel, livskvalitet, aktivitetsnivå, og ulike psykososiale tiltak som kulturelle opplevelser og sosiale sammenkomster, kan være eksempler på hva ufaglærte personell, de frivillige og de pårørende kan gjøre.

Abelsen m.fl. finner at det psykososiale aspektet ved hjemmetjenesten nedtones i de tilfeller der slike tilstander – for eksempel ensomhet – ikke lenger anses som noe den kommunale pleie- og omsorgstjenesten skal dekke:

*Installasjon av alarmer erstatter tilsyn. Det finnes i mindre grad tiltak for å møte ensomhet. De ensomme og nervøse fortrenses – gamle og ensomme med litt angst som bor hjemme, får ikke lenger hjemmetjenester. Dette bildet er imidlertid ikke entydig [i datamaterialet] (Abelsen m.fl. 2014:64).*

### 2.2.2 PERSONSENTRERT OMSORG

Felles i politiske styringssignaler og forskningslitteratur er tanken om at grunnlaget for en god alderdom handler om å kunne få leve sitt eget liv mest mulig som vanlig. Målet er å bevare enkeltmenneskets autonomi og livskvalitet, noe som setter søkelyset på å opprettholde fysisk og sosial aktivitet. Dette sammenfaller bra med endrede strukturelle rammebetingelser i et aldrende samfunn med press på ressursene innen helse- og sosialsektoren. «Boliggjøringen» av eldreomsorgen er et signal om denne dobbeltheten: De fleste mennesker forbinder livskvalitet med å bo hjemme og klare seg selv, og krav til økonomi og effektivitet i omsorgssektoren tilsier at mer omsorg gis hjemme i egen bolig så lenge som mulig.

Helse- og omsorgstjenestene skal ikke bare behandle plager og reparere sykdommer, de skal sette bruker og pårørende i sentrum og yte en personsentrert omsorg. Vridningen til en personliggjort omsorg innebærer kulturelle, organisatoriske og fysiske endringer i tjenestetilbudet, og krever en kompleks kompetanse blant helse- og omsorgsarbeidere og deres ledere.

En personsentrert helse- og omsorgstjeneste bærer også bud om at fremtidens løsninger må være mangfoldige. En sammensatt befolkningsgruppe trenger fleksible og differensierte løsninger. For å oppfylle velferdsstatens mål om befolkningens tilgang til likeverdige tjenester, må eldreomsorgen være individuelt tilpasset.

Kjernen i verdigrunnlag og filosofi for fremtidens eldreomsorg er det som kalles personsentrert omsorg, og dette kommer aller sterkest til uttrykk innenfor demensomsorgen. Personsentrert omsorg bygger på ideen om personverd («personhood»), først beskrevet av den britiske sosialpsykologen Tom Kitwood. Personverd er den statusen eller en verdi som tildeles et menneske av andre i mellommenneskelige forhold og sosiale relasjoner (Rokstad 2014, 2015). Målet for personsentrert demensomsorg er en anerkjennelse av personverdet i alle aspekter av

behandlingen. Etterfølgeren til Tom Kitwood i Bradford Dementia Group, Dawn Brooker, har introdusert et rammeverk kalt VIPS som gir en definisjon av personsentrert omsorg langs fire dimensjoner:

<b>V</b>	Et verdigrunnlag som anerkjenner menneskets absolutte verdi, uavhengig av alder eller kognitiv funksjon
<b>I</b>	En individuell tilnærming som vektlegger det unike hos hvert enkelt menneske
<b>P</b>	Evnen til å forstå verden, sett fra personens perspektiv
<b>S</b>	Etablering av et støttende sosialt miljø som dekker personens psykologiske behov

**Figur 3. VIPS-rammeverk (Kilde: Dawn Brooker).**

Grunnleggende verdier og respekt for enkeltmennesket, innsikt i menneskelige behov fra grunnleggende psykologisk tilknytningsteori til det å oppfordre til selvstendighet og autonomi står sentralt i en personsentrert omsorg. Relasjonen mellom den som gir og mottar omsorg trer i forgrunnen, empati og forståelse for den som får omsorg er helt avgjørende. For eksempel må omsorgsgiver bestrebe seg på å forstå utfordrende atferd ut fra pasientens ståsted (Rokstad 2014:29). Men det er noe langt mer enn en mellommenneskelig relasjon: Praktiseringen av en personsentrert omsorgsfilosofi handler om holdninger, kompetanse og kultur blant ansatte og ledelse, og endelig hvilken pleie- og omsorgspraksis personalet utøver. Personsentrert omsorg er en grunnholdning som forplanter seg gjennom hele organisasjonen, der også boformer og lokaler må gjenspeile de verdiene og målene man har med tjenestene.

I England har den veldedige organisasjonen The Health Foundation etablert et eget senter for personsentrert omsorg, og de definerer de fire prinsippene for personsentrert omsorg som følger<sup>5</sup>:

1. Tilby mennesker verdighet, medfølelse og respekt
2. Tilby koordinert pleie, støtte eller behandling
3. Tilby personlig tilpasset pleie, støtte eller behandling
4. Støtte mennesker i å gjenkjenne og utvikle sine egne styrker og muligheter til å leve et uavhengig og givende liv

Se også illustrasjon av de fire prinsippene i følgende figur:

---

<sup>5</sup> Kilde: <http://personcentredcare.health.org.uk/resources/person-centred-care-made-simple>



**Figur 4. De fire prinsippene i personsentrert omsorg (Kilde: Person-centred care resource centre, The Health Foundation i England).**

Det er utviklet en guide for planlegging og gjennomføring av praktisk demensomsorg. Målet er å stimulere personalet som jobber med demente til å sette søkelys på alle de forholdene som påvirker personer med demens i deres daglige liv (Rokstad, 2014:65). Mork Rokstad gir konkrete beskrivelser av guiden i sin bok «Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens», der hovedelementene er: Livshistorie, Livsstil og preferanser, Helsetilstander, Kognitiv og praktisk fungering, samt Sosiale relasjoner og livet her og nå.

Flere land har valgt å vektlegge personsentrert omsorg som et nasjonalt verdigrunnlag for demensomsorgen, så også i Norge ved Demensplan 2015 (Rokstad, 2015). Perspektivet står sentralt i internasjonale nettverk for demensomsorg, og i retningslinjene som skal følge Demensplan 2020 (etterfølgeren til Demensplan 2015, planlagt lansering januar 2016).

Richard Fortinsky og Murna Downs sammenlignet nasjonale demensstrategier i 7 land (Australia, England, Frankrike, Nederland, Norge, Skottland og USA) ut fra et personsentrert perspektiv (Fortinsky 2014: 566). Deres anbefalinger er at neste generasjon av nasjonale demens-strategier bør fokusere på de senere overgangene i pasientforløpet, gi retningslinjer for hvordan koordinering av pleie og opplæring av arbeidsstyrken kunne gjøre overgangene mer personsentrert, samt bruke personsentrerte resultatmål når implementeringen av strategiene skal evalueres.

Personsentrert omsorg er med andre ord gjennomgående i alle nivåer av helse- og omsorgstjenestene.

### 2.3 SIVILSAMFUNNET (PÅRØRENDE OG FRIVILLIGE)

Veksten som har skjedd i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, dekker ikke behovet samfunnet har for slike tjenester. Samfunnet ville ikke gått rundt uten innsatsen til de pårørende og de frivillige, bemerkes det i utredningen Innovasjon i omsorg (NOU 2011:11; 69-70). I dokumentet omsorg 2020 beskrives situasjonen som følger:

*I dag er det to nesten like store aktører i omsorgssektoren målt i antall utførte årsverk: Familien og kommunen. Kommunene utfører over 130.000 årsverk, mens familie og pårørendes omsorgsarbeid anslås til om lag 100.000 årsverk. Utover dette står frivillige, ideelle og private for en mindre andel av tjenesteproduksjonen (Omsorg 2020:9).*

Familien og velferdsstaten er de viktigste aktørene, og det er derfor primært mot disse at oppmerksomheten må rettes for å utvikle en mer bærekraftig eldreomsorg, i følge Hanna V. Nordbø ved NOVA (Nova-rapport 16/14:83). Undersøkelser viser at det først og fremst ektefelle/samboer som gir uformell omsorg, deretter følger barna (ibid:85). Det er likevel de formelle omsorgstjenestene som tar brorparten av ansvaret for de pleietrengende eldre, hovedsakelig ved opphold i sykehjem eller annen bolig som er tilrettelagt. Hvis den pleietrengende eldre fortsatt bor hjemme, øker også samarbeidet med familien om omsorgsoppgavene (ibid).

Nordbø har undersøkt sammenhengene mellom hvilken boform pleietrengende foreldre har (hjemme, omsorgsbolig, sykehjem) og den omsorgen barna deres yter (Nova-rapport 16/14). Hun finner at der de formelle tjenestene øker sin andel av omsorgen, så reduserer dette barnas innsats. Endringen gjelder først og fremst den praktiske hjelpen; særlig der den pleietrengende flytter inn i sykehjem eller omsorgsbolig. Ansvaret for den sosiale og emosjonelle omsorgen, forblir i sterkere grad hos de pårørende (Nova-rapport 16/14:93). Liknende funn gjorde også svenske Marta Szebehely om forholdet mellom sykehjemsdekning og hjemmetjenesten: Både de ansatte i hjemmetjenesten og de pårørende rapporterer at kravene øker når de sykeste eldre bor hjemme og ikke i institusjon (presentasjon KS/HOD-konferanse: Eldreomsorg i Norden).

Videre fant Nordbø at den sterkeste omsorgsrelasjonen er den mellom mor og datter. Døtre og sønner har like ofte kontakt med foreldrene, men døtre gir mer praktisk hjelp. Døtrene tar også et større ansvar for den personlige pleien for sine mødre (Nova-rapport 16/14:93).

I en svensk spørreundersøkelse fra 2013<sup>6</sup> (N=3639) fant Szebehely og kollegaer at 42 % av de som svarte på undersøkelsen hjelper en eldre, syk eller funksjonshemmet nær slektning minst en gang måneden. Blant dem som var pårørende til en pleietrengende slektning, svarte over halvparten av kvinnene (52 %) og en knapp tredel av mennene (29 %) at ansvaret var psykiske belastende, eksempelvis var det vanskelig å konsentrere seg på jobben (30 % av kvinnene, 15 % av mennene). 13 % av kvinnene og 8 % av mennene hadde gått ned i arbeidstid eller sluttet å jobbe på grunn av sitt omsorgsansvar<sup>4</sup>.

---

<sup>6</sup> Presentasjon KS/HOD-konferanse: Eldreomsorg i Norden, med referanse til kilde: Szebehely M, Ulmanen P og Sand A-B (2014) *Att ge omsorg mitt i livet: hur påverkar det arbete och försörjning?* Web-rapport Stockholms universitet.

Disse sammenhengene beskrives også av sosiologene Marianne Inez Lien og Ulla-Britt Lilleås i deres forskning på arbeidsliv, familieliv og slitenhet. I kronikken «Mamma tar støytten»<sup>7</sup> (2012) underbygger de med statistikk at det fortsatt er kvinner som tar ansvaret for familiens helse når det er behov for ekstra omsorg. De belyser sammenhengene rundt det å jobbe i redusert stilling og ansvaret for pleie og omsorg for funksjonshemmede barn, gamle og syke foreldre eller syke ektefelle. I følge SSB er halvparten av alle kvinner som mottar pleiepenger for å pleie syke slektninger i livets slutfase, ansatt i helsesektoren. Dette er kvinner som allerede besitter kompetansen til å utføre omsorgsoppgavene som det offentlige ellers måtte levere. Dette reiser spørsmål om kvinnene skal jobbe fulltid i offentlig lønnet omsorg eller om de skal jobbe deltid for å kunne pleie syke slektninger og motta pleiepenger for dette.

Fra politisk hold er man selvsagt opptatt av at forholdene må legges til rette for at det er mulig å kombinere arbeid og omsorg – for ellers vil ikke samfunnet løse det samlede omsorgsbehovet (NOU 2011:11). I omsorg 2020 beskrives også de pårørendes omsorgsinnsats som «helt avgjørende». De pårørendes innsats skal synliggjøres gjennom at deres innsats omtales i individuelle planer, og at de ellers støttes i sitt omsorgsarbeid. Videre står det at de kommunale myndighetene må gi de pårørende «en helt annen oppmerksomhet og anerkjennelse» enn de får i dag (Omsorg 2020:15). Konkrete tiltak som støtter de pårørende vil være opplæring, veiledning og avlastning.

De pårørendes omsorgsansvar minsker når den pleietrengende bor i en institusjon der de formelle omsorgsyterne overtar et helhetsansvar. For pårørende som har eldre pleietrengende som bor hjemme, vil omsorgsansvaret naturlig nok variere med ulike faser. Forskningen til Petra Ulmanen ved Stockholms universitet<sup>8</sup> snakker om den organisatoriske omsorgen som de pårørende yter, en type omsorg som blir helt avgjørende når sykdomsbildet endres og pleiebehovet øker for den hjemmeboende eldre. Ulmanen finner at slike endringer – faser der den eldres pleiebehov vokser – først og fremst rammer døtrene negativt. Slik er det fordi døtre i større grad enn sønner tar den vedvarende, koordinerende rollen som trengs når flere tjenester skal involveres.

Å legge til rette for de pårørende trekkes fram som viktig – for de langtidsbeboende, for de som går inn i en palliativ fase. De pårørende må kunne ha tilgang til personale og samtaler med dem om sin pårørende. De pårørende vil trenge rom for å trekke seg tilbake i tillegg til samværet med sin pårørende.

## 2.4 UTFORDRINGSBILDET

For å avgjøre hvordan man skal løse fremtidens eldreomsorg kan det være nyttig å se på utfordringsbildet i eldreomsorgen slik det ser ut fra dagens ståsted. Veksten i antallet eldre føre til flere eldre med hjelpebehov, altså en behovsvekst for helse- og omsorgstjenester til syke og demente personer, dvs. sykehjemsplasser, døgnbemannede omsorgsboliger, eller omfattende hjemmetjenester. Samtidig ser man at flere yngre brukergrupper setter press på tjenestene. Sammen reduserer dette tilgjengelighet og kapasitet i tjenestene og vil i fremtiden, om ikke allerede, føre til knapphet på omsorgsytere, både helse- og sosialpersonell og frivillige.

<sup>7</sup> <http://www.dagbladet.no/2012/11/08/kultur/debatt/kronikk/sykefraver/kvinner/24255586/>

<sup>8</sup> Kommende Dr.gradsavhandling: <http://www.socarb.su.se/om-oss/kontakt/personal/l%C3%A4rare-forskare-och-doktorander-egna-hemsidor/t-%C3%B6/ulmanen-petra>

Utfordringsbildet viser at det er og vil bli behov for tilrettelagte boligtilbud, samt tiltak og tjenester rundt boligtilpasning og velferdsteknologi for at eldre skal kunne bo hjemme lengst mulig. En vridning av tjenester mot tidlig innsats gjennom forebyggende tiltak og aktivisering vil bli nødvendig for å bevare funksjonsevnen hos de eldre. I tillegg til å bevare funksjonsevnen peker utfordringsbildet i eldreomsorgen på for lite aktivitet, behov for bedre trivsel i sykehjem og at for få får dekket sine psykososiale behov. Brukerinvolvering og brukerperspektivet er fremdeles for dårlig ivaretatt.

Endringer i sykdomsbilde og oppgavefordeling mellom spesialist- og primær helsetjenesten fordrer økt kompetanse, flerfaglighet og nye arbeidsformer. Tjenestene fremstår i dag som fragmenterte med utfordringer knyttet til dårlig samhandling og svikt i systematisk medisinsk oppfølging. Det er behov for økt kvalitet, sammenheng og koordinering i tjenestene.

Kjennskap til det lokale utfordringsbildet i eldreomsorgen må kommuniseres for partiene og politikerne for å få dette synliggjort og prioritert for at kommunene skal være i stand til å forberede, bygge opp og utvikle helse- og omsorgstjenestene i riktig retning. En utfordring er at det både i administrativ og politisk ledelse, så vel som i tjenestene, kan være mangelfull kunnskap om innhold og kvalitet i tjenestene i forhold til hvilke krav og behov de må forholde seg til.

Oppsummert ser vi at utfordringsbildet som eldreomsorgen står ovenfor per i dag handler om:

- Oppbygging av tjenestetilbud med økt kvalitet, kapasitet og koordinering
- Rekruttering og oppbygging av kompetanse, flerfaglighet og nye arbeidsformer i tjenestene
- Økt brukerinvolvering og ivaretagelse av brukerperspektivet i retning av personsentrert omsorg
- Løse kapasitet og tilpasning av bolig- og tjenesteløsninger for fremtiden

Løsningene som skisseres peker i retning av en ytterligere styrking av bruker og pårørende; dette handler både om en endring til personsentrert omsorg, men også nødvendigheten av at brukere styrkes i å ta vare på seg selv. En helse- og omsorgstjeneste presset på ressurser fordrer at omgivelsene trekker i lag, og politiske styresmakter peker på nødvendigheten av å få til samspillet mellom frivillig sektor, den familiebaserte omsorgen og de formelle omsorgstjenestene.

En funksjonell oppgavefordeling mellom profesjonsbasert kunnskap og den ufaglærte, private omsorgen og velferden krever en samkjørt organisering og koordinering av et samlet omsorgstilbud. Vektlegging av samlokalisering av tjenester og aktivitetstilbud, organisering av tverrfaglig kompetanse i team er uttrykk for det fortsatte behovet for å skape mer helhet i tjenestene. Boliggjøringen av eldreomsorgen innebærer en satsing på fleksible og mangfoldige boformer, der majoriteten av de eldre skal få bo hjemme så lenge som mulig. Det stiller igjen nye krav til de hjemmebaserte tjenestene, som skal betjene en stadig mer kompleks brukergruppe, også de med store og sammensatte behov.



---

### 3 HVA VIRKER? GODE LØSNINGER FOR FREMTIDENS ELDTREOMSORG

---

Hva er de gode løsningene for fremtidens eldreomsorg? Vi vil i denne delen forsøke å gi et bilde av hva forskningslitteratur og relevante policydokumenter trekker frem som anbefalinger og råd for fremtidens eldreomsorg.

Etter en beskrivelse av patenterte modeller for sykehjemsdrift som det ofte refereres til i litteraturen er dette kapitlet i rapporten delt inn etter følgende dimensjoner:

- Plassering: Samlokalisering
- Kultur og aktivitet: Omsorgsfilosofi og verdigrunnlag
- Det fysiske miljøet: Bygninger og omgivelser
- Samspill: Med nærmiljø, frivillige og pårørende
- Organisering og koordinering i tjenestene

Disse sentrale dimensjonene henger naturligvis sammen med hverandre på ulike måter. NOVA oppsummerer at både utforming og innredning har betydning for beboernes trivsel og hverdagsliv, og at flere nordiske studier peker på at høy trivsel blant beboere finnes der både den fysiske utformingen av botilbudet og innholdet i tjenestetilbudet er tilpasset brukergruppen.

Først i denne delen vil vi gi en kort beskrivelse av velkjente og «patenterte» modeller for sykehjemsdrift, da disse er gjennomgående i den videre redegjøringen.

#### 3.1 «PATENTERTE MODELLER» FOR SYKEHJEMSDRIFT

For enkelhets skyld presenterer vi først helt kort noen av de viktigste modeller for sykehjemsdrift/eldreomsorg som går igjen i litteraturen og politiske satsninger som er gjennomgått i dette kunnskapsgrunnlaget. Dette er modeller som vil kunne gi innspill og inspirasjon til å arbeide videre med kultur, holdninger, verdier og organisering av fremtidens eldreomsorg.

##### 3.1.1 USA: THE EDEN ALTERNATIVE OG GREENHOUSE-MODELLEN

The Eden Alternative er en amerikansk modell som tar sikte på å endre kulturen og filosofien innen eldreomsorgen, basert på ideene til den amerikanske geriatrikeren Dr. William Thomas. Utgangspunktet for modellen er tanken om at beboere på sykehjem mottar egnet pleie for sine fysiske plager og sykdommer, men at de lider av ensomhet, hjelpeløshet og kjedsomhet (Andersen et al. 2014:1). «Eden-filosofien» går ut på å gi slipp på den klassiske institusjonsmodellens rutiner som er definert av personalet for å få plass på beboernes metafysiske plager, og å øke deres livskvalitet (ibid). Målet er å skape et fellesskap som styrker de eldre selvbestemmelsesrett. I dette fellesskapet er også omgang med barn, dyr og planter viktige ingredienser i dagliglivet. Filosofien var i 2012 tatt i bruk i over 300 institusjoner for eldre i USA, Canada, Australia og Europa (Forskningsrådet, 2012).

Elizabeth Andersen med kollegaer ved universitetet i British Columbia, Canada, beskriver fire ulike nivåer av hvordan Eden-filosofien kan implementeres i praksis (Andersen 2014:4):

1. *The Eden Early Neighbourhood*, som er det første og laveste nivået, er en modell som tilbyr beboerne mer fleksibilitet i valg av kosthold, både i forhold til meny og tidspunkt for måltider
2. *The Eden Neighbourhood*, som er neste trinn, øker beboernes involvering i det som angår dem av pleie, sosialt liv og individuelle valgmuligheter (spise når de vil av en buffet, bade når de ønsker selv og lignende)
3. På nivået som kalles *The Eden Household*, omstruktureres og renoveres et sykehjem slik at klynger av soverom plasseres rundt flere kjøkken, spiserom og stuer. Mellom ni og 20 beboere kan leve i en klynge som kalles en husholdning.
4. Det høyeste nivå i Eden-filosofien er *The Greenhousemodel*, som til forskjell fra «husholdningen» i trinnet under, er fysisk konstruert som en egen og adskilt enhet som huser mellom 6 og 12 beboere. Private soverom og bad er organisert rundt en felles stue, som kalles «hjertet».

### **3.1.2 NORGE: EDEN-FILOSOFIEN I NORGE OG LIVSGLEDE FOR ELDRE (LFE)**

#### **Eden-filosofien i Norge**

I Norge har to kommuner i Trøndelag prøvd ut Eden-filosofien fra USA. Etter å ha gjennomført forprosjektet "Kvalitetsforbedring i eldreomsorgen basert på The Eden Alternative" sammen med InnoMed, vedtok kommunene Bjugn og Åfjord å implementere Eden filosofien. De viktigste effektene de ser av implementeringen er kulturendring og en holdningsmessig bevisstgjøring. De ansatte opplever økt arbeids glede og beboerne større livsglede (Norges Forskningsråd, 2012, Temahefte: Flere gode og aktive år).

#### **Livsglede for Eldre**

Det er etablert en systematisk måte å arbeide for økt livsglede i eldreomsorgen i Norge, gjennom ordningen som kalles «Livsgledesykehjem». Stiftelsen Livsglede for Eldre (LFE) ble opprettet i 2006 av sykepleierstudenter med hensikt å åpne for nye muligheter i eldreomsorgen. Stiftelsen eier og driver den nasjonale sertifiseringsordningen Livsgledesykehjem, og er trosmessig og partipolitisk nøytral. Gjennom Livsgledesertifisering av sykehjem og institusjoner for eldreomsorg har man lyktes i å skape nye rutiner og rytmer i hverdagen for både de eldre og ansatte, slik at de kulturelle, åndelige og sosiale behovene (sekundærbehovene) til de eldre i større grad blir tilfredsstilt (Kilde: <http://www.livsgledeforeldre.no/sykehjem.html>).

For å bli sertifisert som Livsgledesykehjem skal virksomheten etterkomme ni kriterier som hjelper dem med å ivareta den enkelte brukers sosiale, kulturelle og åndelige behov. De ni livsgledekriteriene:

- Alle ansatte på sykehjemmet skal vite hva sertifiseringsordningen er, og hva det innebærer.
- Virksomheten skal legge til rette for samarbeid med skoler, barnehager eller andre organisasjoner.
- Virksomheten skal tilrettelegge for at beboeren får komme ut i frisk luft minst en gang i uka.

- Virksomheten skal tilrettelegge for at beboerne får muligheter til å opprettholde sine hobbyer og fritidssysler.
- Virksomheten skal tilrettelegge for kontakt med dyr.
- Virksomheten skal tilrettelegge for sang, musikk og kultur i hverdagen.
- Virksomheten skal tilrettelegge for å skape en hyggelig ramme rundt måltider.
- Virksomheten skal tilrettelegge for god kommunikasjon med pårørende.
- Virksomheten skal tilrettelegge for å trekke årstidene inn som en naturlig del av sykehjemmets hverdag.

Livsgledekriteriene er utarbeidet av LFE i samarbeid med ansatte på sykehjemmene i et tidligere gjennomført pilotprosjekt. Kriteriene vektlegger individuell tilrettelegging av aktiviteter for beboerne, samt måltidsituasjonen på sykehjemmet. Flere av kriteriene kan knyttes til punkter i lover og forskrifter. Fullstendig beskrivelse av sertifiseringsordningen kan lastes ned fra stiftelsens nettsider.

Stiftelsen jobber ikke bare innenfor området tjenesteutvikling, men satser også på frivillighet og utdanning. I Stortingsmelding 29 (2012-2013) «Morgendagens omsorg» beskrives sertifiseringsordningen Livsgledepsykehjem som et av fem hovedelementer i Stortingets nasjonale strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet. Videre har stiftelsen også som mål at alle norske videregående skoler med helse- og oppvekstfag skal ha livsglede for eldre som tema i undervisningen, hvor de samarbeider med et eller flere sykehjem gjennom hele skoleåret. Elevene er virksomme på institusjoner hvor de aktiviserer beboerne, deler livsgleder og skaper gode opplevelser sammen med de eldre (Kilde: <http://www.livsgledeforeldre.no/skoler.html>). Mens det å bli et sertifisert livsgledepsykehjem har en etableringsavgift på 100.000 kroner, samt kostnader til lønn for en kommunalt ansatt livsgledekonsulent, kan barnehager registreres som «livsgledebarnehager» gratis. En livsgledebarnehage ser på de eldre som en ressurs for barna ved at de gjør noe sammen, som stiftelsen skriver på sine sider (<http://www.livsgledeforeldre.no/bli-livsgledebarnehage.html>).

Livsglede for eldre har lokallag i hele landet, og i samarbeid med Helsedirektoratet er det utarbeidet en nasjonal plan for utrulling av sertifiseringsordningen, som skal spres geografisk. I Møre og Romsdal er det et lokallag i Rauma kommune, og tre videregående skoler (Rauma, Ørsta og Kristiansund) er med, men foreløpig er det ikke sertifisert noen livsgledepsykehjem: <http://www.livsgledeforeldre.no/more-og-romsdal.html>.

### **3.1.3 NEDERLAND: HUMANITAS' APARTMENTS FOR LIFE OG DEMENSLANDSBYEN DE HOGWEYK**

#### **Humanitas: Apartments for Life**

Det var non-profit foreningen Humanitas<sup>9</sup> som ut fra sitt arbeid med tjenester for eldre, startet opp konseptet «Appartements for Life» i 1995. Enkeltpersoner eller par fra 55 år og eldre kan

---

<sup>9</sup> Humanitas ble grunnlagt like etter krigsslutt i 1945 for å hjelpe en svekket nederlandsk befolkning. I dag har foreningen over 80 lokalavdelinger over hele Nederland, og er en av de sentrale tilbyderne av ulike

flytte inn i «Apartments for Life», og det er typisk at nye beboere fortsatt lever et selvstendig liv uten pleiebehov når de flytter inn. Hvis de etter hvert skulle trenge hjelp, enten det er assistanse til å klare seg selv eller omsorg tilsvarende nivået til et pleiehjem, så blir denne hjelpen brakt til dem – de slipper å flytte (Glass 2014:76). Leilighetene er spesielt designet for å tillate at personene blir boende i den samme leiligheten helt til de dør – dette er leiligheter som tåler et helt livsløp, såkalte aldersvennlige boliger. Unntaket er de som får alvorlig demens (Glass 2014:76).

### **De Hogeweyk - demenslandsbyen**

Den såkalt «demenslandsbyen» de Hogeweyk i Nederland åpnet i 2008, og er blitt viden kjent for sin unike og innovative omsorg til demente. Det fysiske anlegget er relativt stort med over 8000 m<sup>2</sup>, men dette utgjør bare halvparten av det området landsbyen disponerer: 50 % av eiendommen er uteareal, 50 % er bygningsmasse.

Landsbyen består av 23 små hus i to etasjer – såkalte bogrupper - som hver har 6-7 soverom. Bogruppen for seks beboere består av et inngangsparti, en gang hvor man kan henge fra seg, en dagligstue på 45-90 kvm, seks soverom, to store baderom med toalett, ett toalett i gangen, kjøkken og vaskerom med vaskemaskin og tørketrommel. Hver bolig har også et uteareal rett utenfor boligen (NOVA-rapport 16/14:122). Soverommene ble laget mindre til fordel for felleslokalene fordi man fant ut at beboerne følte seg tryggere ved å være sammen på dagtid (Glass 2014:77). Alle de 152 beboerne i de Hogeweyk har alvorlig demens, og de som flytter inn blir boende livet ut. Ventelistene for å få plass der er lange (NOVA-rapport 16/14:120).

Det unike med De Hogeweyk er målet om at de som bor sammen i et hus/ bofellesskap skal være like hverandre i livsstil, smak, tankesett og preferanser. For å identifisere ulike livsstilsgrupper i den nederlandske befolkningen ble det gjort analyser i en database med et representativt utvalg personer. Forskerne som gjorde disse analysene gikk bakenfor sosiodemografiske kjennetegn som alder, kjønn, inntekt og yrke, og brukte informasjon om verdier og normer som fritidsinteresser, politisk tilhørighet, medievaner og bolig for å lage grupperinger<sup>10</sup>. Resultatet er at i dag deles beboerne i De Hogeweyk inn i 7 ulike livsstilsgrupper (NOVA-rapport 16/14:121, Glass 2014:77), som vist under:

- **Hjemmekjær:** Det enkle livet, fokus på husarbeid og familie
- **Urban:** Åpen, utadvendt, uformell
- **Overklasse:** Formell, klassisk design, vant til å ha tjenere, velhavende
- **Kulturell:** Har reist i verden, fargerikt interiør, mer eventyrlysten i matvalg
- **Indonesisk:** Interessert i natur, spiritualitet, indonesisk mat
- **Håndverker:** Tradisjonell og hardtarbeidende, tidlig opp og tidlig til sengs
- **Religiøs:** Religion er en viktig del av livet og kan påvirke livsstilvalg

---

sosiale tjenester, særlig knyttet til eldreomsorg. Kilde: <http://www.humanitas.nl/over-humanitas/about-humanitas>.

<sup>10</sup> Kilde: Foredrag av van Amerongen-Heijer: «National conference on social service and health» Aalborg 2015.

Intensjonen med denne inndelingen er å gjøre livet for beboerne så normalt som mulig: Her kan man bo sammen med folk som man har noe til felles med, i et miljø med møbler og dekor i en stil man både har personlig sans for og er godt kjent med (Glass 2014:77-78).

De Hogeweyk har også restauranter, hager, dagligvarehandel, pub, teater og en frisør – alt hva man trenger i en liten by. Beboerne ser seg selv i det som virker å være normale og velkjente omgivelser, noe som reduserer deres bekymringer og redsel (Archer 2012 som sitert i Glass 2014:78).

På grunn av en gjennomtenkt design av anlegget kan beboerne gå fritt rundt uten fare for å forlate området. Det er også nøye planlagt at rundt hver en sving er det noe interessant å se på. Ansatte og frivillige (160-170 årsverk) som arbeider i demenslandsbyen er kledd i vanlige klær og er alle utdannet og kurset i å arbeide med demente (Glass 2014:78).

Utviklingen av demenslandsbyen startet i 1993 da de ansatte i det som da var et tradisjonelt sykehjem satte seg ned for å diskutere hva de kunne forbedre. De stilte spørsmålet: «Kunne jeg tenkte meg å ta med meg foreldrene mine hit?» Svaret på spørsmålet ble nei. Endringene de startet med handlet om i størst mulig grad å gi beboerne «et vanlig liv» (Glass 2014:77).

Det ligger en tydelig omsorgsfilosofi bak de tjenestene som tilbys i De Hogeweyk, og denne har utviklet seg over 20 år. De som driver stedet uttrykker selv at det er filosofien som har guidet dem til det bygningskonseptet de har endt opp med (NOVA-rapport 16/14:120).

En av stifterne av De Hogeweyk, Yvonne van Amerongen-Heijer, oppgir at de utfører sine tjenester med akkurat det samme statlige tilskudd som andre nederlandske fasiliteter som gir tjenester til demente (sitert i Glass 2014).

Tyskland og Sveits er i gang med å bygge lignende landsbyer (Glass 2014:75), og i Norge planlegger Bærum kommune å bygge en demenslandsby på Dønski<sup>11</sup>. NRK Dagsrevyens sending fra 22. mars 2014<sup>12</sup> inneholder et lengre innslag fra De Hogeweyk, blant annet med representanter fra Lommedalen i Bærum som var der på studietur.

### 3.2 PLASSERING: SAMLOKALISERING

Både i den internasjonale faglitteraturen og i de styringssignalene som finnes i norske policydokumenter, gjenfinnes ideen om en form for «sambruk» av lokaler og tjenester. For eksempel i NOU 2011: 11 «Innovasjon i omsorg» slås det fast at et fremtidsrettet botilbud er en integrert del av lokalsamfunnet:

*Et fremtidsrettet botilbud vil være en integrert del av lokalsamfunnet og stille sine ressurser til disposisjon for nærmiljøet. Det inngår som en del av det øvrige bomiljø, og fellesfunksjonene er gjerne samlokalisert med andre offentlige og private serviceinstitusjoner og virksomheter.*

<sup>11</sup> <http://www.nrk.no/ostlandssendingen/egen-landsby-for-demente-i-baerum-1.11972355>

<sup>12</sup> 12 minutter og 40 sekunder ut i sendingen: <https://tv.nrk.no/serie/dagsrevyen/NNFA02032214/22-03-2014>

Samme NOU refererer til studier som har funnet at eldre i dag har mer urbane boligpreferanser og at mange ønsker å bo i nærheten av ulike servicefunksjoner. Stikkordet her er tilgjengelighet; en tilgjengelighet som ikke bare handler om snusirkelen på badet og brede nok dører til rullestolen. Det handler om tilgjengelighet til det meste – «access to society» (NOU 2011:11, s.85).

Norsk Form har i samarbeid med et tverretattlig kommunenettverk utarbeidet 7 gode råd for en omsorgspolitik for morgendagens eldre, som sitert i NOU 2011:11 (s.94) Innovasjon i omsorg:

1. *Tenk samarbeid på tvers av sektorer*
2. *Velg sentral beliggenhet*
3. *La omsorgssenteret bli et lokalt møtested*
4. *Planlegg for alle på samme sted*
5. *Skap omgivelser som stimulerer til aktive eldre*
6. *Skap trivsel og arbeids glede blant de ansatte*
7. *Bruk ny teknologi*

Flere av de syv målene handler om det å lykkes med et samspill mellom et omsorgssenter og omgivelsene. Sentral beliggenhet i nærheten av andre funksjoner og hvor folk ferdes, vil gjøre det enklere å la senteret bli et lokalt møtested, legge til rette for både aktive eldre og samarbeid med andre aktører. En sentral plassering tett på der det også finnes andre funksjoner handler ikke bare om beboernes tilgang ut til samfunnet, det handler også om det å senke terskelen for andre aktører å komme inn, eller retttere sagt: Legge til rette for mer samarbeid på tvers av det som er opprinnelige grenser mellom organisasjoner eller fysiske bygninger.

Forskningslitteraturen har mange eksempler som understøtter verdien av denne tankegangen for både ansatte og eldre. I Nederland er boligløsninger for seniorer ofte tett sammenvevd med det nabolaget som omgir dem, ved at de tilbyr sine tjenester til fellesskapet utenfor. Dette kan være dagaktiviteter for voksne, hjemmetjenester, boliger for demente samt det å ha felles møteplasser som ønsker lokalsamfunnet velkommen (Glass 2014:78). Eksempler fra Nederland er det som kalles «Apartments for Life» og den velkjente demenslandsbyen «de Hogeweyk». «Apartments for Life» i Rotterdam huser en barnehage i bygningens første etasje, og det har også en attraktiv restaurant/bar/kafé som er åpen for både beboere og naboer.

Demenslandsbyen «de Hogeweyk» er bygget opp som et helt lite samfunn – en liten landsby - hvor samfunnet utenfor inviteres inn, ikke bare i form av den store andelen frivillige som bidrar, men også at folk i nabolaget kan benytte seg tilbudene i landsbyen (Glass 2014:78, NOVA-rapport 16/14:119).

### **Byneset og Nypantunet i Trondheim**

Byneset og Nypantunet helse- og velferdssenter i Trondheim beskrives etter 10 års drift som «bydelens storstue» (NOVA-rapport 16/14:112), der dagsenteret fungerer som en katalysator for mange typer aktiviteter, alt fra trim for eldre til konserter. Deltagere på disse aktivitetene er både folk fra nabolaget og beboere fra senterets sykehjem, senior- og omsorgsboliger. Senteret brukes av nærmiljøet både som kafé og kulturhus, og de har samarbeid med både barnehage, skole og et nærliggende forsamlingshus. Senteret huser også et offentlig legekontor (ibid).

### **Bråta i Nedre Eiker**

Et annet eksempel er Bråta bo- og aktivitetssenter i Nedre Eiker, som har 32 institusjonsplasser fordelt på 4 små avdelinger til både langtidsopphold, avlastning, rehabilitering og en egen lindrende enhet. Bak hovedbygget på Bråta ligger en «landsby» med 54 omsorgsboliger og et dagsenter for personer med demens.

Kultur- og aktivitetstorget er selve pulsåren på Bråta. Her er det åpent for alle innbyggere. Senterets svømmehall tiltrekker seg også de som bor et stykke unna. Bråta har også private leietakere som bidrar med inntekt til driften av senteret: fysioterapeut, frisør og fotpleie som også er åpent for lokalbefolkningen. Midt på torget ligger kiosken, bemannet av frivillige. Videre er det bibliotek, trimrom, treningssal, basseng og sanserom i anlegget, som er åpnet for publikum (NOU 2011:11). Det er også en kafé som drives av kommunen.

Senteret arrangerer en lang rekke kulturelle aktiviteter. En gang i måneden har den kveldsåpne puben «Jaktbua» skjenkeservering, og da er det dans til levende musikk og god stemning som er fokus. Hver uke skjer det noe via «den kulturelle spaserstokken», og gjennom året brukes høytider til å lage arrangementer, som 17.mai feiring, sommer- og julemarked, Lucia-feiring, offisiell julegrantenning med mer. De har også karneval, bolleservering, tryllekunstnere og en ukentlig «trim for eldre» med elever fra ungdomsskolen som ligger vegg i vegg (NOVA-rapport 16/14:116-17).

Lokaliseringen ved siden av ungdomsskolen resultater ikke bare i trim for eldre. En del av undervisningen på ungdomsskolen er å delta i oppgaver på Bråta, som for eksempel opplæring i data for beboerne, og skole og senter samarbeider også med tanke på utplassering av elever. Nærheten skaper også ungdomsliv i senteret, for «*i hvert storefri fylles kafeen på Bråta opp med liv og røre og sulten skoleungdom*» (NOVA-rapport 16/14:115).

### **Ammerudhjemmet i Oslo**

I Oslo finnes et sykehjem som er noe langt mer enn bare et ordinært sykehjem. Ammerudhjemmet, som er drevet av Kirkens Bymisjon i 40 år, er en møteplass for folk i bydelen Grorud i Oslo, og har et uttalt ønske om å være et kultursenter for hele nærmiljøet. Kultursenteret tilbyr et kulturfellesskap for de som bor på Ammerud, og på den måten får også de gamle som bor på Ammerudhjemmet muligheten til å være en del av nærmiljøet på en naturlig måte. De har hovedansvaret for det lokale bydelsdagene, og har ukentlige kulturarrangementer for bydelen. Her opptrer lokale amatører og profesjonelle kunstnere, her er det dansefester, konserter, hyggekvelder, filmkvelder og flerkulturelle arrangementer med internasjonal mat og underholdning. Ammerudhjemmet har også «Cafe 19», kiosk, bibliotek, svømmebasseng, frisør og fotpleie som alle, beboere og andre, kan benytte (NOU 2011:11).

## **3.3 KULTUR OG AKTIVITET: OMSORGSFILOSOFI OG VERDIGRUNNLAG**

Felles for de eksemplene på god eldreomsorg som løftes fram både i forskningslitteratur og politiske styringsdokumenter – forbildeprosjektene - er at de alle er tuftet på et verdigrunnlag. Det ligger omsorgsfilosofi til grunn for alle elementene i den eldreomsorgen som ytes, om det er

holdninger til de eldre, kulturen som bygges, hvordan boligløsningene bygges eller samarbeid og kompetanseutvikling blant de ansatte og lokalmiljø.

I Stortingsmelding 26 Fremtidens primærhelsetjeneste uttrykkes et forsterket fokus på individet i beskrivelsen av hva brukerne med de største behovene trenger:

*For å møte disse brukernes behov, må fremtidens helse- og omsorgstjeneste gå fra å være problemorientert til å bli målorientert: Tjeneste må spørre: Hva er viktigst for deg? For de fleste er det å fungere i dagliglivet. (Meld.St.26 2014-2015:131)*

Vridningen fra å organisere tjenester rundt profesjoners og institusjoners egen logikk og i stedet sette brukeren og pasienten i sentrum, ligger i kjernen av samhandlingsreformen. Fokuset på hva som er best for brukeren blir ytterligere forsterket når man snakker om omsorgsfilosofi som er personsentrert. Da handler det også om personlighet, livshistorie, livsstil og følelser som utgangspunkt for hva brukeren ønsker og trenger, og de som yter omsorg må forvalte denne sosiale og emosjonelle siden på empatisk vis.

Sagt på en annen måte: Dette handler om brukerens opplevelse av kvalitet – egen livskvalitet. Tjenester som når målet om høy livskvalitet hos sine brukere, vil også være en kvalitativt god tjeneste. NOVA oppsummerer slik hva forskningen sier om viktige parameter for opplevelsen av kvalitet (NOVA-rapport 16/14:100):

- Opplevelse av hjem og hjemlighet
- Opplevelse av å være en del av samfunnet
- Opplevelse av kontinuitet i livet
- Opplevelse av trygghet
- Opplevelse av velvære og mening

Dagens helse- og omsorgstjeneste kan ikke bare pleie det som er sykt eller ikke fungerer. Det handler i like stor grad om å bygge opp under og ivareta det som er friskt, om å lære seg å mestre tap. De ansatte får en nøkkelrolle for å tilrettelegge for dette, og mye ligger i hvordan de møter beboere og pårørende (NOVA-rapport 16/14:100).

Å utvikle en personsentrert omsorg i praksis er ikke først og fremst et spørsmål om økonomi og ressurser, men like mye om personalets og ledernes holdninger til personer med demens og hvorvidt prioriteringer som gjøres er basert på personsentrert omsorg som verdigrunnlag, skriver Anne Marie Mork Rokstad (2014:80).

I litteraturen er det støtte for at personsentrerte tilnærminger til pleie og omsorg, dvs. en pleie og omsorg som er individuelt tilpasset, verdibasert, empatisk og med et støttende sosialt miljø, har positiv innvirkning på livskvaliteten til eldre med demens (Annear m.fl. 2015:10). Ekspertene innen demens-feltet er enige om at det er de psykososiale tiltakene som er kjernen av det å tilby personsentrert omsorg for personer med demens (ibid).

Vi kan gi noen eksempler som illustrerer betydningen av de personsentrerte verdiene i omsorgen for demente, som for eksempel det å kjenne deres livshistorie og deres personlighet. En person med demens kan oppleve såkalte tidsforskyvninger, der de subjektivt er tilbake i tid men samtidig forholder seg til personer i nåtiden. Da kan personen med demens for eksempel gå på besøk til mennesker som er døde, opptre som de gjorde i sitt tidligere yrke eller gjenoppleve



vonde minner som om det skjer i nået. En omsorgsgiver som kjenner livshistorien til personen, vil være bedre rustet til å forstå hva som skjer og slik kunne møte følelsesmessige reaksjoner som utrygghet, sorg eller fortvilelse som er knyttet til fortiden (Rokstad 2015). En person som hele livet har vært utadvendt og sosial, vil antagelig ha større glede av det sosiale tilbudet i et dagtilbud enn en innadvendt person. En selvstendig person vil antagelig også etter inntreden av demenssykdom, fortsatt hevde seg selv og ha et større behov for å være selvstendig enn sammenlignet med en personlighet som hele livet har vært mer tilpass med å innrette seg (ibid.)

Kjennskapen til personen, respekten for personens egenart, ønsket om å tilrettelegge for et meningsfullt liv, trivsel og god livskvalitet, vil i praksis handle om mer enn pleie og omsorg. Det handler om å ha et liv med stimulans og glede og aktiviteter som passer for den enkelte.

Et annet gjennomgående tema i litteratur og styringsdokumenter om eldreomsorgen er verdien av aktivitet. I hjertet av alle helsepolitiske satsningsmål ligger erkjennelsen av at det er bedre å forebygge enn å reparere. Oversatt til eldreomsorgen handler det om å legge til rette for at den eldre kan fortsatt holde seg aktiv og leve et så normalt liv som mulig. Sagt med uttrykket til det internasjonale nettverket for personsentrert demensomsorg, Global Action on Personhood (GAP): «Care today, cure tomorrow».

Helt sentralt i det forebyggende arbeidet er aktivisering – individet må aktiviseres fysisk, mentalt og sosialt. En aktiv livsstil forebygger ensomhet, depresjon og fysiske plager. Satsning på rehabilitering bygger på det samme: Gjøre selv framfor å bli hjulpet. Fysisk aktivitet er et psykososialt tiltak som ser ut til å øke demente personers evne til å utføre daglige aktiviteter (Helsebiblioteket 28.04.15/ Cochrane-oversikt 2015, Forbes D.)

NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg vektlegger lokalisering som utgangspunkt for muligheten til å aktivisere eldre: Tilrettelagte omgivelser hvor det er lett å ferdes innbyr til aktivitet, bidrar til rekreasjon og virker helsefremmende. Dagligdagse aktiviteter som å gå i butikken eller hente posten, bidrar til å opprettholde fysisk funksjon og livsglede. Frisk luft og mosjon er viktig for å forebygge helseplager. I tillegg øker det muligheten for å treffe andre mennesker og delta i sosiale aktiviteter (NOU 2011:11, s. 86). Aktivisering kan bestå både av organisert, for eksempel gjennom samarbeid med skoler og barnehager, og uformell, ikke-organisert aktivisering. For å få til sistnevnte må man ha tilbud som tiltrekker seg flere grupper med mennesker. Legg merke til at dette må beboere i et omsorgssenter da kunne velge selv, velge selv egen grad av sosial kontakt.

I NOUen Innovasjon i omsorg nevnes 7 prinsipper for aktiv aldring (NOU 2011:11):

- 1. Aktiv aldring gjelder all aktivitet som gir mening og velvære både for den enkelte, familien, lokalsamfunnet og storsamfunnet, og er ikke begrenset til betalt arbeid eller produksjon.*
- 2. Aktiv aldring omfatter alle eldre, også de som av ulike grunner er skrøpelige eller avhengige.*
- 3. Aktiv aldring er først og fremst et forebyggende konsept og involverer derfor alle aldersgrupper gjennom hele livsløpet.*

4. Å opprettholde solidariteten på tvers av generasjonene er et grunnleggende trekk ved aktiv aldring.
5. Aktiv aldring innebærer både rettigheter og plikter.
6. En strategi for aktiv aldring må fremme deltakelse og empowerment.
7. Et konsept for aktiv aldring må respektere kulturelle ulikheter og fremme mangfold.

### **De Hogeweyk**

Kjernen i De Hogeweyks omsorgsfilosofi er: Å opprettholde det daglige livet til personer med demens. Alt som skjer ved De Hogeweyk handler om å legge best mulig til rette for at de demente kan leve så normalt som mulig. Inndelingen i livsstilsgrupper gjøres etter en grundig kartlegging av beboerens livshistorie, smak og preferanser, ved å intervjuer de pårørende og beboer. En personsentrert tilnærming til pleie og omsorg er dermed grunnpilaren i arbeidet som gjøres i og rundt demenslandsbyen, og den kan sies å være et ideelt eksempel på personsentrert omsorg.

De Hogeweyk har som mål at beboerne opplever et meningsfullt liv med det som gir dem glede. Dette handler om å ha et sosialt liv, som for eksempel å møte andre på pub'en eller å være medlem i en klubb. De Hogeweyk har rundt 30 forskjellige klubber, som for eksempel Klassisk-klubben, Bakeklubben og Gå-klubben. Slik kan beboerne møte andre med sammenfallende interesser som dem selv og fortsette med de samme tingene som de gjorde før sykdommen tok et kraftigere grep om dem<sup>13</sup>.

Livsglede kan være gleden over å gå en tur i frisk luft eller gå på konsert eller teater. Demenslandsbyen er tilrettelagt for at beboerne har friheten til å vandre rundt, og gjøre noe så vanlig som å handle på matvarebutikken selv. Dette vil være en utfordring for en person med alvorlig demens i en vanlig butikk, hvor for eksempel betalingen er vanskelig å forstå og gjennomføre. I De Hogeweyk ser butikken ut som en vanlig butikk, med betjening i kassa – men det skjer ingen betaling, beboerne tar fritt det de trenger. Et annet eksempel på å oppfylle målet om å gi beboerne et meningsfullt liv, er at religiøse beboerne kan gå i kirken og følge de religiøse ritualene de er vant til.

### **Humanitas**

Omsorgsfilosofien til Humanitas bygger på fire kjerneverdier (Glass 2014:76):

1. Autonomi: Vær sjefen i ditt eget liv
2. «Use it or loose it»-filosofen: reflekterer den nederlandske holdningen om at det å tilby for mye pleie og omsorg er mer skadelig enn å tilby for lite
3. Ja-kultur; understøtter punkt nr 1: Handler om at eldre mennesker bør få ta sine egne valg og gjøre som de selv vil, også om det betyr å sove til langt på dag eller ta seg en drink i baren. Hensikten er å la eldre få muligheten til både enkle gleder og utfordringer og stimulans.
4. En bred og familieorientert tilnærming til det å gi omsorg

---

<sup>13</sup> Kilde: <http://www.aplaceformom.com/blog/2013-6-14-de-hogeweyk-dementia-care-revolution/> og foredrag av Yvonne van Amerongen-Heijer ved National Conference on social service and health Aalborg 2015.

## Eden-filosofien

«Eden-filosofien» går ut på å gi slipp på den klassiske institusjonsmodellen med dens rutiner som er definert av personalet. Under følger et utdrag fra temaheftet «Flere aktive og sunne år» fra Norges Forskningsråd (2012, s. 36-37):

– Målet er å bekjempe ensomhet, hjelpeløshet og kjedsomhet blant de eldre, sier Siv Iren Stormo Andersson. Hun er kommunalsjef i Bjugn, en av kommunene som har tatt i bruk Eden-filosofien i eldreomsorgen. – Du kan ikke se med det blotte øye om et sykehjem eller bofellesskap drives etter Eden-prinsipper. I stedet går det frem av stemningen som skapes av møtet mellom mennesker, forklarer Andersson. Eden-prosjektet har som mål å gi eldre som mottar pleie- og omsorgstjenester en bedre hverdag, med mulighet for fortsatt vekst og trivsel.

I samarbeid med InnoMed er opplegget under utprøving i kommunene Bjugn og Åfjord, og opplegget har så langt ført til flere konkrete små endringer: fuglemat utenfor vinduene, katt innendørs, fiberkabel med overføring av konserter fra kulturhuset, besøk av barn som ser forestillinger sammen med de eldre.

- Det er viktig å kunne opprettholde regi av eget liv, sier avdelingsleder Lisbeth Nebb ved Åfjord Helsesenter. Ved å ta i utgangspunkt i Eden-filosofien har disse kommunene gått over til personsentrert omsorg.

### 3.4 DET FYSISKE MILJØET: BYGNINGER OG OMGIVELSER

I bygging av nye sykehjem og omsorgsboliger er vurderingen at teknologiske og arkitektoniske løsninger skal understøtte både trivsel, daglig aktivitetsnivå og livskvalitet hos de eldre beboerne, og arbeidsprosessene til personalet som jobber i bygningen, både ansatte i helse- og omsorgstjenesten samt de med ansvar for drift og vedlikehold (van Hoof m.fl. 2014:331). Det er en voksende bevissthet om at man må tenke nytt om «det bygde miljøet» i retning av og både tilby beboerne muligheter for privatliv og legge til rette for sosial interaksjon (ibid). Bygninger og omgivelser danner viktige rammer for den enkelte pasient og ansattes hverdag og for tjenesteytelsen. Nyere forskning kan lede arkitekter og designere til å utvikle bygg og omgivelser som tar hensyn til dette, basert på oppdatert, systematisk og anerkjent forskning. Det foreligger mye god forskning på området med anbefalinger om hvilke arkitektoniske løsninger som understøtter målet om et mest mulig selvhjulpent liv. Vi vil kort gå gjennom hovedelementene i dette, men må vise til kildene for mer detaljerte beskrivelser. Vi har lagt vekt på å finne gode referanser slik at kommunen kan innhente disse for konkrete løsningsforslag.

Bygninger og omgivelser omtales i Omsorg 2020 hvor det tredje punktet beskriver godt hvordan variasjonen i den gruppe mennesker som skal benytte tjenestene til fremtidens eldreomsorg krever et mangfold av boformer:

#### *Omsorg 2020: MODERNE LOKALER OG BOFORMER*

*Fremtidens sykehjem og omsorgsboliger må utformes ut fra de behov morgendagens brukere har. Det vil være brukere i alle aldersgrupper. Noen er inne til kort tids rehabilitering, noen skal tilbringe livets siste dager, andre skal leve et langt liv der, med bistand fra helse- og omsorgstjenesten. Dette krever et mangfold av boformer. Moderne og godt utstyrte lokaler er også avgjørende for effektiv drift og et godt arbeidsmiljø for de som vil arbeide i denne sektoren (s. 6).*

Anne Marie Mork Rokstad slår i sin bok om personsentrert omsorg for personer med demens fast at «det fysiske og sosiale miljøet er vesentlig i personsentrert omsorg» (Mork Rokstad, 2014:25). Dette omhandler arkitektoniske løsninger på overordnet plan – størrelse og enheter, bofellesskap med gitt antall personer knyttet til et fellesrom og lignende. Det handler om gode løsninger inne i bygninger, design med det formål å lette orientering for eksempel, det handler om utearealene og forholdet til omgivelser og andre aktører i lokalsamfunnet. På samme måte som universell utforming handler om å fjerne hindringer, inkludere mennesker med ulikt funksjonsnivå, kan man si at en demensvennlig eldreomsorg med tilpassede bygninger og omgivelser er god pleie og omsorg også for eldre uten demens (For eksempel svaksynte kan særlig dra fordel av mange av de samme valgene som også vil fungere for demente). Kunnskapssenteret publiserte i 2009 en rapport som tok sikte på å utrede kunnskapsgrunnet for den konkrete utformingen av botilbud for personer med demens (<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/botilbud-til-mennesker-med-demens>).

Rapporten oppsummerer resultater fra 8 systematiske oversikter og 11 primærstudier. Resultatene må tolkes med forsiktighet på grunn av metodiske begrensninger i de foreliggende studiene, men studiene viste at forhold i fysiske omgivelser har vist bedring for personer med demens på fire hovedområder: nivå på dagligfunksjoner, adferdsforstyrrelser, positiv adferd og livskvalitet.

I en systematisk gjennomgang av 31 kvalitative studier om hva eldre personer som bor i sykehjem opplevde som livskvalitet, identifiserte forskerne fire kjernetema (Bradshaw 2012 sitert i van Hoof 2014:331): a) Aksept og tilpasning, b) tilhørighet med andre mennesker, c) et hjemmelignende miljø og d) omsorgsfulle praksiser (fritt oversatt).

Høyere omgivelseslys hadde en beskeden effekt på økning av søvnlengde, reduserte adferdsavvik og fremmet orienteringsevne. Enerom med muligheten for personlig og hjemlig preg, eiendeler og innredning ga mindre psykiske symptomer. Toalett som var lett tilgjengelig (synlig, åpen dør, nær soverom eller oppholdsrom) førte til økt bruk blant beboere med demens. Det er ikke vist at fysiske omgivelser påvirker progresjon av demens, men det kan blant annet påvirke funksjonsevne, atferd og sosial aktivitet. Kort oppsummert kan man på bakgrunn av Kunnskapssenterets rapport (2014) si at formålstjenlig fysisk miljø har positiv effekt på livskvalitet hos demente.

Valg av designløsninger bør gjenspeile et sykehjems doble karakter; det er både et sted å være og et sted å arbeide (van Hoof 2014: 332). Bygninger og omgivelser må være hensiktsmessig også for de ansatte, dvs. muliggjøre organisering av tjenester på en slik måte at personalet kan gi pleie av god kvalitet til de eldre, og da spesielt de demente (Skar m.fl. 2014). Ragnhild Skaar og kollegaer gir eksempler på de ansattes opplevelse av det de kaller «uhensiktsmessig miljø»:

*Når pasienter med demens ikke var fysisk og organisatorisk adskilt fra andre pasientgrupper, uttrykte pleierne at de opplevde konflikt i forhold til å møte pasienter de ikke hadde et formelt ansvar for, og dermed ikke tid til, mens som utfordret dem etisk ved at de måtte avvise pasientene (Skaar m.fl. 2014:272).*

Joost van Hoof med kollegaer understreker at i utformingen av nye sykehjem bør alle som skal bruke fasilitetene bli involvert i designprosessen. Imidlertid er det gjerne slik at både pasienter

og personalet har tydelige stemmer inn i designprosessen, mens oppgavene til de som har ansvaret for vedlikehold og administrasjon i stor grad blir ignorert (van Hoof 2014: 332)

Det finnes mange studier med anbefalinger om hvilke arkitektoniske løsninger som understøtter målet om et mest mulig selvhjulpent liv. Vi vil kort gå gjennom hovedelementene i dette, men må vise til kildene for mer detaljerte beskrivelser.

### 3.4.1 SMÅ ENHETER – «SMÅTT ER GODT»

I Stortingsmelding 29 Morgendagens omsorg sies det om «smått er godt» at; «små bofellesskap og avdelinger i stedet for tradisjonelle institusjonsløsninger». Uttrykket betegner fordelene ved boformer som ikke har preg av å være institusjonsaktige, men som er mindre og mer hjemmelignende (Demensplan 2015, Morgendagens omsorg, Marquardt m.fl., 2014). Også i Helsedirektoratets anbefalinger om støtte fra Husbanken til utbyggingsformål påpekes det at de faglige anbefalingene er at personer med demens skal bo i små enheter (Rom for trygghet og omsorg – Veileder for utforming av omsorgsboliger og sykehjem). Kunnskapssenterets oversikt (2009) fastslår også at «små, tilrettelagte enheter med hjemlig miljø og lavere beboertetthet har gunstig effekt på personer med demens» (Kunnskapssenteret, 2009)

Omsorg 2020 konstaterer at en omsorgstjeneste som er rettet mot brukernes behov, krever et mangfold av løsninger, og det betyr at fremtidens boformer må ha en fleksibel utforming:

*«Det nye sykehjemmet» ser derfor ikke lenger ut som et tradisjonelt sykehjem med store avdelinger og like rom i mange etasjer med lange korridorer. Fremtidens sykehjem og omsorgsboliger må utformes ut fra brukernes behov, og ha en mer fleksibel utforming (Omsorg 2020:41).*

Det anbefales videre at plasser til rehabilitering og avlastning, dvs. korttidsplasser, skilles fra plasser beregnet for de som skal bo eller ha lengre opphold ved institusjon:

*Det legges til grunn at omsorgsplasser som får innvilget investeringstilskudd er universelt utformet og tilrettelagt for mennesker med demens og kognitiv svikt. [...] Det innebærer små avdelinger og bofellesskap lokalisert som en del av nærmiljøet i tettsteder og bydeler, gjerne med sambruk av fellesarealer til hjemmetjenester, dagaktivitetstilbud, kantine/kafeteria og lett tilgang til tilpasset uteareal, forretninger og transport (Omsorg 2020:44).*

Nederland var tidlig ute med å benytte små boenheter i eldreomsorgen. Allerede på 1980-tallet startet nederlenderne med disse modellene, og det var estimert at i 2010 ble 25 % av all hjemmesykepleie til demente gitt innenfor småskala boenheter (Glass 2014:75). Det er småboenheter som utgjør den relativt nye demenslandsbyen. Til sammenligning åpnet de første «Green Houses» (ref. The Eden Alternative, se pkt. 3.1.1) i USA først i 2003.

I artikkelen «Impact of the design of the built environment on people with dementia (...)» av Marquardt m.fl. (2014) beskrives noen grunnleggende designvalg å ta høyde for i fremtidens eldreomsorg. Blant annet fremhever de bruk av små enheter som en av de grunnleggende design avgjørelsene. De fant i sin litteraturgjennomgang at små enheter i hovedsak assosieres

med positiv påvirkning på alle studerte sammenhenger (som sosial funksjon, fysisk funksjonsevne og livskvalitet).

### 3.4.2 EN HJEMMIG ATMOSFÆRE

Litteraturgjennomgangen til Gesine Marquardt (Marquardt m.fl. 2014: 147) viser at det har mange positive effekter å utforme et botilbud som ikke minner om en institusjon, men som i stedet inngir en hjemlig atmosfære, med mulighet for individuell tilpasning. Oppsummert viser litteraturgjennomgangen at personer med demens som bor i et hjemmelignende miljø fremviser mindre problematisk atferd, opplever høyere livskvalitet, og er mer sosialt aktive med både andre beboere og ansatte. Det er imidlertid vanskelig å skille ut effekten av et hjemlig miljø i seg selv, fordi de fleste studiene som fant slike sammenhenger også inkluderte andre typer tiltak, som for eksempel endring i pleierutinene. Derfor kan de observerte effektene være resultatet av eller en kombinasjon av miljømessige og organisatoriske tiltak/intervensjoner. Like fullt viser forskning tydelig at et hjemlig og personlig miljø vil legge til rette for en omsorgspraksis som er mindre institusjonell, noe som gagnar personer med demens (ibid.) |

Måltidsituasjonen er velegnet til å illustrere nettopp dette (ibid.):

*Flere studier viser at det å spise middag i en hjemlig atmosfære, karakterisert ved at beboerne spiser i en gruppe i en mindre enhet, i et rom med mer familiære måltidsrutiner, som for eksempel at beboerne forsyner seg selv, resulterer i både forbedret oppførsel knyttet til spising og mer kommunikasjon.*

Det å legge til rette for «å skape en hyggelig ramme rundt måltidene» er også et av de ni livsgledeskriteriene som må være på plass for å bli sertifisert som et såkalt livsgledesykehjem. Et slikt eksempel er sykehjemmet som ligger integrert i Byneset og Nypantunet helse- og velferdssenter i Trondheim. Der er oppgavene for de ansatte organisert etter kompetanse, og mens sykepleierne fokuserer på de sykdomsrettede oppgavene, er det egne servicemedarbeidere som tar oppgaver av mer hjemlig sort, som vasking av klær og matlaging. Beboerne som hører til i egne omsorgsboliger i anlegget kan spise måltider i en bogruppe i sykehjemmet (NOVA rapport 16/14: 112).

I demenslandsbyen de Hogeweyk, der beboerne tilhører bogrupper på 6-7 personer, har hver bogruppe sin egen husholdning. Hver bogruppe har en definert livsstilsgruppe, og i tråd med dette blir også maten som lages tilpasset gruppas vaner og livsstil. I den indonesiske husholdningen, for eksempel, hjelper en del familier til med å tilberede indonesisk mat. Beboerne er delaktige innkjøp fra egen butikk på området, og i selve matlagingen (NOVA rapport 16/14: 121).

Innen det konseptet som heter «The Green House» (bygd på prinsippene til «The Eden Alternative»), er det lagt vekt på at «*mat er langt mer enn ernæring*» (Zimmerman og Cohen, 2010:721). Beboere bor i små enheter på 6-12 personer, og strukturen rundt måltidene i et Green House-hjem er at alle beboere, ansatte og besøkende spiser sammen rundt ett felles bord (ibid:728). Det er imidlertid indikasjoner på at støynivå og forekomst av aggresjon er bedre ved fordeling rundt mer enn ett bord. Men prinsippene knyttet til mat og måltider er langt mer enn plassering i boenhet og antall bord, det handler også forhold som at all mat forberedes i boenhetens kjøkken, at menyen og utvalget er tilpasset beboernes ønsker, at det brukes lokale og ferske råvarer, at man ivaretar lokale mattradisjoner for å bygge en fellesskapsfølelse, og at

kjøkkenet, som er hjemlig og ikke institusjonspreget, alltid er åpent og lett tilgjengelige for de eldre (Zimmerman og Cohen 2010:721). Eksempler på andre konkrete praksiser er å lage en «hus-kokebok» som samler oppskrifter fra beboerne og deres pårørende, å involvere de eldre i matlaging, dekke på bordet og andre aktiviteter som å pynte bordet med duk, servietter og blomster, samt å ha familielignende regler som også ikke starte måltidet før alle sitter til bords. Zimmerman og Cohen viser til studier som finner at beboere som inntar måltider i tråd med slike prinsipper om en hjemlig atmosfære, også har et signifikant høyere kaloriinntak (ibid.) noe som kan forhindre underernæring som er en utbredt utfordring blant eldre.

### **3.4.3 STØTTENDE OMGIVELSER, DESIGN OG INTERIØRARKITEKTUR**

Utformingen og designet på bygninger og omgivelser bør ha som formål å vise og veilede, ikke forvirre (Marquardt m.fl., 2014). Å gjøre bevisste valg når bygninger og omgivelser skal utformes vil påvirke brukernes (både pasienter og ansatte) trivsel og funksjonalitet. En litteraturgjennomgang som tar for seg hva som fungerer og hva som ikke fungerer i større detalj enn vi har rom for her er «Impact of the design of the built environment on people with dementia: A evidence-based review» av Marquardt og kollegaer. Artikkelen ble publisert i 2014 og inneholder en oppdatert oppsummering av de viktigste studiene på feltet. Selv om artikkelen er rettet mot demensomsorg vil demensvennlig bygg og omgivelser også være godt tilrettelagt for personer med andre funksjonsutfordringer.

Effekten av lyssetting er den miljømessige faktoren som er blitt mest undersøkt i forhold til effekt på demente. Det er derfor solid forskningsbelegg for å si at tilstrekkelig lyssetting er en av nøkkelfaktorene innen arkitektonisk utforming av omsorgs/boløsninger for eldre med demens (Marquardt m.fl., 2014). God belysning kan forhindre uønsket atferd og bidra til fremme positiv oppførsel og velbehag, samt være viktig for brukernes funksjonsevne (for eksempel god belysning ved spisebord). Også god akustikk fremheves som en av nøkkelfaktorene, hvor støy og høyt lydnivå kan påvirke brukernes oppførsel i negativ retning, mens behagelige lyder og lydnivå er funnet å gi en positiv stimulering (ibid.).

Visuelle tegn kan lette orienteringsevne, men utformingen av disse er viktig. Det er vist at en kombinasjon av tekst og ikoner fungerer best. På dører inn til den enkeltes rom er personlige tegn som portrett, navneplate eller en minneverdig gjenstand spesielt nyttige og gjør det enklere for dem med demens å finne sitt eget rom. På samme måte kan man bruke visuelle barrierer som kamuflering av dører eller dørhåndtak for å hindre at personer forlater bygget, og slike visuelle barrierer kan til og med øke livskvaliteten deres (Marquardt m.fl., 2014). For personer med demens, dårlig syn og andre funksjonsnedsettelser kan bruk av sterke farger og kontraster hjelpe orienteringsevnen, men dersom det blir for mye vil det mot sin hensikt virke forvirrende. Blant annet gulvmønster og mørke overflater eller linjer er vist å desorientere personer med demens (ibid.).

Enkel utforming fremmer rom- og stedsans, mens overordnet bygningskonfigurasjon kan svekke orienteringsevne (Kunnskapssenteret, 2014, Marquardt m.fl., 2014). Særpreg på hvert rom, kortere korridorer, rolige omgivelser, visuelle tegn og få beslutningspunkter letter orienteringsevne. Romsans og fremkommelighet er bedre i mindre enheter med tilknyttede

fellesrom. Korte korridorer med få veivalg og grupper av rom med tilknyttede fellesarealer. Kunnskapssenteret fant i sin litteraturgjennomgang i 2014 ingen effekt av skilting og fargekoder, fallforebygging eller subjektive barrierer. Videre viste det seg at nøytral design og farger ga færre katastrofereaksjoner og lavere medikamentbruk. Visuell modifisering og tilrettelegging kan omdirigere vandrere til trygge områder (Kunnskapssenteret, 2014).

#### **3.4.4 SENSORISK STIMULI**

Forskning viser at sensorisk stimuli reduserer uro og bedrer behandling hos demente (Marquardt m.fl., 2014). Det er derfor behov for at miljøet rundt eldre gir sensorisk stimuli gjennom visuell, auditiv, taktil og olfaktoriske sansestimuli (ibid.). Bruk av multisensoriske omgivelser, sanserom eller Snoezelen, er assosiert med positiv endring av atferd og bedre livskvalitet. Snoezelen ble utviklet i Nederland på 1970 tallet for personer med multifunksjonshemming, men brukes i dag for personer med demens, utviklingshemming og innen psykiatri. Sanserommet kan være i et eget rom eller i et hjørne og innehar en behagelig og multisensorisk atmosfære som stimulerer til aktiv eller passiv bruk av sansene.

Sansehager er en annen metode for tilrettelegging for sensorisk stimuli. Sansehager skal stimulere særlig syn, lukte og følesansen og er en tilrettelagt hage hvor pasienter og pårørende kan oppleve planter og natur i frisk luft. Marit Kirkevold og Marianne Thorsen Gonzalez konkluderer i artikkelen «Betydningen av sansehage og terapeutisk hagebruk for personer med demens – en scoping review» (Kirkevold og Gonzalez, 2012) at det er begrenset forskning om både bruken og betydningen av «grønn miljøbehandling» i omsorgen for personer med demens, og at det trengs annen type forskning (randomisert kontrollert design) for å få nødvendig kunnskap om emnet. Men den forskningslitteraturen som er tilgjengelig antyder at sansehage, terapeutisk hage og målrettet bruk av planter ute og/eller inne kan ha en positiv innvirkning på funksjonsnivå, atferd og trivsel hos personer med demens (Kirkevold og Gonzalez, 2012, s.63).

I Husbankens veileder for tilrettelegging av omsorgsboliger for personer med demens fremheves muligheten for personen å bevege seg mest mulig fritt med direkte tilgang til tilpasset uteareal med sansehage eller annet tilrettelagt uteareal (Rom for trygghet – Veileder for utforming av omsorgsboliger og sykehjem). Dette vil også gagne fysisk og sosial aktivitet.

### **3.5 SAMSPILL: MED NÆRMILJØ, FRIVILLIGE OG PÅRØRENDE**

Anerkjennelsen av at pårørende utgjør en viktig ressurs i eldreomsorgen er gjennomgående i forskningslitteratur og politiske styringsdokumenter (NOU, 2011:11, Omsorg2020). Anne Glass artikkel om hva vi kan lære av Nederland (2014) inneholder mange gode poenger, ett av dem er det hun kaller «*Community integration og Cooperation with other agencies*» - Integrasjon i fellesskapet og samarbeid med andre aktører (fritt oversatt). Her beskrives fordeler med samdrift, med å bygge ned grensene mellom ulike aktører, bedrifter og tilbud – og “reaching out to the larger community”.

Et nesten radikalt aspekt ved boløsningene for eldre i Nederland, skriver Glass, er at grensene mellom bedrifter, tjenester og andre aktører ser ut til å være mer gjennomslipplige enn hva man ellers ser innen eldreomsorg (Glass 2014:78). For eksempel ser man at hvordan ulike boliger plasseres i nærheten av hverandre kan åpne for samvirke ved at beboerne besøker hverandres lokaler og deltar på aktiviteter som gjennomføres. I ett eksempel var boliger for eldre plassert like ved boliger for psykisk helsevern, og disse boligene var driftet

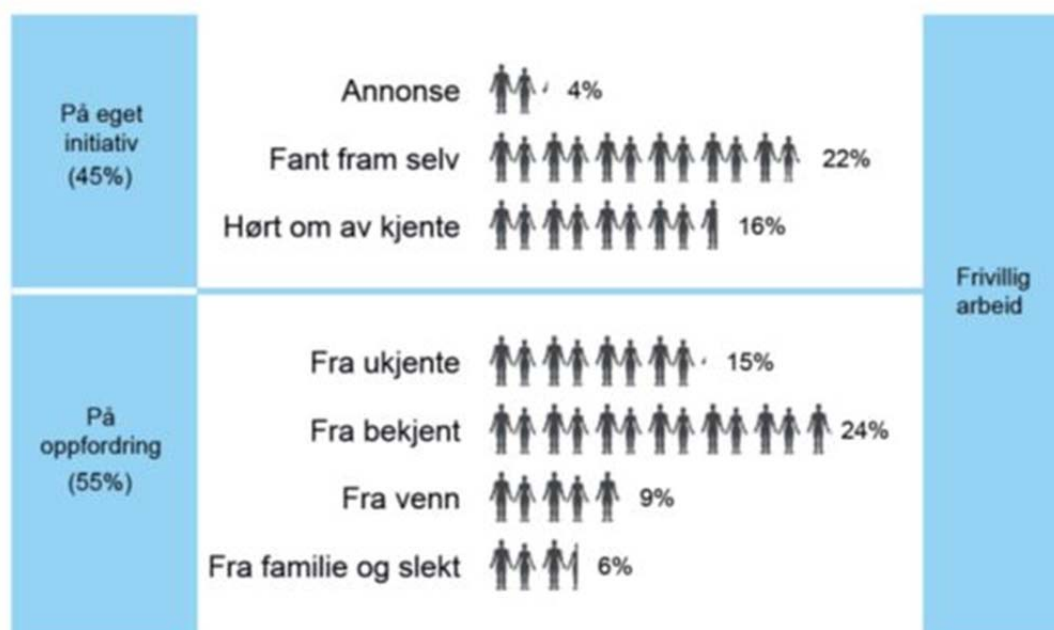


av ulike tjenestetilbydere. Likevel skjedde det at de kunne dele på og også bytte personell (Glass 2014:78).

Eksempler fra Norge er blant annet stiftelsen Livsglede for eldre, det det legges opp til et samarbeide mellom de sertifiserte Livsgledesykehjemmene og skoler og barnehager i nærmiljøet står sentralt. Mens Bråta bo- og aktivitetssenter har satsset på aktiv rekruttering av frivillige medarbeidere til besøksvenner og medhjelpere ved ulike arrangement. De har ansatt egen person til resepsjon og daglig drift, og en aktivitetsleder som følger opp arbeidet med frivillige.

### 3.5.1 FRIVILLIGHET

Omsorg 2020 konstaterer at det er et behov for økt innsats fra frivilligheten på helse- og omsorgsfeltet. Halvparten av befolkningen i Norge deltar i frivillig arbeid i løpet av et år, men under 10 % av det «ubetalte» frivillige arbeidet skjer innenfor omsorgssektoren (Omsorg 2020:17). Wollebæk m.fl. (2015) ved Senter for forskning på frivillighet og sivilsamfunn fant at flertallet av de som gjorde en frivillig innsats, gjorde det fordi de ble spurt eller oppfordret til det. Fordelingen er fremstilt i figuren under.



Figur 5. Rekrutteringsveier til frivillig arbeid. Prosent av alle frivillige innsatser (Kilde: Wollebæk m.fl. 2015:26).

De sosiale nettverkene er med andre ord viktig for å rekruttere folk til frivillig arbeid, og det er særlig gjennom de litt svakere båndene – bekjentskaper – at folk blir dratt inn i frivillig arbeid, ikke via familie og venner.

Frivillighetsundersøkelsen (Wollebæk m.fl., 2015) har også undersøkt motivasjonen som ligger bak folks frivillige arbeidsinnsats. De finner at frivillige som driver med aktiviteter ledet av betalt ansatte scorer høyere på alle motivasjonsskalaer, og at motiver varierer mellom ulike former for frivillighet: Innen helse og sosial-feltet er verdibegrunnelser som «jeg kan gjøre noe konkret for saker som opptar meg» eller «som frivillig viser jeg medfølelse med dem som har det verre enn meg» viktig. Til sammenligning er sosiale begrunnelser viktigere innen kultur, fritid og fridrett; at man har blitt oppfordret av folk som står en nær til å bidra, at man har venner som driver med

frivillig arbeid, eller at man føler forventninger eller sosialt press om å delta (Wollebæk m.fl. 2015:91).

Wollebæk og kollegaer (2015) undersøkte også frafall fra frivillig arbeid, og de fant blant annet at de vanligste årsakene er knyttet til folks livssituasjon: tidsmangel, flytting, helse og det at barna slutter med aktiviteter. Sannsynligheten for at noen slutter med frivillig arbeid er størst det første året. De frivillige som er fornøyd med organiseringen av innsatsen og de arbeidsoppgavene de har, føler mer tilhørighet og har oftere en intensjon om å fortsette sitt frivillige arbeid.

NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg siteres Rolf Rønning innledningsvis i kapitlet om samhandling:

*«Skal vi ivareta de frivillige omsorgsressursene må de offentlige aktørene framover framstå som støttespillere og som gartnere som dyrker og vedlikeholder disse ressursene.»*

I Omsorg 2020 er det en likeledes erkjennelse: Organisering, veiledning og motivasjon er viktig for å rekruttere og beholde frivillige (Omsorg 2020:17).

Hvis en kommune skal legge til rette for samspill med bistand fra frivillig sektor, er en rekke forhold viktige å ta stilling til eller finne en løsning på. Solbjør m.fl. (2014) ved Trøndelag Forskning og Utvikling (TFoU) studerte hva som hemmer og fremmer samarbeid mellom distriktskommuner og frivillig sektor. De fant at samarbeidet mellom frivillig sektor og kommune ble styrket av faktorer som forutsigbar økonomi, koordinering fra kommunens side, rekruttering av frivillige og et personlig engasjement («ildsjeler») hos de samarbeidende parter. Samarbeidet ble dårligere hvis disse faktorene manglet (ibid.). En annen utfordring handlet om samarbeidet mellom de profesjonelle omsorgsyterne og de frivillige, nærmere bestemt hvilke forventninger de profesjonelle hadde både til egen innsats for å tilrettelegge for de frivillige og forventninger til hvilken type oppgaver de frivillige kunne løse. Solbjør og kolleger skriver:

*«Det er viktig at det frivillige arbeidet ikke ses på som en erstatning for offentlig tilbud, men at man holder på komplementariteten i tjenestene. Et godt samarbeid om tiltak på pleie- og omsorgsfeltet er avhengig av at frivillighetens egenart ivaretas. Selv om man innen pleie- og omsorgsfeltet forholder seg til profesjonelle standarder, må de frivillige få være amatører» (Solbjør m.fl. 2014:53).*

Dette handler om de to ulike «rasjonaliteter» som preger frivillighet og profesjon: Kommunens pleie- og omsorgssektor er profesjonalisert og formalisert. Det frivillige arbeidet har en helt annen karakter: Det handler om enkeltmennesker som ønsker å bidra til fellesskapet ut fra et verdimeessig standpunkt, og deltagelse og innsats er rotfestet i uformelle relasjoner og valgfrihet; i siste instans er den frivilliges innsats uforpliktende. I et samarbeid om å gi velferd, pleie og omsorg til eldre i en kommune, vil disse to ulike egenartene møtes. Det betyr at en kommune må få til et samarbeid som utøves i et spenn mellom det formelle og det uformelle, mellom profesjonell utøvelse og amatørbasert deltagelse. (Solbjør m.fl. 2014).

Solbjør m.fl. (2014) understreker at økonomi var et sentralt element for å få samarbeidet mellom kommune og frivillig sektor til å fungere. Studien viste at det fantes ulike måter å dekke kostnadene for de ulike tiltakene som de frivillige gjennomførte. De fleste frivillige

organisasjonene i de 7 kommunene i studien, fikk økonomisk støtte fra kommunen. Noen organisasjoner mottok mest støtte fra private givere, mens et sykehjem hadde innført «trivselspenger» der beboerne selv bidro. I hovedsak prøvde man å unngå at deltagerne måtte betale egenandel for å delta på sosiale aktiviteter. (ibid.).

Det viktigste var likevel at det fantes en økonomisk forutsigbarhet, slik at det frivillige arbeidet kunne planlegges i et mer langsiktig perspektiv. Vel så viktig som å bidra direkte med penger, fant studien at kommunen kunne legge til rette for samarbeid med frivillig sektor ved å stille sin infrastruktur til rådighet, slik som kontorlokaler, møteplasser og hjelp til logistikk (Solbjør m.fl. 2014:47). Dette ga de frivillige inntrykk av at kommunen ønsket deres innsats og de tiltakene de tilbød, velkommen (ibid.).

Et godt samarbeid mellom kommune og frivillig sektor handlet om god kommunikasjon, informasjon om de frivilliges tiltak til ansatte, en positiv holdning og god organisering av tjenestene. At kommunen hadde en koordinator - aller helst en ildsjel - for kontakten med det frivillige arbeidet, ble en viktig fremmer for samarbeid og informasjonsflyt, og muliggjorde at tiltak i regi av frivillig sektor kunne samkjøres med andre kommunale tiltak (Solbjør m.fl. 2014:48).

I norsk sammenheng trekkes Kirkens Bymisjon sykehjem – Ammerudhjemmet i Oslo – fram som et eksempel der de har fått til samspillet med frivillig innsats. Ammerudhjemmet har også et nært samarbeid med arbeidsmarkedsbedriften Unikum AS om å tilby arbeidstrening.

Ammerudhjemmet satser på å tilby sine beboere kulturelle tiltak, og de har ansatt en egen Kultur- og nærmiljøleder med ansvar for å planlegge og koordinere kulturaktivitetene, som i stor grad drives av innsamlede midler og frivillig innsats. De har i dag 70 frivillige medarbeidere og var det første sykehjemmet i Norge som ansatte egen frivilligleder, med ansvar for å rekruttere, skolere og følge opp frivillige (NOU 2011:11). Metodene som Kirkens bymisjon bruker for samspillet med frivillig sektor, pårørende og nærmiljø er satt i system, og det er nå skrevet en veileder, «Nettverksarbeid i sykehjem»<sup>14</sup>, som gjør metodikken tilgjengelig for andre (Omsorg 2020:17).

Grensegangene mellom hva som skal tilbys som formell omsorg og hvilken type velferd de frivillige skal tilby blir viktig å være klar på. Solbjør og kollegaers (2014) kvalitative studie peker på at de to typene av omsorg og velferd ikke gis uavhengig av hverandre, men må ses i sammenheng. Frivillighetens egenart må imidlertid ivaretas, og de frivillige kan være viktige for å skape lokal tilhørighet og fellesskapsfølelse (ibid.:52). Kommuner som kan forvalte en fleksibilitet i sitt tilbud av omsorgstjenester og velferdstiltak, i spennet mellom frivillig velferd og formell omsorg, de legger også grunnen for et godt samarbeid med frivillig sektor (ibid:53).

Stiftelsen Livsglede for Eldre sier selv at deres virksomhet «er tuftet på frivillig innsats». Deres struktur er lokalforeninger som arbeider selvstendig med eget styre. Lokalforeningene består av frivillige medlemmer som bruker av egen fritid. Stiftelsen ser ut til å ivareta egenarten til de frivillige, at valget om å bidra er verdibasert og nettopp frivillig: «Alle som ønsker å bidra til å

---

<sup>14</sup> <http://www.bymisjon.no/Virksomheter/Ammerudhjemmet-Bo--og-Kultursenter/Prosjekter/Nettverksarbeid-pa-sykehjem-Gjemt-men-ikke-glemt/>

*gjøre mer mulig i eldreomsorgen kan gjøre det gjennom Livsglede for Eldres lokalforeninger», skriver de på egne nettsider<sup>15</sup>.*

Wollebæk m.fl. (2015) ved Senter for forskning på frivillighet og sivilsamfunn angir følgende praktiske implikasjoner for å få flere til å bidra inn i frivillig arbeid:

- Relativt mange oppgir nettverksforklaringer – at de ikke vet hvor de skal begynne eller at ingen har spurt dem - som bakgrunn for at de ikke deltar i frivillig arbeid. Når tallene viser at noen grupper systematisk blir sjeldnere spurt enn andre, tyder analysene på at det finnes et nokså stort urealisert potensiale for frivillighet i den norske befolkningen.
- Organisasjonene har i mange tilfeller et begrenset handlingsrom når det gjelder å holde på frivillige over tid. Mye av utskiftningen i den frivillige arbeidsstokken er knyttet til livsfase.
- Undersøkelsen framhever betydningen av at organisasjonen er godt administrert, evner å løse konflikter og gir tilstrekkelig opplæring, samt at frivillige får arbeidsoppgaver som oppleves nyttige og har klart definerte mål. Dette er forhold som henger nært sammen med både generell tilfredshet, lojalitet og tilhørighet, samt vilje til å fortsette.

### **3.5.2 DE PÅRØRENDE**

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten gjennomførte i 2011 og i 2014 et systematisk litteratursøk om forskning på tiltak som kunne støtte de som er pårørende til personer med demens som bor hjemme (Dalsbø 2014-I).

Funnene fra 2011 viste at undervisning om demens og praktisk støtte til pårørende kan redusere både depresjon og omsorgsbyrden hos den pårørende. Med støtte av en ergoterapeut til både pårørende og pasient, styrkes den pårørendes livskvalitet og kunnskap om demens. Etter et nytt søk etter kunnskap på feltet i 2014, fant Kunnskapssenteret Dalsbø 2014-I) en systematisk oversikt om såkalt «kognitiv omformulering»: Ved hjelp av en teknikk i kognitiv terapi skal den pårørende omformulere negative tanker og tilpasse dem situasjonen. Denne form for støtte gir trolig mindre depresjon, angst og stress hos de pårørende.

For de pårørende med sine kjære i institusjon handler det om å gi de pårørende rom og posisjon til å delta på aktiviteter, måltider og sosiale arrangementer. Men det er viktig å ivareta de pårørendes behov også i en palliativ fase. De sårbare overgangene – mellom aktører i en behandlingsskjede, og mellom faser i et forløp – det er her de pårørendes rolle blir satt hardest på prøve. Omsorgsbyrden de pårørende må bære vil være på sitt sterkeste i disse overgangene, og følgelig også behovet de har for støtte og ivaretagelse fra den formelle omsorgskjeden (Bökberg m.fl. 2014, Tan mfl. 2014, Fortinsky og Downs 2014).

## **3.6 ORGANISERING OG KOORDINERING I TJENESTENE**

Med stadig flere eldre som skal fortsette å leve livet i eget hjem, med støtte og hjelp ut fra hva de har behov for og ønsker om, så reiser det spørsmål om i hvilken grad man klarer å fange opp endringene i brukernes forløp. Forskningslitteraturen gjenspeiler den vinklingen Omsorg 2020

---

<sup>15</sup> <http://www.livsgledeforeldre.no/om-oss.html>

har med å tenke mer systematisk rundt brukerens forløp og styrke koordinering for de med størst pleiebehov. En slik gruppe er demente. Elizabeth Phelan og kolleger (2015:211) poengterer at demens ikke bare er «en ny diagnose» på en pasients problemliste, det er langt mer omfattende enn som så:

*Demens reduserer personens evne til å håndtere sine egne andre kroniske tilstander, å vedkjenne seg begynnende nye fysiske eller emosjonell symptomer, og å søke assistanse eller hjelp i møte med endringer i egen allmenntilstand. Demens fordrer at støtte til det å greie seg selv [«self-management»], er tilgjengelig (Phelan et al 2015:211).*

På grunn av tilstandens progressive natur, må man også ta høyde for at pleiebehovet vil endre seg og bli større med tiden. Derfor bør en demensdiagnose utløse en rutinemessig håndtering av alle andre helsespørsmål i en poliklinisk tjeneste (ibid.).

En studie gjennomført ved det medisinske fakultetet ved universitet i Lund, Sverige, ser nærmere på nettopp behandlingsforløpet til demenspasienter ved å intervjuer helse- og omsorgspersonell om deres erfaringer og vurderinger (Bökberg m.fl. 2014). De profesjonelle omsorgsyterne rapporterte at den tverrfaglige samhandlingen mellom helsepersonellet fungerte best i den første delen av sykdomsforløpet, og dårligere i de to neste fasene, dvs. mellomfasen og slutten-av-livet-fasen.

Videre indikerte helsepersonellet at de sårbare overgangene i behandlingsskjeden gled lettere når den demente hadde tilgang til daglige pleie- og omsorgstjenester (ibid.:6). Da kunne graden av støtte og pleie økes gradvis, noe som også gjorde det mulig for den demente å bo hjemme hvis han eller hun ønsket det. Ved overgangen til mellomfasen mente helsepersonellet at personen med demens befant seg i et stadi mellom hjemmebasert og institusjonsbasert pleie, og at det kunne være vanskelig å finne det rette omsorgsnivået (ibid.). Bökberg og kollegaer påpeker at de nære pårørendes deltagelse i pleiekjeden er helt avgjørende for å sikre kontinuitet, men anerkjenner også at de økte belastningene pårørende opplever når sykdommen forverres kan ha en negativ påvirkning på pårørendes egen helse og livskvalitet. De finner videre at døtre og svigerdøtre er mer involvert i pleie om omsorg for sin demente slektning enn det sønner og svigersønner er, og følgelig at flere kvinner opplever disse belastningene (ibid.:8).

Flere studier viser at pasientene opplever bedre og tryggere behandling og pleie hvis personalet er flinke til å kommunisere og koordinere tjenestene seg i mellom (Deneckere m.fl. 2012, Allen m. fl. 2013). En systematisk litteraturgjennomgang fant at fokus på pasientforløpet kan styrke tverrfaglige team i samarbeidet (Deneckere m.fl. 2012). Forbedret kommunikasjon mellom de ulike faggruppene som gir pleie og omsorg til eldre personer reduserer reinnleggelser på sykehus og lengden på sykehusopphold, noe som indikerer at slik tverrfaglig samhandling er et kostnadseffektivt grep for helse- og omsorgstjenestene (Allen m.fl. 2013). Det gjelder å få på plass omsorgsmodeller som vektlegger utveksling av informasjon, utdanning om roller/kompetanse og avklaringer/samarbeid mellom de fagpersonene som har ansvar for pasient/ bruker (ibid.).

### 3.6.1 TEAM

Omsorg 2020 vektlegger at kommunene må organisere arbeidet innen helse- og omsorgstjenestene i team: Primærhelseteam og oppfølgingsteam. Teamorganisering skal være en måte å imøtekomme behovet for tilgjengelighet, tverrfaglighet og koordinering i helse- og omsorgstjenestene.

Mens primærhelseteamene er en førstelinjetjeneste for hele befolkningen, skal oppfølgingsteamene ivareta brukerne med de mest sammensatte behovene. Dette setter søkelyset på utforming av individuelle planer, oppfølging og en koordinatorfunksjon som samordner tjenester på tvers av nivå.

I stortingsmelding 26 Fremtidens primærhelsetjeneste (Meld.St.26 2014-2015) drøftes fordeler og ulemper ved mulige løsninger for hvordan team som en del av kommunenes helse- og omsorgstjeneste kan innføres, og ulike modeller skal utredes videre. Det som synes klart er at oppfølgingsteam ikke skal etableres etter diagnosegrupper, men etter brukernes funksjon og behov (ibid.:55).

Følgende står i Stortingsmelding 26 om formålet med team for særlige brukergrupper, de såkalte oppfølgingsteamene:

*Teamene har som formål å yte, koordinere og tilrettelegge tjenester for en selektert og tydelig definert gruppe. Det kan være brukere som har behov for et bredt sett med helse- og omsorgstjenester, og gjerne også andre tjenester, f.eks. skrøpelige eldre, alvorlig psykisk lidelse. [...]. En slik teambasert tilnærming kan bidra til at pasientene kan behandles i eget hjem i stedet for på sykehus eller annen institusjon. (Meld.St.26 Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet:54).*

Det er særlig fastlegenes rolle som står sentralt i de ulike forslagene for hvordan de nye primærhelseteamene i kommunene kan utvikles (Meld.St.26 2014-2015:51-53). Fastlegene har en nøkkelrolle, og deres involvering er avgjørende. I en oppgave om palliativ omsorg i kommunehelsetjenesten, finner Anne O. Gulliksen og Marian Eriksrud at fastlegene er den personellgruppen som er vanskeligst å integrere i arbeidet (Gulliksen og Eriksrud, 2015). De skriver:

*Fra vårt ståsted ser vi viktigheten av et godt samarbeid mellom de ulike instansene i det tverrfaglige samarbeidet, for at pasientene i en palliativ fase skal få optimal pleie. Dette er også viktig for sikkerheten til både sykepleierne som skal utøve pleien, og for pasientene som skal motta den, at legen deltar aktivt i samarbeidet og at hjemmesykepleierne får den nødvendige informasjonen fra sykehuset (Gulliksen og Eriksrud, 2015:20).*

Gulliksen og Eriksrud fastslår at innen palliasjon står tverrfaglig tilnærming helt sentralt, men de stiller spørsmål om hvor lett det er å danne et slikt tverrfaglig nettverk av disse yrkesgruppene i kommunehelsetjenesten:

*På et sykehus vil alt dette være under samme tak og derfor lett tilgjengelig. I kommunehelsetjenesten ser vi at dette ofte byr på utfordringer, da det er mange brukere og få tjenesteytere (Gulliksen og Eriksrud, 2015:20).*

## Noen eksempler på forskning på teambaserte tjenester

University of California (UCLA) har laget en modell for demensomsorg «Alzheimer's and Dementia Care (ADC) Programme», der en sykepleier (med spesialisering i geriatri) har en helt sentral rolle som koordinator. Modellen beskrives i artikkelen «*Coordinated Care Management for dementia in a large academic health system*» og gir noen gode pekesnorer for hvordan en slik oppgave kan løses (Tan m.fl. 2014).

Elizabeth Andersen og kollegaer (2014) ved Universitet British Columbia i Canada, har gått gjennom forskningslitteraturen og sett på hvilke resultater flere ulike sykehjemsmodeller kan vise til. De konstaterer at filosofien i The Eden Alternative har nærmest anekdotisk støtte, men er mindre beskrevet med empiri. Det som derimot viser seg veldig lovende, er måten «*Greenhouses*» innen The Eden Alternative drives: Flere undersøkelser finner at både beboere og ansatte der har det veldig bra. Beboere rapporterer om høyere følelsesmessig tilfredshet og signifikant høyere tilfredshet med den pleien de mottar (Andersen m.fl. 2014: 8).

Særskilt løftes organiseringen av servicemedarbeidere i arbeidsteam, som kalles *Shahbazim*, fram som en gunstig måte å organisere tjenester i sykehjem. Shahbazim er en gruppe ansatte i «The Green House»-modellen som etter 120 opplæringstimer har ansvaret for de oppgavene som ikke er sykepleiefaglige: Bestille matvarer, lage mat, rengjøre, vaske klær, gi personlig pleie, administrere medisiner og generelt være ressurspersoner for beboerne. Disse arbeidsteamene administrerer seg selv, og anses ikke for å være en del av sykepleiernes arbeidsstyrke. De har en egen leder, men sykepleierne gjør ingen form for overvåking av arbeidet de utfører. De som arbeider som Shahbazim rapporterer at de opplever mindre slitenhet, skyldfølelse og stress i arbeidshverdagen samt høyere grad av kontroll, medvirkning og yrkesstolthet i det arbeidet de utfører, sammenlignet med tradisjonell sykehjemsdrift. De ansatte i teamene forholder seg ikke til faste tidsrammer og standardiserte rutiner bestemt av andre enn seg selv. Teamene må ta ansvar for å løse oppgavene i fellesskap gjennom å finne samarbeidsmåter. Dette krever tilpasningsdyktighet og pålitelighet, men gir til gjengjeld en fleksibilitet og en selvbestemmelse som de ansatte verdsetter (Andersen m.fl. 2014: 7).

I litteraturen som tar for seg omsorgen av demente, står koordinering og samarbeid mellom tjenestene frem som et helt sentralt element. James E. Galvin m.fl. (2014) ved University School of Medicine New York har undersøkt nettopp emnet «*Collaborative transdisciplinary team approach for dementia care*»; hvordan tverrfaglige team samarbeider om omsorg og pleie for demente. De har blant annet gjennomført en spørreundersøkelse blant pasienter (n=135) og pårørende som mottok pleie og omsorg i en slik systematisert samarbeidsmodell. Uavhengig av hverandre ga pasienter og pårørende sine vurderinger av hvordan hukommelsestapet påvirket livene deres (stress, belastning, frustrasjon, omsorgsbyrden, humør, evnen til å utføre dagligdagse aktiviteter, kunnskap og trygghet).

Resultatene viste at for pasientene var det tre områder som forbedret seg etter at de startet med omsorg og pleie fra det tverrfaglige teamet, pasientene...

- var mindre stresset av egen hukommelsesproblematikk
- var tryggere på egen kunnskap om Alzheimer og relaterte plager
- rapporterte færre depressive symptomer

For de pårørende var det følgende fem områder som fikk bedre resultater ved sluttevalueringen enn før de ble tatt inn i samarbeidsmodellen: Pårørende...

- var mindre frustrerte når de håndterte pasienten
- rapporterte mindre usikkerhet på hva de skulle gjøre med pasienten
- var mindre bekymret for at de ikke gjorde nok for pasienten
- oppga en sterkere følelse av kontroll
- følte seg tryggere på å finne støtte

Disse funnene støtter opp under at en tverrfaglig tilnærming i pleier- og omsorgstjenestene vil være gunstig både for pasienter og pårørende (Galvin m.fl., 2014).

Som det står beskrevet i Omsorg2020 har kommunenes helse- og omsorgstjenester fått nye brukergrupper med mer faglig krevende, komplekse medisinske og psykososiale behov. Særlig i de hjemmebaserte tjenestene ligger det et stort potensial i tidlig intervensjon og forebygging av ytterligere funksjonssvikt og sykdomsutvikling og slik bidra til å utsette institusjonsinnleggelse eller gjøre institusjonsopphold unødvendig. For at de kommunale tjenestene skal være i stand til dette er tverrfaglig samarbeid en nødvendighet og kan være et springbrett for opprettholdelse eller økt funksjon, livskvalitet og selvstendighet hos hjemmeboende og eldre i kommunale boløsninger. Forskning på teambaserte tjenester kan gi kommunene gode utgangspunkt og modeller som kan tilpasses behov og forutsetninger i egen kommune for å best mulig utnytte den tverrfaglige kompetansen til brukernes beste.



---

## 4 Viktigste funn

---

Avslutningsvis vil vi oppsummere kunnskapsgrunnlagets viktigste funn. Dette er punkter som det etter vår vurdering er spesielt relevant å ta hensyn til ved utbygging av nytt omsorgssenter og for planlegging av fremtidens eldreomsorg i Aukra kommune. Vi minner om at velferdsteknologi ikke lå i bestillingen i dette oppdraget, og selv om det vil være svært sentralt i utviklingen fremover er det ikke inkludert her.

Utfordringer og trender i fremtidens eldreomsorg:

- Den norske befolkning er aldrende: Det blir stadig flere eldre relativt til de yngre. Den største veksten starter etter 2025
- Når antallet eldre mennesker vokser, vil forekomsten av personer med kognitiv svikt – demens – også øke, og dette setter krav til eldreomsorgen om å være demensvennlig
- De eldre er en mangfoldig gruppe, men jevnt over har mange bedre ressurser (helse, utdanning, økonomi, egen bolig) til å møte alderdommen med sammenlignet med tidligere generasjoner
- Det private omsorgsarbeidet utført av pårørende utgjør nesten like mange årsverk som de kommunale helse- og omsorgstjenestene, noe som understreker verdien av å ivareta de pårørende og deres arbeidsinnsats
- Innen helse- og omsorgstjenestene skjer det en forflytning av ansvaret fra stat til kommune, og trenden er en vekst i de hjemmebaserte tjenestene
- Veksten i de hjemmebaserte tjenestene dekker i hovedsak de yngre brukergruppene, noe som indikerer at presset på institusjonsplasser for eldre er økende
- Kommunenes ansvar for utskrivningsklare innebærer en oppbygging av kortsiktig medisinsk behandlings- og oppfølgingstjeneste, noe som kan ha gått ut over det langsiktige tjenestetilbudet til de eldre
- Små distriktkommuner satser i større grad på høy sykehjemsdekning enn store kommuner, som satser mer på hjemmebaserte tjenester
- Eldreomsorgen boliggiøres; Målet er at flest mulig skal kunne bo hjemme lengst mulig, og når det ikke lenger er mulig å bo hjemme, så skal man få bo i et mest mulig hjemmelignende miljø
- Tiden for de store institusjonene med lange korridorer og mange like rom, er over: forskning viser at «smått er godt» når det gjelder boliger for eldre, når det gjelder både livskvalitet, helse og trivsel
- Fysisk samlokalisering av ulike tjenestetilbud legger til rette for økt samspill i et nærmiljø, noe som igjen kan skape nye rom for aktivitet og samhandling som styrker tilhørighet og fellesskap for beboere og naboer, og muligheter for samdrift og samarbeid mellom tjenesteutøvere og andre lokale aktører
- Kommunen kan tilrettelegge for innsats fra frivillig sektor ved å tilby egen infrastruktur, forutsigbarhet gjennom økonomisk støtte til sosiale tiltak, organisert kontakt med frivillig sektor gjennom en koordinator og ikke minst ved å la frivilligheten bevare sin egenart – som amatør og frivillig

- Forbilledlige tjenestetilbud og boliger til eldre har en personsentrert omsorgsfilosofi i bunn for alt de gjør
- Personsentrert omsorg er kjernen i den omsorgsfilosofien som bør prege alle nivåer av omsorgstjenestene, fra den mellommenneskelige relasjonen mellom omsorgsgiver og bruker, til kultur og holdninger blant ansatte og helt til utformingen av det fysiske bomiljøet
- Forskning viser at tiltak og aktiviteter som er i tråd med en personsentrert omsorg fører til bedre livskvalitet for personer med demens
- Det finnes mye kunnskap om hvilke designløsninger for det bygde miljøet som er gode for personer med demens, noen stikkord her er små enheter, hjemlig atmosfære, sensorisk stimuli, støttende og tilrettelagte omgivelser, design og miljø
- Den personsentrerte omsorgen er individuelt tilpasset – og den type «skreddersøm» utfordrer for alvor bildet om at «one size fits all»
- Organisering av flerfaglige team med sterk koordinator-rolle ser ut til å være en anbefalt modell for oppfølging av brukere med store og sammensatte behov, og for disse er samarbeidet med de pårørende sentralt

Fremtidens eldreomsorg kan ikke tilby et sett med standardiserte løsninger. I et tjenestetilbud tilpasset den enkelte brukeren, blir tverrfaglig samarbeid, planlegging av forløp og ikke minst koordinering av tjenester enda viktigere. Arbeidsstyrken i de kommunale helse- og omsorgstjenestene blir møtt med økte kompetansekrav og mer komplekse oppgaver enn de har fått opplæring til å utføre. For å besvare utfordringsbildet helse- og omsorgstjenestene møter i tiden fremover, blir kompetanseheving for både utøvende personell og ledelsesnivået selve fundamentet i utviklingen av fremtidens eldreomsorg i kommunene.

---

## 5 REFERANSER

---

### 5.1 ALFABETISK REFERANSELISTE

Abelsen B, Gaski M, Nødland SI, Stephansen A (2014): *Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet*. Rapport IRIS – 2014/382. International Research Institute of Stavanger (IRIS) og Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM). Stavanger/Alta 2014.

Allen J, Ottman G, Roberts G (2013): *Multi-professional communication for older people in transitional care: a review of the literature*. Int J Older People Nurs. 2013 Dec;8(4):253-69.

Andersen E, Smith M, Havaei F (2014) *Nursing home models and modes of service delivery: Review of outcomes*. HealthyAging Research 3:13. doi:10.12715/har.2014.3.13

Annear MJ, Toye C., McInerney F., Eccleston C., Tranter B., Elliot K-E., Robinson A. (2015) *What should we know about dementia in the 21st Century? A Delphi consensus study*. BMC Geriatrics 2015:5.

Bökberg C, Ahlström G, Karlsson S, Hallberg IR, Janlöv A-C (2014) *Best practice and needs for improvement in the chain of care for persons with dementia in Sweden: a qualitative study based on focus groups interviews*. BMC Health Services Research 2014, 14:596.

Dalsbø TK, Kirkehei I, Dahm KT (2014-I). *Tiltak for å støtte pårørende til hjemmeboende personer med demens – oppdatert systematisk litteratursøk*. Notat fra Kunnskapscenteret. Juli 2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten.

Dalsbø TK, Kirkehei I, Dahm KT (2014-II). *Botilbud til mennesker med demens*. Notat - Systematisk litteratursøk med sortering - Desember 2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten.

Daatland, S.O. (Red.) (2014) *Boliggjøring av eldreomsorgen?* NOVA-rapport 16/2014. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) og Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA), 2014.

Deneckere S, Euwema M, van Herck P, Lodewijckx C, Panella M, Sermeus W, Vanhaecht K (2012): *Care Pathways lead to better teamwork: Results of a systematic review*. Social Science & Medicine 75 (2012) 264-268.

Fortinsky RH, Downs M. (2014). *Optimizing Person-Centered Transitions In The Dementia Journey: A Comparison Of National Dementia Strategies*. Health Affairs 33 No. 4 (2014): 566-573.

Galvin J., Valois L., Zweig, Y. (2014) *Collaborative transdisciplinary team approach for dementia care*. Neurodegenerative Disease Management (2014) 4(6), 455-469. Copyright: 2014 Future Medicine Ltd.

Glass, A.P. (2014) *Innovative Seniors Housing and Care Models: What We Can Learn From the Netherlands* s. 74-81 i Seniors Housing & Care Journal 2014 Volume 22 Number 1. (Copyright: The National Investment Center for Seniors Housing & Care (NIC), USA.)

Gulliksen Ao, Eriksrud M (2015): *Kan vi få til en god hjemmedød i kommunehelsetjenesten?* Fordypningsoppgave i videreutdanning i palliativ omsorg – helhetlig lindring i livets slutfase. Høgskolen i Gjøvik, Avd. for helse, omsorg og sykepleie, Seksjon helse, teknologi og samfunn. Mai 2015.

Hadjri K, Rooney C, Faith V. (2015) *Housing Choices and Care Home Design for People With Dementia*. Health Environments Research & Design Journal 2015 Vol. 8(3) 80-95. Sage.

Health Foundation (2014) *Person-centred care made simple. What everyone should know about person-centred care*. Quick guide October 2014. © 2014 Health Foundation

Kirkevold M., Gonzalez M.T. (2012) *Betydningen av sansehage og terapeutisk hagebruk for personer med demens – en scoping review*. Sykepleien Forskning 2012 7 (1):52-64

Landmark, B.F., Kirkehei, I., Brurberg, K.G., Reinart, L.M (2009). *Botilbud til mennesker med demens*. Rapport nr. 11–2009. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Marquardt, G., Bueter, K., & Motzek, T. (2014). *Impact of the design of the built environment on people with dementia: An evidence-based review*. Health Environments Research & Design Journal, 8(1), 127–157.

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

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

Norges Forskningsråd (2012): *Flere aktive og sunne år*. Et temahefte fra Norges Forskningsråd mai 2012.

NOU 2011:11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Omsorg 2020 (2015) *Regjerings plan for omsorgsfeltet 2015-2020*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Otnes, B. (2015) *Utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene 1994-2013*. Tidsskrift for omsorgsforskning, Årg.1, nr. 1 (2015) s.48-61. Oslo: Universitetsforlaget.

Phelan EA, Debnan K., Anderson LA, Owens SB (2015): *A Systematic Review of Intervention Studies to Prevent Hospitalizations of Community-dwelling Older Adults With Dementia*. Medical Care Volume 53, Number 2, February 2015

Rokstad, A.M.M. (2014). *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget 2014.

Rokstad, A.M.M. (2015). *Bli kjent med demens-pasientene*. Artikkel på nett: <http://psykologisk.no/2015/06/bli-kjent-med-demens-pasientene/>

Skaar R, Brodtkorb K, Skisland A.V-S, Slettebø Å. (2014). *Organisering av helsetjenester til eldre i kommunen – noen etiske utfordringer*. NORDISK SYGEPLEJEFORSKNING NR 4 – 2014, VOL. 4: 267–278.

Solbjør M, Ljunggren B, Kleiven HH (2014): *Samarbeid mellom frivillig sektor og kommunale tjenester på pleie og omsorgsfeltet. En kvalitativ studie*. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning nr. 1-2014, 10. årgang.

Sørvoll J., Martens C., Daatland S.O. (2014) *Planer for et aldrende samfunn? Boliger og tjenester for eldre i kommunene*. NOVA Rapport 17/2014. Norsk Institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA)/ Høgskolen i Oslo og Akershus, november 2014.

Tan ZS, Jennings L, Reuben D. (2014) *Coordinated Care Management For Dementia In A Large Academic Health System*. Health Affairs 33, No. 4 (2014):619-625.

van Hoof, J., Wetzels MH., Dooremalen AMC, Nieboer ME, van Gorkom PJLM et al. (2014): *The Essential Elements for a Nursing Home According to Stakeholders from Healthcare and Technology: Perspectives from Multiple Simultaneous Monodisciplinary Workshops*. Journal of Housing for the Elderly, 28:329-356, 2014

Wollebæk D, Sætrang S. & Fladmoe, A. (2015). *Betingelser for frivillig innsats. Motivasjon og kontekst*. Rapport 1/2015. Oslo/Bergen: Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor.

Zimmerman, S., Cohen L.W. (2010) *Evidence behind The Green House and similar models of nursing home care*. Aging Health (2010) 6, (717-737). Copyright: Future Medicine Ltd.

## 5.2 TEMATISK REFERANSELISTE

### **Utviklingstrekk og trender (tjenestene, eldreomsorgen, befolkning, demografi)**

Daatland, S.O. (Red.) (2014) *Boliggjøring av eldreomsorgen?* NOVA-rapport 16/2014. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) og Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA), 2014.

NOU 2011:11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Otnes, B. (2015) *Utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene 1994-2013*. Tidsskrift for omsorgsforskning, Årg.1, nr. 1 (2015) s.48-61. Oslo: Universitetsforlaget.

Sørvoll J., Martens C., Daatland S.O. (2014) *Planer for et aldrende samfunn? Boliger og tjenester for eldre i kommunene*. NOVA Rapport 17/2014. Norsk Institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA)/ Høgskolen i Oslo og Akershus, november 2014.

Abelsen B, Gaski M, Nødland SI, Stephansen A (2014): *Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet*. Rapport IRIS – 2014/382. International Research Institute of Stavanger (IRIS) og Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM). Stavanger/Alta 2014.

Norges Forskningsråd (2012): *Flere aktive og sunne år*. Et temahefte fra Norges Forskningsråd mai 2012.

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

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

Omsorg 2020 (2015) Regjerings plan for omsorgsfeltet 2015-2020. Helse- og omsorgsdepartementet.

### **Organisering (av helse- og omsorgstjenestene, av sykehjem, pasientforløp, sykehjemsmodeller)**

Glass, A.P. (2014) *Innovative Seniors Housing and Care Models: What We Can Learn From the Netherlands* s. 74-81 i *Seniors Housing & Care Journal* 2014 Volume 22 Number 1. (Copyright: The National Investment Center for Seniors Housing & Care (NIC), USA)

Andersen E, Smith M, Havaei F (2014) *Nursing home models and modes of service delivery: Review of outcomes*. *HealthyAging Research* 3:13. doi:10.12715/har.2014.3.13

Tan ZS, Jennings L, Reuben D. (2014) *Coordinated Care Management For Dementia In A Large Academic Health System*. *Health Affairs* 33, No. 4 (2014):619-625.

Phelan EA, Debnan K., Anderson LA, Owens SB (2015): *A Systematic Review of Intervention Studies to Prevent Hospitalizations of Community-dwelling Older Adults With Dementia*. *Medical Care* Volume 53, Number 2, February 2015

Bökberg C, Ahlström G, Karlsson S, Hallberg IR, Janlöv A-C (2014) *Best practice and needs for improvement in the chain of care for persons with dementia in Sweden: a qualitative study based on focus groups interviews*. *BMC Health Services Research* 2014, 14:596.

Skaar R, Brodtkorb K, Skisland A.V-S, Slettebø Å. (2014). *Organisering av helsetjenester til eldre i kommunen – noen etiske utfordringer*. *NORDISK SYGEPLEJEFORSKNING NR 4 – 2014, VOL. 4: 267–278*.

van Hoof, J., Wetzels MH., Dooremalen AMC, Nieboer ME, van Gorkom PJLM et al. (2014): *The Essential Elements for a Nursing Home According to Stakeholders from Healthcare and Technology: Perspectives from Multiple Simultaneous Monodisciplinary Workshops*. *Journal of Housing for the Elderly*, 28:329-356, 2014

Zimmerman, S., Cohen L.W. (2010) *Evidence behind The Green House and similar models of nursing home care*. *Aging Health* (2010) 6, (717-737). Copyright: Future Medicine Ltd.

Deneckere S, Euwema M, van Herck P, Lodewijckx C, Panella M, Sermeus W, Vanhaecht K (2012): *Care Pathways lead to better teamwork: Results of a systematic review*. *Social Science & Medicine* 75 (2012) 264-268.

Fortinsky RH, Downs M. (2014). *Optimizing Person-Centered Transitions In The Dementia Journey: A Comparison Of National Dementia Strategies*. *Health Affairs* 33 No. 4 (2014): 566-573.

Galvin J., Valois L., Zweig, Y. (2014) *Collaborative transdisciplinary team approach for dementia care*. *Neurodegenerative Disease Management* (2014) 4(6), 455-469. Copyright: 2014 Future Medicine Ltd.

Gulliksen Ao, Eriksrud M (2015): *Kan vi få til en god hjemmedød i kommunehelsetjenesten?* Fordypningsoppgave i videreutdanning i palliativ omsorg – helhetlig lindring i livets slutfase. Høgskolen i Gjøvik, Avd. for helse, omsorg og sykepleie, Seksjon helse, teknologi og samfunn. Mai 2015.

Allen J, Ottman G, Roberts G (2013): *Multi-professional communication for older people in transitional care: a review of the literature*. *Int J Older People Nurs*. 2013 Dec;8(4):253-69.

### **Personsentrert (demens)omsorg**

Health Foundation (2014) *Person-centred care made simple. What everyone should know about person-centred care*. Quick guide October 2014. © 2014 Health Foundation

Rokstad, A.M.M. (2014). *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget 2014.

## **Demens**

Annear MJ, Toye C., McInerney F., Eccleston C., Tranter B., Elliot K-E., Robinson A. (2015) *What should we know about dementia in the 21st Century? A Delphi consensus study*. BMC Geriatrics 2015:5.

Rokstad, A.M.M. (2015). *Bli kjent med demens-pasientene*. Artikkel på nett: <http://psykologisk.no/2015/06/bli-kjent-med-demens-pasientene/>

## **Det fysiske miljøet, bygninger og hager, design for boløsninger**

Marquardt, G., Bueter, K., & Motzek, T. (2014). *Impact of the design of the built environment on people with dementia: An evidence-based review*. Health Environments Research & Design Journal, 8(1), 127–157.

Høyland, Kari og Solberg, Silje Strøm: *Kapittel 7 «De gode forbildene. Om bokkvalitet og institusjonsløsninger for eldre» side 95-124* i Daatland, S.O. (Red.) (2014) *Boliggjøring av eldreomsorgen? NOVA-rapport 16/2014*. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) og Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA), 2014.

Kirkevold M., Gonzalez M.T. (2012) *Betydningen av sansehage og terapeutisk hagebruk for personer med demens – en scoping review*. Sykepleien Forskning 2012 7 (1): 52-64

Landmark, B.F., Kirkehei, I., Brurberg, K.G., Reinart, L.M (2009). *Botilbud til mennesker med demens*. Rapport nr. 11–2009. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Dalsbø TK, Kirkehei I, Dahm KT (2014-II). *Botilbud til mennesker med demens*. Notat - Systematisk litteratursøk med sortering - Desember 2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Hadjri K, Rooney C, Faith V. (2015) *Housing Choices and Care Home Design for People With Dementia*. Health Environments Research & Design Journal 2015 Vol. 8(3) 80-95. Sage.

## **Frivillighet og pårørende**

Wollebæk D, Sætrang S. & Fladmoe, A. (2015). *Betingelser for frivillig innsats. Motivasjon og kontekst*. Rapport 1/2015. Oslo/Bergen: Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor.

Solbjør M, Ljunggren B, Kleiven HH (2014): *Samarbeid mellom frivillig sektor og kommunale tjenester på pleie og omsorgsfeltet. En kvalitativ studie*. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning nr. 1-2014, 10. årgang.

Dalsbø TK, Kirkehei I, Dahm KT (2014-I). *Tiltak for å støtte pårørende til hjemmeboende personer med demens – oppdatert systematisk litteratursøk*. Notat fra Kunnskapssenteret. Juli 2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

# PUBLIKASJONER AV FORSKERE TILKNYTTET HØGSKOLEN I MOLDE OG MØREFORSKING MOLDE AS

[www.himolde.no](http://www.himolde.no) – [www.moreforsk.no](http://www.moreforsk.no)

**2013 - 2015**

Publikasjoner utgitt av høgskolen og Møreforskning kan kjøpes/lånes fra  
Høgskolen i Molde, biblioteket, Postboks 2110, 6402 MOLDE.

Tlf.: 71 21 41 61, epost: [biblioteket@himolde.no](mailto:biblioteket@himolde.no)

## Egen rapportserie

Groven, Gøril; Skrove, Guri K. og Bachmann, Kari (2015): *Fremtidens eldreomsorg. Kunnskapsgrunnlag tilknyttet bygging av nytt omsorgssenter i Aukra kommune*. Møreforskning Molde AS nr. 1512. Molde: Møreforskning Molde AS. 55 s. Pris: 100,-

Rekdal, Jens; Hamre, Tom N. og Zhang, Wei (2015): *Etablering av modeller for tilbringertrafikk til flyplasser*. Møreforskning Molde AS nr. 1511. Molde: Møreforskning Molde AS. 76 s. Pris: 100,-

Svendsen, Hilde Johanne og Bråthen, Svein (2015): *Samfunnsøkonomisk analyse av endret lufthavnstruktur i Midt- og Nord-Norge*. Møreforskning Molde AS nr. 1510. Molde: Møreforskning Molde AS. 36 s. Pris: 50,-

Bråthen, Svein; Thune-Larsen, Harald; Oppen, Johan; Svendsen, Hilde Johanne.; Bremnes, Helge; Eriksen, Knut S.; Bergem, Bjørn G. og Heen, Knut P.: *Forslag til anbudsopplegg for regionale flyruter i Nord-Norge*. Møreforskning Molde AS nr. 1509. Molde: Møreforskning Molde AS. 147 s. Pris: 150,-

Oterhals, Oddmund og Kvasdheim, Nina Pereira (2015): *Sjøportalen. Delrapport 1: Behovsavklaring – gevinstpotensialer*. Møreforskning Molde AS nr. 1508. Molde: Møreforskning Molde AS. 28 s. Pris: 50,-

Rye, Mette (2015): *Merkostnad i privat sektor i sone 1a og 4a etter omlegging av differensiert arbeidsgiveravgift*. Møreforskning Molde AS nr. 1507. Molde: Møreforskning Molde AS. 22 s. Pris: 50,-

Skrove, Guri K.; Groven, Gøril og Bachmann, Kari (2015): *Sammen om rehabilitering i nærmiljøet. Sluttevaluering av "Livsnær livshjelp" – et samhandlingsprosjekt om rehabiliteringsbrukere i Aure*. Møreforskning Molde AS nr. 1506. Molde: Møreforskning Molde AS. 33 s. Pris: 50,-

Skrove, Guri K.; Oterhals, Geir; Groven, Gøril og Bachmann, Kari (2015): *"Sulten og tørst, men Stikk UT! først" En brukerundersøkelse av turkassetrimmen Stikk UT!* Møreforskning Molde AS nr. 1505. Molde: Møreforskning Molde AS. 40 s. Pris: 50,-

Bråthen, Svein; Svendsen, Hilde Johanne og Tveter, Eivind (2015): *Samfunnsøkonomisk analyse av endret lufthavnstruktur i Sør-Norge*. Møreforskning Molde AS nr. 1504. Molde: Møreforskning Molde AS 33 s. Pris: 50,-

Tveter, Eivind; Bråthen, Svein; Eriksen, Knut Sandberg; Svendsen, Hilde Johanne og Thune-Larsen, Harald (2015): *Samfunnsøkonomisk analyse av lufthavnkapasiteten i Oslofjordområdet*. Møreforskning Molde AS nr. 1503. Molde: Møreforskning Molde AS. 50 s.

Kaurstad, Guri; Bachmann, Kari; Bremnes, Helge og Groven, Gøril (2015): *KS FoU-prosjekt nr. 134033. Trygg oppvekst – helhetlig organisering av tjenester for barn og unge*. Møreforskning Molde AS nr. 1502. Molde: Møreforskning Molde AS. 107 s. Pris: 150,-

Kristoffersen, Steinar og Mennink, Marcel (2015): *Mulighetsanalyser for jaktturisme i Gjemnes*. Møreforskning Molde AS nr. 1501. Molde: Møreforskning Molde AS. 45 s. Pris: 50,-



Kaurstad, Guri; Oterhals, Geir; Hoemsnes, Helene, Ulvund, Ingeborg og Bachmann, Kari (2014): *Deltakelse i organiserte fritidstilbud. Spesiell vekt på barn og unge med innvandrereforeldre*. Møreforskning Molde AS nr. 1417. Molde: Møreforskning Molde AS. 92 s.

Rekdal, Jens; Hamre, Tom N.; Løkketangen, Arne; Zhang, Wei og Larsen Odd I.(2014): *Inkludering av innfartsparkering i TraMod\_By: TraMod\_IP*. Møreforskning Molde AS nr. 1416. Molde: Møreforskning Molde AS 125 s. Pris: 150,-

Kristoffersen, Steinar (2014): *Remontowa Launch and Recovery System (LARS) Minus 40*. Møreforskning Molde AS nr. 1415. Molde: Møreforskning Molde AS. 39 s. KONFIDENSIELL

Shlopak, Mikhail; Bråthen, Svein; Svendsen, Hilde Johanne og Oterhals, Oddmund (2014): *Grønn Fjord. Bind II. Beregning av klimagassutslipp i Geiranger*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1413. Molde: Møreforskning Molde AS. 53 s. Pris: 100,-

Svendsen, Hilde Johanne; Bråthen, Svein og Oterhals, Oddmund (2014): *Grønn Fjord. Bind I. Analyse av metningspunkt for trafikk i Geiranger*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1412. Molde: Møreforskning Molde AS. 27 s. Pris: 50,-

Heen, Knut Peder (2014): *Kontraksstrategier for local leverandørindustri*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1411. Molde: Møreforskning Molde AS. 31 s. Pris: 50,-

Bråthen, Svein; Tveter, Eivind; Solvoll, Gisle og Hanssen, Thor Erik Sandberg (2014): *Luftfartens betydning for utvalgte samfunnssektorer. Eksempler fra petroleum, kultur og sport*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1410. Molde: Møreforskning Molde AS. 98 s. Pris: 100,-

Kristoffersen, Steinar; Shlopak, Mikhail; Oppen, Johan og Jünge, Gabriele (2014): *Logistikkoptimalisering i BioMar Norge AS*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1409. Molde: Møreforskning Molde AS. 41 s. Pris: 50,-

Bråthen, Svein; Zhang, Wei og Rekdal, Jens (2014): *Todalsfjordforbindelsen. Anslag på trafikale og prissatte samfunnsøkonomiske konsekvenser*. Rapport/Møreforskning Molde AS nr. 1408. Molde: Møreforskning Molde AS. 47 s. Pris: 50,-

Witsø, Elisabeth (2014): *IA-holdningsbarometer Møre og Romsdal. Ledere og ansattes erfaringer med og syn på IA-arbeidet i virksomheten*. Rapport/Møreforskning Molde AS nr. 1407. Molde: Møreforskning Molde AS. 51 s. Pris: 100,-

Kristoffersen, Steinar; Jünge, Gabriele Hofinger og Shlopak, Mikhail (2014): *Planlegging, produksjon og prosessdata. Hva påvirker kvalitet og leveransepresisjon?* Rapport/Møreforskning Molde AS nr. 1406. Molde: Møreforskning Molde AS. 37 s. KONFIDENSIELL

Bergem, Bjørn G., Hervik, Arild og Oterhals, Oddmund (2014): *Supplier effects Ormen Lange 2008-2012*. Rapport/Møreforskning Molde AS nr. 1405. Molde: Møreforskning Molde AS 27 s. Pris: 50,-

Hervik, Arild; Bergem, Bjørn G. og Bræin, Lasse (2013) *Resultatmåling av brukerstyrt forskning 2012*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1404. Molde: Møreforskning Molde AS. 117 s. Pris: 150,-

Kaurstad, Guri; Witsø, Elisabet og Bachmann, Kari (2014): *Livsnær livshjelp. Rehabilitering i nærmiljøet*. Rapport / Møreforskning Molde As nr. 1403. Molde: Møreforskning Molde AS 35 s. Pris: 50,-

Bergem, Bjørn G., Hervik, Arild og Oterhals, Oddmund (2014): *Leverandøreffekter Ormen Lange 2008-2012*. Rapport /Møreforskning Molde AS nr. 1402. Molde: Møreforskning Molde AS 25 s. Pris: 50,-

Oterhals, Oddmund og Guvåg, Bjørn (2014): *Lean Shipbuilding II – Sluttrapport*. Rapport /Møreforskning Molde AS nr. 1401. Molde: Møreforskning Molde AS 29 s. Pris: 50,-

Rekdal, Jens; Larsen, Odd I; Løkketangen, Arne og Hamre, Tom N. (2013): *TraMod\_By Del 1: Etablering av nytt modellsystem. Revidert utgave av rapport 1203*. Rapport/Møreforskning Molde AS nr. 1313. Molde. Møreforskning Molde AS 206 s. Pris: 200,-

Oterhals, Oddmund; Jünge, Gabriele Hofinger og Johannessen, Gøran (2013): *Biomarine næringer i region Nordvest. Utviklingstrekk, status og potensialer for nye biomarine næringer*. Rapport/Møreforskning Molde AS nr. 1312. Molde. Møreforskning Molde AS 31.s. Pris: 50,-

Bråthen, Svein; Denstadli, Jon Martin, Eriksen, Knut. S; Thune-Larsen, Harald og Tveter, Eivind (2013): *Ferjefri E39 og mulige virkninger for lufthavnstruktur og hurtigbåtruter. En vurdering basert på en fullt utbygd E39*. Rapport/Møreforskning Molde AS nr. 1311. Molde. Møreforskning Molde AS 87 s. Pris: 100,-

Bremnes, Helge; Heen, Knut Peder og Hervik, Arild (2013): *Utredning av omstilling i Halden med og uten videreføring av IFEs øvrige forskningsaktiviteter etter dekommisjonering av Haldenreaktoren*. Rapport/Møreforskning Molde AS nr. 1310. Molde. Møreforskning Molde AS 47 s. Pris: 50,-

Heen, Knut Peder; Bremnes, Helge og Hervik, Arild (2013): *Utredning av den nærings- og forskningsmessige betydningen av IFEs nukleære virksomhet relatert til Haldenreaktoren*. Rapport/Møreforskning Molde AS nr. 1309. Molde. Møreforskning Molde AS 63 s. Pris: 100,-

Kaurstad, Guri; Bachmann, Kari og Oterhals, Geir (2013): *Gir deltagelse i frisklivscentralen i Molde et friskere liv? Deltagernes opplevelse av tilbudet, endring i fysiske parametere og helseatferd etter 3 måneder*. Rapport/Møreforskning Molde AS nr. 1308. Molde. Møreforskning Molde AS. 54 s- Pris: 100,-

Bremnes, Helge (2013): *Det regionale innovasjonssystemet i Møre og Romsdal. Møre og Romsdal som innovasjons- og kunnskapsregion*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1307. Molde. Møreforskning Molde AS . 55 s. Pris: 100,-

Oppen, Johan; Oterhals, Oddmund og Hasle, Geir (2013): *Logistikkutfordringer i RIR og NIR. Forprosjekt*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1305. Molde. Møreforskning Molde AS. 27 s. Pris: 50,-

Bergem, Bjørn G.; Bremnes, Helge; Hervik, Arild og Opdal, Øivind (2013): *Konsekvenser for Aukra som følge av utbyggingen av Ormen Lange. En oppsummering av analyser gjort av Møreforskning Molde*. Rapport /Møreforskning Molde AS nr. 1304. Molde. Møreforskning Molde AS. 33 s. Pris: 50,-

Johannessen, Gøran; Oterhals, Oddmund og Svindland, Morten (2013): *Sjøtransport Romsdal. Potensiale for økt sjøtransport i Romsdalsregionen*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1303. Molde. Møreforskning Molde AS. 33 s. Pris: 50,-

Rekdal, Jens og Zhang, Wei (2013): *Hamnsundsambandet. Trafikkberegninger og samfunnsøkonomisk kalkyle for 4 alternative traséer*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1302. Molde: Møreforskning Molde AS. 86 s. Pris: 100,-

Hervik, Arild; Bergem, Bjørn G. og Bræin, Lasse (2013) *Resultatmåling av brukerstyrt forskning 2011*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1301. Molde: Møreforskning Molde AS. 71 s. Pris: 100,-

## **ARBEIDSRAPPORTER / WORKING REPORTS**

Grønvik, Cecilie Utheim og Julnes, Signe Gunn (2015): *Innovative læringsaktiviteter bidro til at sykepleie studenter opplevde læringsutbytte i kvantitativ metode*. Arbeidsrapport / Møreforskning Molde AS AS nr. M 1501. Møreforskning Molde AS. 26 s. Pris: 50,-

Larsen, Odd I. (2014): *Validering av godstransportmodellen*. Arbeidsrapport / Møreforskning Molde AS nr. M 1403. Møreforskning Molde AS. 31 s. Pris: 50,-

Kaurstad, Guri; Hoemsnes, Helene; Ulvund, Ingeborg og Bachmann, Kari (2014): *Deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter blant barn og unge i Kristiansund. Levekårsprosjektet i Kristiansund*. Arbeidsrapport / Møreforskning Molde AS nr. M 1402. Møreforskning Molde AS. 75 s. Pris: 100,-

Rye, Mette (2014): *Merkostnad i privat sektor i sone 1A og 4A etter omlegging av differensiert arbeidsgiveravgift. Estimert for 2014*. Arbeidsrapport / Møreforskning Molde AS nr. M 1401. Møreforskning Molde AS. 22 s. Pris: 50,-

Kaurstad, Guri og Bachmann, Kari (2013): *Kvalitet i alle ledd. En analyse av endringsbehov i utrednings og behandlingslinjer for barn og unge med behov for sammensatte og koordinerte tjenester*. Arbeidsrapport / Møreforskning Molde AS nr. M 1303. Møreforskning Molde AS. 35 s. Pris: 50,-

Berge, Dag Magne (2013): *Utdanningsbehov, rekruttering og globalisering. Resultater fra en spørreskjemaundersøkelse blant bedrifter i den maritime klyngen i Møre og Romsdal*. Arbeidsrapport / Møreforskning Molde AS nr. M 1302. Møreforskning Molde AS. 46 s. Pris: 50,-

Rye, Mette (2013) *Merkostnad i privat sektor i sone 1A og 4A etter omlegging av differensiert arbeidsgiveravgift*. Arbeidsrapport / Møreforskning Molde AS nr. M 1301. Møreforskning Molde AS. 17 s. Pris: 50,-

## ARBEIDSNOTATER / WORKING PAPERS

May Østby, Kari Høium, Thrine Marie Nøst Bromstad, Yngvar Bjarne Hurlen, Randi Brevik, Claus A. Giskemo, Lars Klintwall (2015) *"Jeg ønsker å lese bedre!" : intensiv leseopplæring for en elev med ADHD*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, nr. 2015:3. Molde: Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk. Pris: 50,-

Bakken, Hege (2015) *"Mulig det finnes en angreknapp?" : mestringstillit og IKT-kompetanse hos den voksne deltids vernepleierstudent*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, nr. 2015:2. Molde: Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk. Pris: 50,-

Norlund, Ellen Karoline (2015) *Supply vessel planning under cost, environment and robustness Considerations*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, nr. 2015:1. Molde: Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk. Pris: 50,-

Dale, Karl Yngvar (2014) *Traumatic stress, personality and psychobiological health : conceptualizations and research findings*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, nr. 2014:6. Molde: Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk. Pris: 50,-

Norlund, Ellen Karoline; Gribkovskaia, Irina (2014) *Environmental performance of speed optimization strategies in offshore supply vessel planning under weather uncertainty*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, nr. 2014:5. Molde : Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk. Pris: 50,-

Dale, Karl Yngvar; Ødegård, Atle (2014) *Examining the Construct of Dissociation within the Framework of G-theory*. Arbeidsnotat : Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, 2014:4. Molde: Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk. Pris: 50,-

Iversen, Hans Petter; Folland, Thore (2014) *Psykisk helsearbeid i Romsdalskommunene : organisering og ledelse : kommunenettverket*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, nr. 2014:2. Molde: Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk. Pris: 50,-

Solenes, Oskar; Dolles, Harald; Gammelsæter, Hallgeir; Kåfjord, Sondre; Rekdal, Eddie; Straume, Solveig; Egilsson, Birnir (2014) *Toppfotballens betydning for vertsregionen : en studie av Molde Fotballklubb's betydning for Molderegionen*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, nr. 2014:1. Molde : Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk. Pris: 100,-

Halskau sr., Øyvind og Jörnsten, Kurt (2013) *Some new bounds for the travelling salesman problem*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, nr. 2013:7. Molde : Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk. Pris: 50,-

Jæger, Bjørn; Rudra, Amit; Aitken, Ashley; Chang, Vanessa; Helgheim, Berit Irene (2014) *ERP usage in global supply chains : educational resources*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, nr. 2013:6. Molde : Høgskolen i Molde. Pris: 50,-

Pet'o, Miroslav; Jæger, Bjørn; Helgheim, Berit Irene (2014) *Information and communication aspects of logistics operations and their significance for managerial decision making*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, nr. 2013:5. Molde : Høgskolen i Molde. Pris: 50,-

Berge, Dag Magne (2013) *Innovasjon og politikk : om innovasjon i offentlig sektor*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde, nr. 2013:4. Molde : Høgskolen i Molde. Pris: 100,-

Bråthen, Svein og Zhang, Wei (2013) *Operativ organisering av lufttrafikkjenesten : anslag på lokal sysselsetting og produksjonsverdi*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde, nr. 2013:3. Molde : Høgskolen i Molde. Pris: 50,-

Bråthen, Svein; Kurtzhals, Joakim H. og Zhang, Wei (2013) *Masterplan for Trondheim Lufthavn Værnes 2012 : oppdaterte samfunnsøkonomiske analyser*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde, nr. 2013:2. Molde : Høgskolen i Molde. Pris: 50,-

Kjersem, Lise; Opdal, Øivind og Aarseth, Turid (2013) *Helsemessige effekter av opphold på Solgården : har et toukers opphold på Solgården målbare effekter på eldres liv og helse?* Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde, nr. 2013:1. Molde : Høgskolen i Molde. Pris: 50,-

TFS 2015-08-18





**MØREFORSKING**

MOLDE

MØREFORSKING MOLDE AS

Britvegen 4

NO-6410 Molde

TEL +47 71 21 40 00

mfm@himolde.no

www.moreforsk.no

NO 984 369 344



**MØREFORSKING**



**Høgskolen i Molde**  
Vitenskapelig høgskole i logistikk

---