



DET KONGELEGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 24

(2022–2023)

Melding til Stortinget

Fellesskap og meistring

Bu trygt heime





DET KONGELEGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 24

(2022–2023)

Melding til Stortinget

Fellesskap og meistring

Bu trygt heime

Innhald

1	Innleiing og samandrag	7	2.7	Berekraft og behov for nye	
1.1	Bakgrunn og avgrensing	9		løysingar	44
1.2	Forholdet til andre arbeid	10	2.8	Gjennomføring av reforma	44
1.3	Samandrag	11	2.8.1	Ein heilskapleg gjennomførings-	
				plan	45
2	Aldring – utviklingstrekk		2.8.2	Støtte til utvikling	45
	og utfordringar	19			
2.1	Eldrebefolkninga	19	3	Levande lokalsamfunn	47
2.1.1	Den demografiske utviklinga	19	3.1	Inkluderande nærmiljø og	
2.1.2	Grunnlag for god helse	20		aktive eldre	47
2.1.3	Betydninga av kjønn, kultur,		3.1.1	Alders- og demensvennlege	
	språk og legning	22		omgivnader	48
2.1.4	Behovet for kommunale helse-		3.1.2	Mobilitet og aldersvennleg	
	og omsorgstenester	23		transport	49
2.2	Pårørande	26	3.1.3	Aldersvennleg digitalisering	50
2.2.1	Færre pårørande	26	3.1.4	Aktive eldre	51
2.2.2	Manglande varetaking		3.2	Deltaking og samskaping	54
	av pårørande	27	3.2.1	Deltaking og medverknad	54
2.2.3	Kjønnsforskjellar	28	3.2.2	Samskaping og partnerskap	55
2.3	Inkludering og deltaking	28	3.2.3	Aldersvennleg frivilligheit	56
2.3.1	Medverknad	28	3.3	Planlegging for ein betre	
2.3.2	Kultur og møteplassar	29		alderdom	60
2.3.3	Digital kompetanse	29	3.3.1	Planlegging som verktøy for	
2.3.4	Frivilligheita	30		aldersvennlege lokalsamfunn	60
2.3.5	Transport	30	3.3.2	Eiga planlegging	60
2.3.6	Næringsliv	31	3.3.3	Lengre arbeidsliv	61
2.4	Bustad og planlegging	32	3.4	Program for eit aldersvennleg	
2.4.1	Bustadsituasjonen for dei eldre	32		Noreg 2030	62
2.4.2	Planlegging av eigen		3.4.1	Meiningsfulle møteplassar	63
	busituasjon	33	3.4.2	Aldersvennleg transport	63
2.4.3	Den kommunale planlegginga		3.4.3	Mobilisering av seniorkrafta	63
	for eldrebustader	33	3.4.4	Samskaping og partnerskap	63
2.4.4	Branntryggleik	34	3.4.5	Planlegging for ein betre	
2.5	Medarbeidarar	34		alderdom	63
2.5.1	Rekruttere og behalde	35	4	Bustadtilpassing og	
2.5.2	Utdanning	35		-planlegging	65
2.5.3	Kompetanse	36	4.1	Eldrebustadprogrammet	65
2.5.4	Leiing	37	4.2	Rettleiing og planlegging	66
2.5.5	Oppgåvedeling	37	4.2.1	Styrke rettleiarrolla til	
2.5.6	Forskning og kunnskapsbasert			Husbanken overfor	
	praksis	37		kommunane	66
2.5.7	Lengre arbeidsliv	38	4.2.2	Styrke planleggings-	
2.6	Helse- og omsorgstenestene	38		kompetansen i kommunane	66
2.6.1	Allmennlegetenesta	38	4.2.3	Bustadrådgeving retta mot	
2.6.2	Omsorgstenester	39		enkeltpersonar	67
2.6.3	Variasjon mellom kommunar	40	4.2.4	Auka kunnskap om buformer	
2.6.4	Bruk av spesialisthelsetenester	41		som er eigna for personar	
2.6.5	Samhandling	41		med demens	67
2.6.6	Digitalisering og velferds-		4.2.5	Evaluerer plankravet for	
	teknologi	42		investeringstilskotet til	
2.6.7	Hjelpemiddel	43		heildøgns omsorgsplassar	68
2.6.8	Klima og helse	44			

4.2.6	Brannførebygging	68	5.4	Kvalitet og leiing	94
4.3	Planlegging av eigen busituasjon	69	5.4.1	Styrke leiingskompetanse	94
4.3.1	Informasjonskampanje	69	5.4.2	Kvalitetsforbetring og pasient- og brukartryggleik	95
4.3.2	Gjere det enklare for eldre å tilpasse eigen bustad	70	5.5	Forsking og kunnskapsbasert praksis	96
4.3.3	Gjere startlånordninga betre kjend	70	5.5.1	Kunnskaps- og forskings-system	96
4.3.4	Buutgifter og bustøtte	70	5.5.2	Forsking på berekraftige tenester	97
4.3.5	Lån til bustadkvalitet frå Husbanken	71	5.5.3	Meir forsking om, i og med kommunane	97
4.3.6	Tilskot frå kommunane	71			
4.3.7	Buhjelpemiddel og tilpassing av bustad	71	6	Tryggleik for brukarar og støtte til pårørande	101
4.4	Fleire sosiale buformer	72	6.1	Den nye heimetenesta	101
4.4.1	Tryggleiksbustader	72	6.2	Førebyggjande og aktivitetsfremmande tenester	102
4.4.2	Vidareføre det distriktsretta arbeidet til Husbanken	73	6.2.1	Aktivitet	102
4.4.3	Auke kunnskapen om eigna bustader for eldre	73	6.2.2	Meistring og mobilisering	104
4.4.4	Samarbeid med bustad- og byggebransjen og finansnæringa	74	6.2.3	Mat og ernæring	106
			6.3	Kvalitet og kapasitet	108
5	Kompetente og myndiggjorde medarbeidarar	77	6.3.1	Gode og trygge helse- og omsorgstenester	108
5.1	Tillit	78	6.3.2	Innovasjon og samhandling	116
5.1.1	Heiltid og deltid	79	6.4	Støtte til pårørande	121
5.1.2	Rekruttere og behalde tilsette	80	6.4.1	Kunnskap om pårørande	121
5.2	Kompetanse	82	6.4.2	Støtte og avlasting for pårørande	122
5.2.1	Auka kvalifisering av tilsette gjennom grunn- og vidareutdanning	83	6.4.3	Rettane til pårørande	124
5.2.2	Særlege kompetansebehov	85	7	Økonomiske og administrative konsekvensar	127
5.3	Omstilling og organisering	89			
5.3.1	Betre oppgåvedeling	90			
5.3.2	Tidleg innsats og tiltak mot funksjonsfall	91			
				Litteraturliste	128



DET KONGELEGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 24

(2022–2023)

Melding til Stortinget

Fellesskap og meistring

Bu trygt heime

*Tilråding frå Helse- og omsorgsdepartementet 16. juni 2023,
godkjend i statsråd same dagen.
(Regjeringa Støre)*



Figur 1.1

1 Innleiing og samandrag

Utgangspunktet for Bu trygt heime-reforma er at etterkrigsbarna er i ferd med å bli våre eldre. Og dei er mange. Vi har no passert éin million pensjonistar. Dei som når pensjonsalder i Noreg i dag, kan forvente å leve i to tiår som pensjonistar. Ei aldrende befolkning er ei av dei viktigaste samfunnsendingane vi står overfor, saman med teknologisk utvikling og klimaendingar. Eldredelen aukar i heile befolkninga, men vil særleg prege dei minst sentrale delane av landet. Samtidig held mange eldre seg friske og i god form lenge. Det er eit tydeleg teikn på at fellesskapsløysingane i velferdsstaten har bidratt til god folkehelse og gode helse- og omsorgstenester som når alle.

Sjølv om vi lever stadig lengre og mange eldre held seg friske, må vi samtidig planlegge for at fleire vil ha behov for helse- og omsorgstenester i framtida. Og at befolkninga samla sett blir endra, gjennom blant anna færre i yrkesaktiv alder. Regjeringa vil trygge og vidareutvikle vår felles helseteneste for dagens og framtidas eldre. Ein føresetnad for at fleire skal kunne bu heime lengre, er at den enkelte og pårørande kjenner seg trygge på at det finst eit godt tenestetilbod når behovet oppstår. Samtidig er det eit stort potensial for friskare aldring viss vi gjer helsefremmande tiltak tidlegare. Regjeringa vil i tråd med Hurdalsplattforma jobbe for å skape eit helsefremmande samfunn som førebygger sjukdom, og sikrar gode og likeverdige tenester i heile landet. Eldre skal vere trygge på at fellesskapet stiller opp.

Konsekvensane av ei aldrende befolkning er inga «bølge» som trekker seg tilbake, men ei utvikling som kjem til å prege det norske samfunnet i lang tid. Det må vi ta høgde for i all planlegging og politikktvikling. Å bidra til løysingar som legg til rette for at flest mogleg skal oppleve meistring og kunne leve gode, sjølvstendige liv, samtidig som ein tenker nytt om korleis ein møter den demografiske utviklinga på tvers av sektorar, vil vere heilt sentralt for å sikre berekrafta til velferdssamfunnet.

Vi må tenke nytt, og vi må tenke saman – som å sjå samanhangen mellom eit godt og helsefremmande lokalsamfunn, samarbeid med sivilsamfunnet, ein tilpassa bustad og behovet for

helse- og omsorgstenester. Vi skal styrke det som verkar og det som kommunane allereie er i gong med. Samtidig skal vi vri innsatsen mot nye område, som samskaping, planlegging for ein betre alderdom, betre oppgåvedeling, faste team og førebyggjande og aktivitetsfremmande tenester. Skal vi lukkast med målet om ein trygg alderdom må vi følge fleire spor, som auka vektlegging av folkehelse og førebygging, meir alders- og demensvennlege løysingar og vidareutvikle helse- og omsorgstenestene. Derfor har vi allereie frå oppstart sørgt for at innhaldet blir utarbeidd på tvers av seks ulike departement. Stortingsmeldinga blir fremma av Helse- og omsorgsdepartementet, men er utarbeidd av og skal bli følgd opp i samarbeid med Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Kommunal- og distriktsdepartementet, Kultur- og likestillingsdepartementet, Kunnskapsdepartementet og Samferdselsdepartementet.

Mål

Dei aller fleste eldre i Noreg lever gode og aktive liv, og dei som har behov for velferdstenester, opplever god støtte og hjelp. Samtidig veit vi at det for ofte sviktar i tilbodet til eldre, og at mange møter unøwendige utfordringar.

Dei overordna måla med reforma er å bidra til at eldre kan bu trygt heime, og at behovet for helse- og omsorgstenester blir utsett gjennom betre planlegging, styrkt førebygging og meir målretta tenester. Vidare vil vi sikre betre bruk av personell og dei samla ressursane, og gjennom dette bidra til at alle som treng det får tilgang på gode og trygge tenester.

Dei overordna måla blir følgde opp med klare ambisjonar og innsats på tvers av samfunnssektorane og skal bidra til

- levande og aldersvennlege lokalsamfunn som støttar opp under aktivitet, deltaking og møte mellom generasjonar
- at fleire skal ha tilgang til ein eigna bustad i eit aldersvennleg bumiljø
- informasjon om korleis ein kan gjere eigen bustad aldersvennleg, er lett tilgjengeleg og kjend for innbyggarane i alle kommunane

- auka bruk av helse- og velferdsteknologi som legg til rette for at fleire eldre kan bu heime lengre
- tillitsbaserte tenester som gjer at eldre opplever føreseielegheit i eigen heim, og har færre tilsette å forhalde seg til
- at dei som jobbar nærast dei eldre har rett kompetanse, og får meir ansvar og tillit
- å utvikle tenestene slik at eldre og pårørande er trygge på at fellesskapet stiller opp når det er behov for det
- varetaking av pårørande sine rettar til tilrette- lagd informasjon og medverknad saman med brukaren/pasienten

Nasjonale kvalitetsindikatorar skal bli nytta for å følge utviklinga. For dei områda som manglar data skal det bli utvikla indikatorar, som for helsefremmande og førebyggjande tiltak. Dette gjeld også for tiltak som blir greidde ut i reformperioden.

I tråd med Hurdalsplattforma vil regjeringa jobbe for eit aldersvennleg samfunn, prega av openheit, tryggleik og rettferdigheit. Regjeringa vil ha eit fellesskap med eit sterkt tryggingnett med velferdstenester for dei som treng det permanent eller i fasar av livet. Fellesskap og meistring handlar om å skape openheit, tryggleik og rettferdigheit. Derfor legg regjeringa desse verdiane til grunn for meldinga.

Motverke sosiale forskjellar gjennom gode fellesskaps- løysingar

Folkehelsa i Noreg er generelt god og levealderen høg. Men det er samtidig store sosiale helseforskjellar. Eldre med låg sosioøkonomisk posisjon har i gjennomsnitt fleire sjukdommar, helseplager og skadar og oftare nedsett funksjonsevne enn eldre med høg sosioøkonomisk posisjon. Lang utdanning er assosiert med sunn aldring og høgare levealder. Dei med lengst utdanning lever i snitt 5–6 år lenger enn dei med lågast utdanningsnivå. Gruppa med låg sosioøkonomisk posisjon har minst ressursar til å ta hand om si eiga helse.

Regjeringa vil ha eit samfunn med eit sterkt tryggingnett med velferdstenester for dei som treng det. Gode og likeverdige helse- og omsorgstenester er ein viktig føresetnad for å redusere sosiale forskjellar i helse. I tråd med Hurdalsplattforma har regjeringa løfta fram utjamning av sosiale helseforskjellar som den viktigaste prioriteringa i Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelse- meldinga*.

I møte dei demografiske endringane, trengst fellesskapsløysingar meir enn nokon gong. Regjeringa ønsker ei sterk, offentleg helseteneste i alle landet sine kommunar og samarbeid med gode ideelle aktørar som bygger på langsiktige avtalar.

Det er den offentlege helsetenesta som er det beste forsvaret mot auka forskjellar og vårt fremste verktøy for å skape tryggleik for den einskilde, uansett kor ein bur og uavhengig av sosioøkonomiske føresetnader.

Å sørge for at vår felles helse- og omsorgsteneste framleis bidrar til at folk kan leve gode, trygge liv i åra som kjem, er ein del av samfunnskontrakten. Når behova til innbyggjarane blir meir komplekse, krev det større samanheng mellom dei kommunale tenestene. Mangel på personell gjer at vi vi først og fremst må sørge for at den felles, offentlege helsa og omsorgstenesta vår er godt bemanna med rett kompetanse. Vi må ha ei heilskapleg tilnærming for å sikre berekraftige og likeverdige helse- og omsorgstenester over heile landet. Eldreomsorga må henge saman, og ikkje bli stykka opp. Det er fellesskapet sitt ansvar å stille opp, med tilpassa hjelp ut frå behov. Det handlar om å skape tryggleik og meistring i fellesskap.

Openheit om aldring

Livet er prega av ulike overgangar. Nokre er klart definerte gjennom til dømes alder, som å starte på skulen eller å bli konfirmert. Andre er meir fysiologisk funderte, som å komme i puberteten. Det å bli eldre aukar risikoen for kroniske sjukdommar, nedsett syn og høyrsel og dessutan generelt funksjonstap. Aldring er ein naturleg prosess.

I alderdomen kan helsetilstand og funksjon bli endra raskt. Dette må bli fanga opp, og vi må ha ei teneste som ser og merkar dette. Samtidig kan desse «ventesonene» skape uvisse, som vi må ha openheit om. Det må vere eit samspel mellom tenesta og brukar og pårørande. Vidare må vi ha fleksibilitet i systemet på ein anna måte enn vi har hatt til i dag. Ha noko som fyller mellomromma.

For mange er det å bli eldre knytt til ei førestilling om hjelpeløyse og sjukdom, og for dei som er eldre, kan denne typen haldningar bidra til at ein kjenner seg ekskludert eller blir møtt med låge forventningar.¹ Normale aldringsprosessar kan vere krevjande for mange. At ein blir møtt med negative og stigmatiserande haldningar i tillegg, er ingen tente med. Det er behov for meir openheit om normale aldringsprosessar, og regje-

¹ Comte Bureau (2022).

ringa vil rette merksemda mot dei positive sidene ved ei aldrande befolkning. Gjennom openheit og kunnskap kan vi bidra til mindre fordommar og eit meir alders- og demensvennleg samfunn for alle.

Tryggleik og tilhøyrse for alle

Tryggleik er ingen klart definert storleik, og kva som blir opplevd som trygt, vil variere. Det å kjenne tilhøyrse til nærmiljøet er for mange eldre viktig for å kjenne seg trygg. Gjennom tilhøyrse til staden ein bur, har ein tilgang på sosiale og kulturelle møteplassar, og ein kan vere aktiv i lokalsamfunnet, bidra og kjenne seg nyttig.

Å kunne delta i sosiale nettverk og aktivitetar og ha moglegheit for personleg utfolding er viktig for menneske i alle aldrar. Det å kjenne seg integrert og inkludert i aktivitetar og nettverk skaper sosiale band og handlar om å kunne bidra og bety noko for nokon andre enn seg sjølv. Vi må utvikle rause samfunn, der det er plass til alle, og der vi kan hjelpe kvarandre. Regjeringa vil bidra til levande lokalsamfunn for alle og legge til rette for eit samfunn der ulike grupper og generasjonar eksisterer saman.

Innspel til reformarbeidet

I arbeidet med utviklinga av reforma har regjeringa lagt til rette for innspel frå brukar- og pårørandeorganisasjonar, fagorganisasjonar, kommunar, råd, kompetansemiljø og næringsliv. Det er gjennomført eit innspelsmøte med samiske eldre i samarbeid med Várdobáiki samisk senter og Sametingets eldreråd, som gav verdifulle bidrag og perspektiv til reforma. Vidare blei det inviterte til tradisjonelle innspelsmøte og til fire regionale dialogmøte; eitt møte for kvart innsatsområde i reforma.

I dei regionale dialogmøta blei deltakarane delte i blanda grupper på 3–6 personar, som veksle mellom individuelt og gruppevis arbeid. Gjennomgåande oppgåver for alle dialogmøta var å svare på kva som er viktig for at eldre menneske skal kunne bu trygt heime lengre, og komme med forslag til kva som kan bli gjort for å nå eit slikt mål.

Denne prosessen har gitt oss verdifulle innspel, erfaringar og forslag til tiltak. Innspela er kort refererte i boksen under og er samanfatta av Comte Bureau AS i ein eigen rapport som er tilgjengeleg på regjeringa.no.²

² Comte Bureau AS (2022).

Boks 1.1 Regionale dialogmøte

Alle dei fire dialogmøta hadde det same innleiande spørsmålet: «Kva er viktig for at eldre menneske kan bu trygt heime lengre?». I rapporten sin framhever Comte Bureau AS tre grunnleggjande behov, basert på innspela til deltakarane:

1. Eg treng å kjenne tilhøyrse til staden der eg bur.
2. Eg treng oversikt over kva eg bør gjere.
3. Eg må kjenne meg nyttig.

Vidare blei deltakarane bedde om å drøfte utfordringar. Det er fem utfordringar som er trekte fram som sentrale for reforma:

1. Infrastrukturen, planlegginga og organiseringa i lokalsamfunna er eit hinder.
2. Bustadmassen og -marknaden er aldersfiendtleg.
3. Tenestene blir ikkje i stor nok grad samskapte med dei eldre og deira pårørande.
4. Det er behov for ny kompetanse og nye samarbeid.
5. Vi må vekke seniorkrafta.

1.1 Bakgrunn og avgrensing

Reforma bygger på eit utfordringsbilete som er knytt til den demografiske utviklinga. At både andelen og talet på eldre aukar i befolkninga, er velkjend og eit teikn på betra levekår og betre helse i befolkninga. Uttrykket «eldre» blir tradisjonelt brukt om personar over ein viss alder, som til dømes 67 år eller 80 år. Målgruppa for Bu trygt heime-reforma er eldre, men vi ønsker ikkje å avgrense det til ei spesifikk aldersgruppe, då målet er å invitere breitt, både enkeltindivid, frivillige, næringsliv og offentlege tenester, og til tidleg innsats og meir forebygging. For enkeltpersonar handlar dette om å planlegge for eigen alderdom. Gjennom store delar av livet planlegg og legg vi til rette for ulike livsfasar, men kva vi vil trenge når vi blir gamle, er noko mange utset å tenke på. Og at vi som samfunn i større grad må ta innover oss dei samfunnsmessige endringane og sørge for at vi tenker eldrepolitikk utanfor den tradisjonelle boksen – helse- og omsorgstenester.

Det er behov for å sjå på nye løysingar som bidrar til at fleire tar aktive val for å førebu eigen alderdom, og samfunnet må bli innretta og endra i

takt med den store auken i talet på eldre. Dette er endringar ein bør starte med tidleg.

Namnet Fellesskap og meistring – Bu trygt heime knyter seg til at dei aller fleste eldre i dag og i framtida kjem til å bu heime. Målet til regjeringa er at den enkelte og deira pårørende skal oppleve dette som eit trygt og godt val. Samtidig er det slik at det å bu heime ikkje nødvendigvis er ei løysing for alle, og det vil framleis vere eit stort og aukande behov for sjukeheimplassar for eldre i den siste livsfasen. Arbeidet omfattar derfor alle buformer, frå den opphavlege bustaden til den enkelte via ulike nye og sosiale buformer til heildøgns omsorgsplassar. Vi må ha ulike butilbod tilpassa bistands- og hjelpebehovet til den enkelte, noko som ofte er omtalt som bustad- og tenestetrappa, men ein må i større grad sjå på moglegheiter for å utvide dei nedste stega i trappa med eigna bustader og tilrettelagde buformer, og redusere andelen som bur i ein ueigna bustad. Vidare vil samlokalisering og stadsutvikling gjere det lettare for eldre å komme seg til aktivitets- og servicetilbod på eiga hand, samtidig som det kan bidra til meir effektiv utnytting av personellressursar.

Bu trygt heime-reforma er som nemnd innleiingsvis ikkje avgrensa til helse- og omsorgstenester, og er utarbeidd av Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Kommunal- og distriktsdepartementet, Kultur- og likestillingsdepartementet, Kunnskapsdepartementet og Samferdselsdepartementet. Bakgrunnen for dette er at dei demografiske endringane påverkar heile samfunnet og ligg som ein premiss for alt vi gjer for å sikre berekraft og velferd for dei neste generasjonane. Det er derfor viktig for oss alle å finne løysingar for at fleire eldre skal kunne bu trygt heime, og at vi på denne måten kan bidra til å nå hovudmålet, nemleg at eldre skal få bu i eigen bustad lengst mogleg, dersom dei kan og vil.

1.2 Forholdet til andre arbeid

Bu trygt heime-reforma bygger på erfaringar frå Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet* og tilhøyrande planar og utviklingsarbeid som er i gang, som til dømes *Demensplan 2025*, *Kompetanseløft 2025*, *Vi – de pårørende (pårørandestategien)*, *Nasjonalt velferdsteknologi-program*, *handlingsplanen for universell utforming* og *programmet for et aldersvennlig Norge*. Bu trygt heime-reforma bygger på og vidareutviklar det gode arbeidet kommunane er i gang med gjennom desse satsingane.

Dei overordna rammene for helse- og omsorgspolitikken til regjeringa vil bli lagde gjennom folkehelsemeldinga, Nasjonal helse- og samhandlingsplan og helseberedskapsmeldinga:

- Gjennom Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga* vil regjeringa legge til rette for at vi kan få fleire friske og aktive leveår, og at folkehelse og førebygging i langt større grad skal gjennomsyre politikk- og samfunnsutvikling og helse- og omsorgstenestene.
- I Nasjonal helse- og samhandlingsplan vil samhandling både mellom dei kommunale helse- og omsorgstenestene og spesialisthelsetenesta og internt i den kommunale helse- og omsorgstenesta bli omtalt. Betre samhandling er sentralt for å kunne gi pasientar og brukarar den hjelpa dei har behov for, til rett tid, på rett stad og med personell som har rett kompetanse. Regjeringa tar sikte på å legge fram Nasjonal helse- og samhandlingsplan i løpet av 2023.
- Helseberedskapsmeldinga vil handle om korleis Noreg skal kunne vere førebudd på å handtere kriser som kan ramme helse- og omsorgssektoren. Regjeringa tar sikte på å legge fram ei helseberedskapsmelding i løpet av 2023.

Innanfor dei overordna rammene har regjeringa lagt frem Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse*, og regjeringa vil også legge fram førebyggings- og behandlingsreforma for rusfeltet og vidareutvikle og styrke allmennlegetenestene. Alt dette er relevant for arbeidet med Bu trygt heime-reforma.

Bustadtilpassing og -planlegging er eit viktig innsatsområde i reforma. Reforma vil bli sett i samheng med regjeringa sitt arbeid med ei stortingsmelding om ein heilskapleg bustadpolitikk. Dei endra bustadbehova som følge av at vi blir stadig fleire eldre, vil vere eit sentralt tema i meldinga. Ho vil ta føre seg kommunane si rolle i å jamne ut sosiale og geografiske skilnader, og legge vekt på verdien av gode nærmiljø i bygd og by. Meldinga vil også sjå på korleis Husbanken kan få ei fornya rolle i bustadpolitikken. Regjeringa vil legge fram bustadmeldinga våren 2024.

Vi har ikkje éin bustadmarknad i Noreg. Det er store geografiske skilnader, og utfordringsbiletet varierer mellom ulike delar av landet og frå kommune til kommune. Mange distriktskommunar har små, usikre og stagnerande bustadmarknader og ein einsidig bustadmasse. Bustadtilgang og gode bumiljø i distriktskommunar er også tema i distriktsmeldinga som blir lagd fram sommaren 2023.

Helsepersonellkommissjonen overleverte utgreiing si, NOU 2023: 4 *Tid for handling*, til regjeringa

i februar 2023. Kommisjonen har gitt ei heilskapleg og kunnskapsbasert vurdering av behova for personell og kompetanse fram mot 2040, sett i lys av sentrale utviklingstrekk og behovet for å ta vare på ei berekraftig og samanhengande helse- og omsorgsteneste. Meir konkret går kommisjonen nærare inn på tiltak for å utdanne, rekruttere og behalde personell i helse- og omsorgstenestene i heile landet på kort og lang sikt, gitt utviklingstrekk som vil påverke tilbodet av og etterspurnaden etter helse- og omsorgstenester i åra framover.

1.3 Samandrag

Ei aldrande befolkning er ei av dei viktigaste samfunnsendingane vi står overfor, saman med teknologisk utvikling og klimaendingar. Eldredelen aukar i heile befolkninga, men vil særleg prege dei minst sentrale delane av landet. Å bidra til løysingar som legg til rette for at flest mogleg skal oppleve meistring og kunne leve gode, sjølvstendige liv, samtidig som ein tenker nytt om korleis ein møter den demografiske utviklinga på tvers av sektorar, vil vere heilt sentralt for å sikre berekrafta til velferdssamfunnet.

I denne meldinga løftar regjeringa mål og målsettingar for å møte dei demografiske endringane.

Dei overordna måla med reforma er å bidra til at eldre kan bu trygt heime, og at behovet for helse- og omsorgstenester blir utsette gjennom betre planlegging, styrkt førebygging og meir målretta tenester. Vidare vil vi sikre betre bruk av personell og dei samla ressursane, og gjennom dette bidra til at alle som treng det får tilgang på gode og trygge tenester.

Dei overordna måla blir følgt opp med klare ambisjonar og innsats på tvers av samfunnssektorane og skal bidra til:

- levande og aldersvennlege lokalsamfunn som støttar opp under aktivitet, deltaking og møte mellom generasjonar
- at fleire skal ha tilgang til ein eigna bustad i eit aldersvennleg bumiljø
- informasjon om korleis ein kan gjere eigen bustad aldersvennleg, er lett tilgjengeleg og kjend for innbyggjarane i alle kommunane
- auka bruk av helse- og velferdsteknologi som legg til rette for at fleire eldre kan bu heime lenger
- tillitsbaserte tenester som gjer at eldre opplever føreseielegheit i eigen heim, og har færre tilsette å forhalde seg til
- at dei som jobbar nærast dei eldre har rett kompetanse, og får meir ansvar og tillit

- å utvikle tenestene slik at eldre og pårørande er trygge på at fellesskapet stiller opp når det er behov for det
- varetaking av pårørande sine rettar til tilrettelegd informasjon og medverknad saman med brukaren/pasienten

Utviklingstrekk og utfordringar

Kapittel 2 tar utgangspunkt i konsekvensar og moglegheiter som følger av dei demografiske endringane, knytte til sentrale kjenneteikn ved eldrebefolkninga og vilkåra for god helse. Til dømes har dei kommande generasjonane eldre andre føresetnader, ressursar og preferansar enn tidlegare generasjonar. Stadig fleire har utdanning og betre økonomi. Det gir moglegheiter for nye måtar å leve aktive liv på, også som eldre. Kapitlet omhandlar blant anna følgande utfordringar og moglegheiter:

- Friskare aldring: Eldre i dag har eit betre funksjonsnivå enn før, men mange lever med kroniske sjukdommar og nedsett funksjonsevne, særleg eldre over 80 år.
- Auke i behovet for helse- og omsorgstenester: Framskrivningar av helsetenesteburk viser at dei over 70 år vil stå for så å seie all forventa auke i bruk av offentlege helse- og omsorgstenester fram til 2040.
- Fleire med demens: Sidan vi lever lengre og det vil bli fleire eldre dei neste tiåra, er talet på personar med demens venta å auke kraftig.
- Pårørande: Ein aukande del eldre og færre i arbeidsfør alder gjer at det blir færre pårørande per eldre. Mange pårørande etterlyser hjelp, rettleiing eller støtte for egne behov som pårørande.
- Medverknad og sosiale møteplassar: Mange eldre opplever at det er få tilbod, eller at innhaldet i tilboda ikkje treffer.
- Digital kompetanse: Dei aller fleste er i stand til å bruke sentrale digitale tenester, men eldre er blant dei med låg digital kompetanse.
- Frivilligheit: Mange eldre deltar i frivillig arbeid, men det er samtidig ei målsetting at fleire skal bidra.
- Transport: Det er utfordringar knytte til transport for å få gjennomført daglege gjeremål og sosiale aktivitetar, særleg i distrikta.
- Bustader: Det er mangel på eigna bustader for eldre, særleg i distriktskommunar.
- Planlegging: Mange mindre kommunar manglar planleggingskompetanse eller har låg kapasitet.
- Rekruttering: Veksten i tilgjengeleg arbeidskraft vil bremse kraftig, og mange kommunar

har utfordringar med å rekruttere og behalde personell i dag.

- Leing: Det er store utfordringar knytt til at det er få leiarar og låg leiarkompetanse.
- Samhandling: Mange opplever helse- og omsorgstenestene som fragmenterte og lite koordinerte.
- Digitalisering: Det er framleis ei rekke barrierar knytt til innføring av velferdsteknologi – organisatoriske, kulturelle og tekniske barrierar, i tillegg til manglande kompetanse – som må bli fjerna.

Heilskapleg gjennomføringsplan

For å nå målet om at eldre skal kunne bu i eigen bustad lengst mogleg dersom dei kan og vil, legg Bu trygt heime-reforma til grunn at staten i større grad enn i dag skal samle innsats og verkemiddel på tvers av samfunnssektorane og departementa. For å få til dette vil regjeringa etablere eit tydelegare tverrdepartementalt samarbeid. På tilsvarende måte vil regjeringa vurdere ein eigna samarbeidsstruktur mellom dei underliggjande etatane til departementa det gjeld, og trekke regionale statsorgan inn i arbeidet. Det ligg eit stort potensial i betre samordning av nasjonale og regionale aktørar, både dei som bidrar inn i nasjonalt utviklingsarbeid, og dei som bidrar i spreing og implementering av nasjonale satsingar og initiativ.

Regjeringa legg til grunn at gjennomføringa av mål og tiltak som hovudregel skal skje gjennom frie inntekter til kommunane. Satsing gjennom dei frie inntektene til kommunane bidrar til forenkling og føreseielegheit for kommunane og legg til rette for at kommunar og fylkeskommunar over heile landet skal vere i stand til å tilby nødvendige og tilpassa velferdstenester. Regjeringa vil legge til rette for at folk kan bu der dei vil, gjennom å sikre gode grunnleggande tenester i heile landet.

Innsatsområde 1 – levande lokalsamfunn

Grunnlaget for god helse blir først og fremst lagt utanfor helse- og omsorgssektoren. Fleire sektorar må arbeide saman for å skape alders- og demensvennlege samfunn. Regjeringa vil bidra til levande og aldersvennlege lokalsamfunn som støttar opp under aktivitet, deltaking og møte mellom generasjonar. Tilgang til kulturopplevingar, naturområde og eit godt fysisk og sosialt inkluderande nærmiljø er viktig i eit levande lokalsamfunn.

Innsatsen til regjeringa for å bidra til eit levande og aldersvennleg lokalsamfunn blir samla i tre hovudområde:

- inkluderande nærmiljø og aktive eldre
- deltaking og samskaping
- planlegging for ein betre alderdom

Regjeringa vil i tillegg føre vidare og styrke det målretta og langsiktige arbeidet med å skape eit aldersvennleg Noreg.

Inkluderande nærmiljø og aktive eldre

Omgivnader og løysingar utan unødvendige barrierar og avgrensingar er eit gode for alle innbyggjarane, uavhengig av alder. Moglegheit for sosial kontakt kan fremme sjølvstende og meistringsevne og førebygger einsemd og sosial isolasjon. For å understøtte eit meir inkluderande nærmiljø og aktive eldre vil regjeringa

- bidra til meir alders- og demensvennlege omgivnader i lokalsamfunna
- følge opp handlingsplanen for universell utforming
- bidra til å utvikle gå- og aktivitetsvennlege nærmiljø
- rettleie om og spreie erfaringar med aldersvennlege mobilitets- og transportløysingar
- bygge ned digitale barrierar og digitalt utanforskap for eldre gjennom handlingsplanen til strategien *Digital hele livet*
- utvikle tiltak for lågterskelmøteplassar for sosiale, kulturelle og fysiske aktivitetar
- vidareutvikle Den kulturelle spaserstokken
- legge til rette for gode generasjonsmøte i bustadplanlegginga

Deltaking og samskaping

Eldre er viktige samarbeidspartnarar for kommunane i arbeidet med å utvikle lokalsamfunnet. For å styrke den demokratiske deltakinga, sikre legitimitet for løysingar og legge til rette for nærleik og tillit i lokalmiljøet er det nødvendig å utvikle god dialog, godt samarbeidsklima og likeverdige relasjonar mellom fleire aktørar. For å understøtte meir deltaking og samskaping vil regjeringa

- vidareutvikle og implementere opplæringsprogrammet for eldreråd i heile landet
- greie ut korleis stat og kommune kan styrke samskaping og innovasjon for ei meir aldersvennleg samfunnsutvikling
- vidareføre arbeidet til Senteret for et aldersvennlig Norge med partnerskapsordninga
- gjennomføre ei felles nasjonal eldreveke

- legge til rette for eit godt samarbeid med frivillige og ideelle aktørar
- vurdere samordning og forenkling av statlege tilskot til frivillige organisasjonar
- oppmode kommunane til å utvikle lokal frivilligpolitikk og opprette lokale kontaktpunkt for det frivillige
- oppmode kommunane om å gjere lokale tilgjengelege for aldersvennleg frivilligheit
- oppmode frivilligsentralane og organisasjonane til å mobilisere seniorkrafta
- utvikle og dele kunnskap om aldersvennleg frivilligheit

Planlegging for ein betre alderdom

I møte med dei demografiske endringane er det nødvendig å utfordre både kommunane og befolkninga til å planlegge alderdommen. Kommunane må planlegge for ei berekraftig utvikling i møte med ei aldrande befolkning, og den enkelte har høve til å ta eigenregi for å møte alderdommen førebudd. Formålet med tidleg planlegging er å kunne vere sjef i eige liv lengre, samtidig som ein er trygg på å få helse- og omsorgstenester når ein har behov for det. For å møte behovet for planlegging vil regjeringa

- bidra til auka merksemd og kunnskap om kommunal planlegging for å møte berekraftsutfordringar
- bidra til auka merksemd og kunnskap om planlegging av eigen alderdom gjennom ulike kommunikasjonsiltak
- halde oppe merksemda rundt behovet for eit fleksibelt og aldersvennleg arbeidsliv

Program for eit aldersvennleg Noreg 2030

Regjeringa vil målrette innsatsen i innsatsområdet levande lokalsamfunn gjennom eit konkret program under overskrifta *Program for eit aldersvennleg Noreg 2030*. Det overordna målet med programmet er å skape eit meir aldersvennleg og inkluderande samfunn. Regjeringa vil gjennomføre *Program for eit aldersvennleg Noreg 2030*, med innsats for

- meiningsfulle møteplassar
- aldersvennleg transport
- mobilisering av seniorkrafta
- samskaping og partnarskap
- planlegging for ein betre alderdom
- Regjeringa vil knyte seg til Verdsheleorganisasjonens globale nettverk for aldersvennlege byar og lokalsamfunn gjennom Senteret for et aldersvennlig Norge.

Innsatsområde 2 – bustadtilpassing og -planlegging

Regjeringa vil føre ein aktiv bustadpolitikk som skal bidra til å jamne ut sosiale og geografiske forskjellar i bustadmarknaden. Å auke tilgjengelege bustader er viktig for å nå målet om at fleire eldre skal kunne bu trygt heime.

Regjeringa vil i tråd med Hurdalsplattforma etablere eit *Eldrebustadprogram*. Det overordna målet med *Eldrebustadprogrammet* er å bidra til at alle skal ha tilgang til ein eigna bustad i eit aldersvennleg bumiljø. Programmet skal stimulere til at fleire eldre tar ansvar for og blir meir bevisste sin eigen bustadsituasjon, samtidig som personar som ikkje har midlar til å tilpasse eksisterande bustad eller flytte til ein meir eigna bustad, skal varetakast.

Gjennom *Eldrebustadprogrammet* ønsker regjeringa å stimulere til fleire eigna bustader for eldre over heile landet og få fleire eldre til å bu i og ha råd til ein eigna bustad, anten ved å tilpasse noverande bustad eller flytte til ein eigna bustad. *Eldrebustadprogrammet* skal fremme tiltak som gjer det mogleg å bu lengst mogleg heime, og som bidrar til eigenmeistring og deltaking i lokalsamfunnet. Programmet vil innehalde tiltak som støttar opp under god planlegging og utvikling, gjennom rettleiing og samordning av verkemiddel. Programperioden skal gå frå 2024 til og med 2028. Programmet skal vere fleksibelt, og det skal vere høve til å lansere nye tiltak undervegs i verketida. Tiltaka i programmet er sorterte etter følgande overordna tema:

- rettleiing og planlegging
- planlegging av eigen busituasjon
- fleire sosiale buformer

Rettleiing og planlegging

Regjeringa er opptatt av å sette kommunane i stand til å utløyse potensialet som ligg i god planlegging, gjennom gode verktøy og samordning av statlege initiativ. Som ein del av programmet vil regjeringa bidra til auka merksemd om rettleiing og planlegging gjennom å

- styrke rettleiarrolla til Husbanken overfor kommunane
- styrke planleggingskompetansen i kommunane
- greie ut tiltak for styrkt bustadrådgiving i kommunane
- innhente kunnskap om buformer som er eigna for personar med demens
- evaluere plankravet for investeringstilskotet for heildøgns omsorgsplassar

Planlegging av eigen busituasjon

Bustad er først og fremst eit privat ansvar. For å stimulere den enkelte til å gjennomføre strategiske val, som til dømes tilpassing av eigen bustad eller flytting, vil regjeringa legge til rette for at fleire planlegg for eigen busituasjon. Som del av *Eldrebustadprogrammet* vil regjeringa

- gjennomføre ein informasjonskampanje om bustadplanlegging
- gjere det enklare for eldre å tilpasse eigen bustad
- vurdere å opprette ein nasjonal digital «visningsheim» for å synleggjere moglegheiter innan bustadtilpassing, hjelpemiddel, velferdsteknologi med meir
- gjere startlånordninga betre kjend for eldre med låg inntekt
- vurdere kriteria for husbanklån til bustadkvalitet, blant anna med mål om å bidra til fleire eigna bustader til eldre

Fleire sosiale buformer

For å legge til rette for at fleire eldre kan bli buande heime lengre, må det bli skaffa fleire eigna bustader over heile landet. Regjeringa vil gjennom *Eldrebustadprogrammet* bidra til fleire aldersvennlege bustader. Dette må skje gjennom både bygging av nye bustader og tilpassing av eksisterande bustader. Regjeringa vil utforske moglegheitene for nye og meir sosiale buformer som kan bidra til auka tryggleik, sosiale nettverk og støtte i kvardagen for den enkelte. Som del av *Eldrebustadprogrammet* vil regjeringa

- sjå nærare på kva hindringar kommunar og private utbyggerar har i dag for utbygging av eigna bustader for eldre
- legge til rette for auka bygging av tryggleiksbustader og andre aldersvennlege bustader
- vidareføre det distriktsretta arbeidet til Husbanken
- auke kunnskapen om eigna bustader for eldre
- ta initiativ til å etablere eit erfaringsnettverk for utvikling av aldersvennlege bustader

Innsatsområde 3 – kompetente og myndiggjorde medarbeidarar

Regjeringa ønsker at tenestene skal vere trygge og av god kvalitet. Personellet er den viktigaste ressursen for å gi trygge og gode helse- og omsorgstenester til befolkninga. Regjeringa sine ambisjonar for kompetente og myndiggjorde medarbeidarar sorterer under fem hovudområde som

skal bidra til tryggleik og føreseielegheit i møte med tenestene, og til at tenestene blir ytte i samråd med brukarane og deira pårørande:

- tillit
- kompetanse
- omstilling og organisering
- kvalitet og leing
- forskning og kunnskapsbasert praksis

Tillit

Tenestene skal vere trygge, berekraftige og kunnskapsbaserte, ha høg tillit i befolkninga og vere ein attraktiv arbeidsstad gjennom heile yrkeslivet. Gjennom tillitsreforma vil regjeringa bidra til myndiggjorde medarbeidarar som blir sette i stand til å legge tenester til rette, i dialog med brukaren og deira pårørande. Tillitsreforma skal ligge til grunn for arbeidet, slik at tilnærminga blir nedanfrå og opp. For å bidra til trygge tenester for at fleire eldre skal kunne bu trygt heime, vil regjeringa

- gi dei tilsette tid og tillit gjennom ei tillitsreform og invitere kommunar og fylkeskommunar til å søke om forsøk som bidrar til betre offentleg tenesteyting eller betre oppgåvedeling
- arbeide for ein heiltidskultur og fleire heile stillingar
- bidra til å rekruttere og behalde tilsette gjennom *Jobbvinner* og *Menn i helse*
- jobbe fram og spreie modellar som stimulerer til auka grunnbemanning og mindre vikarbruk
- vurdere å etablere rettleingsordningar for sjukepleiarstudentar og nytilsette i helse- og omsorgstenesta

Kompetanse

- For å legge til rette for at fleire eldre kan bli buande heime lenger, vil regjeringa hjelpe kommunar med å sikre nok personell med rett kompetanse. Auka vektlegging av helsefremmande tiltak betyr at det er behov for større fagleg breidde og tverrfagleg samarbeid. For å møte kompetansebehova vil regjeringa
- bidra til auka kompetanse gjennom gode utdanningar, også desentraliserte utdanningstilbod
- vurdere om retningslinjene i RETHOS møter behova til brukarar og pasientar
- vidareføre arbeidet med å rekruttere lærebefridter innanfor alle utdanningsprogram
- følge utviklinga for helsefag i høgare yrkesfagleg utdanning

- bidra til kvalifisering av tilsette i omsorgstenesta gjennom grunn- og vidareutdanning
- bidra til opplæring av ufaglærte fram til fagbrev som helsefagarbeidar
- bidra til auka kvalitet og kapasitet på praksisplassar i kommunane
- lansere «verktøykasse» for personsentrert omsorg og miljøbehandling for personar med demens

Omstilling og organisering

For å legge til rette for gode og trygge tenester og best mogleg bruk av tilgjengeleg personell, er det viktig at tenestene driv tenesteutvikling og prøver ut nye måtar å jobbe på. Regjeringa vil i tråd med Hurdalsplattforma stimulere til tiltak som bidrar til nye måtar å jobbe på som gir god hjelp, behandling og omsorg til befolkninga i heile landet. Regjeringa vil bidra til auka merksemd om omstilling og organisering gjennom å

- greie ut modellar for faste team i heime-tenesta
- stimulere til utvikling av ei fleirfagleg fastlege-teneste
- utvide Tørn-prosjektet i KS til eit program for heile helse- og omsorgstenesta
- bidra til å auke merksemda rundt behovet for klinisk observasjonskompetanse i dei kommunale helse- og omsorgstenestene
- gi Helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide rettleiingsmateriale for gode vedtaksprosessar
- kartlegge bruken av og erfaringa med til-delingskontor

Kvalitet og leiing

For å legge til rette for at fleire eldre kan bli buande heime lenger, er det nødvendig med god leiing og god planlegging. Kunnskap og kompetanse om, og ikkje minst verktøy og system som legg til rette for, systematisk arbeid med kvalitetsforbetring og pasient- og brukartryggleik, bidrar til gode og trygge tenester. Regjeringa vil derfor

- bidra til å styrke leiingskompetansen i den kommunale helse- og omsorgstenesta
- vidareføre satsinga på nasjonal leiarutdanning for primærhelsetenesta
- legge til rette for utvikling av ei kort nettbasert leiarutdanning for leiarar i kommunale helse- og omsorgstenester
- vidareutvikle og spreie gode modellar for tillitsbasert styring og leiing i den kommunale helse- og omsorgstenesta

- greie ut behovet for å utvikle fleire kvalitetsindikatorar og styrke kvaliteten på dei eksisterande indikatorane

Forskning og kunnskapsbasert praksis

Meir forskning og tilgang på kunnskap er ein sentral føresetnad for å kunne jobbe kunnskapsbasert. Vi vil sørge for at kunnskap og forskning blir gjort tilgjengeleg og tatt i bruk. Regjeringa vil

- støtte utviklinga av kunnskaps- og forskings-system i dei kommunale helse- og omsorgstenestene
- legge til rette for auka utvikling og implementering av forskingsresultat i helse- og omsorgstenesta
- legge til rette for meir og betre organisert samarbeid om forskning som er relevant for kunnskapsbehovet til kommunane

Innsatsområde 4 – tryggleik for brukarar og støtte til pårørande

Mange eldre har god helse og treng ikkje omfattande hjelp eller tenester. Men med aukande alder får dei fleste ein eller fleire sjukdommar dei treng oppfølging for og hjelp til å meistre. God tilgjengelegheit og kvalitet er derfor viktig for alle. Det er eit mål at alle skal ha likeverdig tilgang til helse- og omsorgstenester, uavhengig av bustad, diagnose, personleg økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og livssituasjon. Regjeringa vil vidareutvikle og styrke den felles helsetenesta vår, slik at alle får ein trygg alderdom.

Dei aller fleste mottakarane av helse- og omsorgstenester bur heime. Derfor vil regjeringa rette innsatsen mot heimetenesta. Gode og behovsstyrte tenester i heimen er viktig for auka tryggleik og eit godt liv. Det må bli satt saman gode lag for å vareta behova til den enkelte. Med utgangspunkt i spørsmålet «Kva er viktig for deg?» skal tenestene tilpasse seg ønska og behova til den enkelte, både fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle. På den måten kan den enkelte leve eit liv med mening og meistring og oppleve at dei grunnleggande verdiane og interessene blir varetatt. Kjernen i den nye heimetenesta er at brukarane og pasientane skal få gode og tilpassa tenester i heimen, og at ein set inn rett kompetanse og tiltak som set dei enkelte i stand til å bu heime så lenge dei kan og vil. Ambisjonane til regjeringa for den nye heimetenesta kan sorterast under tre område:

- førebyggjande og aktivitetsfremmande tenester
- kvalitet og kapasitet
- støtte til pårørande

Førebyggjande og aktivitetsfremmande tenester

Dei kommunale helse- og omsorgstenestene skal bidra til at den enkelte får høve til å leve og bu sjølvstendig, og til å ha eit aktivt og meningsfylt tilvære i fellesskap med andre. Dette er grunnleggjande verdiar som er nedfelte i helse- og omsorgstenestelova, og som kommunane må legge til grunn når dei formar ut tenestetilbodet sitt. Aktivitet og meistring er sentrale område for å utvikle ei helse- og omsorgsteneste som arbeider førebyggjande, og som gjer det trygt for eldre å bu heime. For å bidra til meir førebyggjande og aktivitetsfremmande tenester vil regjeringa

- greie ut korleis ein nasjonal aktivitetsgaranti kan bli forma og innført i løpet av planperioden for reforma
- bidra til betre psykisk helse og førebygge psykiske plager og einsemd blant eldre, blant anna ved å kartlegge den psykiske helsa og livskvaliteten.
- lage ein vegvisar for folkehelseiltak mot einsemd
- ta initiativ til eit samarbeidsprosjekt med kommunesektoren og frivillig sektor om fleksible, varierte og tilpassa aktivitetstilbod til personar med demens
- stimulere til at fleire kommunar tar i bruk førebyggjande heimebesøk
- sette i verk tiltak som bidrar til at eldre blir tilbydde tilpassa rehabiliteringstilbod, blant anna kvardagsrehabilitering
- gjennomføre tiltak for auka mat- og ernæringskompetanse i tenestene
- gjennomføre tiltak for meir systematisk ernæringsarbeid i tenestene

Kvalitet og kapasitet

Ein føresetnad for at fleire skal kunne bu heime lenger, er at den enkelte og deira pårørande kjenner seg trygge på at eit tenestetilbod med tilstrekkeleg kapasitet, kompetanse og kvalitet er tilgjengeleg når behovet oppstår. Det handlar både om at innbyggjarane har enkel tilgang til tenestene, og om at det tilbodet dei får, er forsvarleg og dekkjer behova den enkelte og deira pårørande har. Dette krev at vi tenker nytt om korleis vi kan samarbeide og nå ut med gode tenester til befolkninga. Det er behov for å involvere fleire i utforminga av tenester, slik at vi stimulerer til innovasjon og nytenking. For å sørge

for tilstrekkeleg kvalitet og kapasitet i tenesta vil regjeringa

- vidareutvikle og styrke allmennlegetenestene og utvikle ei fleirfagleg fastlegeteneste
- bidra til auka kapasitet av heildøgns omsorgsplassar i sjukeheimar og omsorgsbustader
- følge opp oppfølgingsplanen for lindrande behandling og omsorg og vurdere innretninga og behovet for nye tiltak
- følge opp *Demensplan 2025* og evaluere erfaringane
- oppmode kommunane til å ha éi dør inn til informasjon om og kontakt med kommunale tenester for eldre
- etablere ei helseteknologiordning for å avlaste risiko og stimulere til investeringar i ny helse- og velferdsteknologi i kommunane
- sette ned eit utval som skal greie ut nye moglegheiter og modellar for å skape velferd saman med innbyggjarane, dei tilsette, frivilligheita, brukar- og pårørandeorganisasjonar, ideelle leverandørar og næringslivet

Støtte til pårørande

Den norske helse- og omsorgsmodellen er kjenne-teikna ved eit nært samspel mellom tenestene og familie og pårørande. Mange pårørande ønsker å hjelpe og støtte sine næraste når det er behov for det. Men mange pårørande opplever å stå i svært krevjande omsorgssituasjonar over fleire år og opplever at dei ikkje blir lytta til, eller at dei bruker mykje ressursar på å finne informasjon, koordinere tenestetilbodet og andre krevjande oppgåver. Pårørande gjer ein stor innsats med omsorg for sine nærstående. Hjelp frå pårørande og frivillige er ofte ein føresetnad for at eldre personar med omfattande omsorgsbehov skal kunne bu i sin eigen heim. For å støtte pårørande vil regjeringa

- greie ut modellar for systematisk oppfølging av brukar- og pårørandeundersøkingar
- følge opp strategien *Vi – de pårørande* og evaluere erfaringane
- utvikle og implementere verktøyet pårørande-avtalar
- utvikle rettleingsmateriell om fleksible avlastingstilbod i kommunane for pårørande
- gjere permisjonsrettane til pårørande betre kjende



Figur 2.1

2 Aldring – utviklingstrekk og utfordringar

Allereie i 2030 vil det vere fleire personar over 65 år enn barn og unge mellom 0 og 19 år. Dei demografiske endringane er ei stor samfunnsutfordring, men dei gir også moglegheiter. Løysingar og tiltak må ha ei tverrsektoriell tilnærming, då dette utviklingstrekket gir utfordringar som vil ha konsekvensar for alle sektorar.

Dei kommande generasjonane eldre har andre føresetnader, ressursar og preferansar enn tidlegare generasjonar. Stadig fleire har utdanning og betre økonomi. Særleg blant kvinner som no blir pensjonistar, er det fleire med utdanning, yrkeskarriere og meir sjølvstendig økonomi, noko som vil endre korleis dei vil leve livet som eldre. Det gir moglegheiter for nye måtar å leve aktive liv på, også som eldre.

Det er viktig å støtte opp under aktivitet og sjølvstende hos eldre ved å ha omgivnader og lokalsamfunn som bidrar til meir rørsle og fysisk aktivitet, og til sosial kontakt og meningsfulle aktivitetar. Med aukande levealder vil fleire kunne stå i arbeid lengre. Det vil vere viktig også for

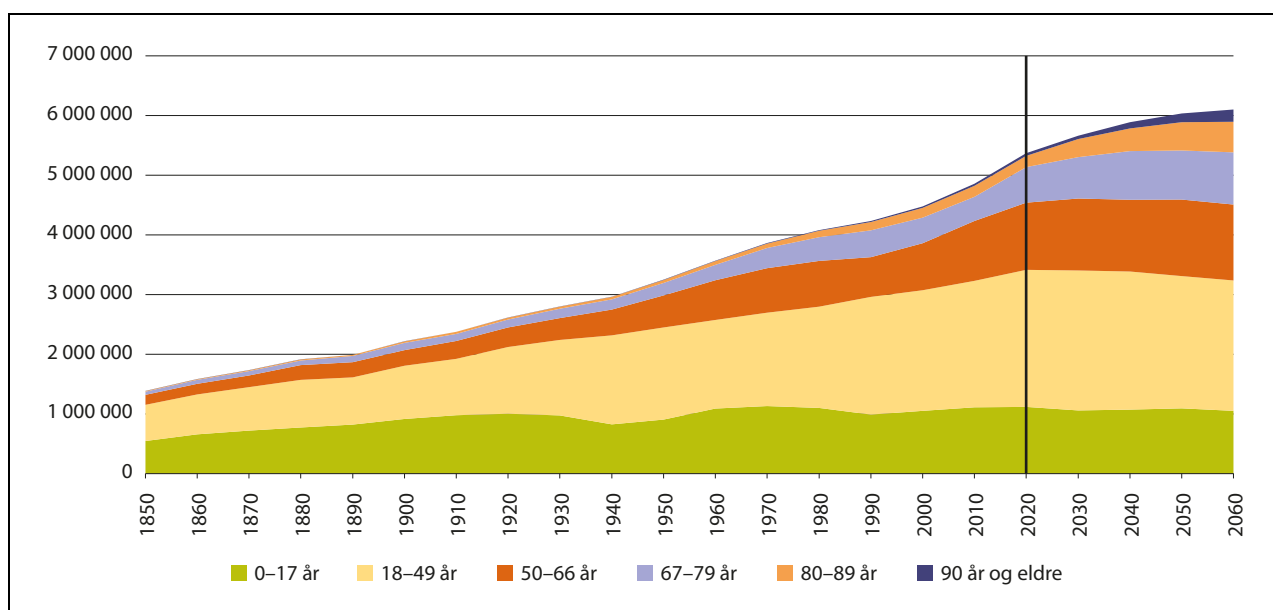
helse- og omsorgssektoren. Mange pensjonistar vil også ha ønske om og høve til å delta i ulike frivillige aktivitetar, og kunne jobbe på meir fleksible måtar og dermed vere ein ressurs i eige liv og for samfunnet.

2.1 Eldrebefolkninga

2.1.1 Den demografiske utviklinga

At vi lever stadig lengre, og at den generelle helsa i befolkninga er god, er eit resultat av utviklinga til velferdssamfunnet, store medisinske framsteg og langsiktig folkehelsearbeid. I 2021 var gjennomsnittleg forventa levealder 84,7 år for kvinner og 81,6 år for menn.¹ Andelen av befolkninga som er 70 år eller eldre, vil ifølge framskrivingane til Statistisk sentralbyrå auke frå 13 prosent i 2022 til 22,4 prosent i 2060. Ei aldrande befolkning er ei global utvikling, særleg i Europa og fleire asia-

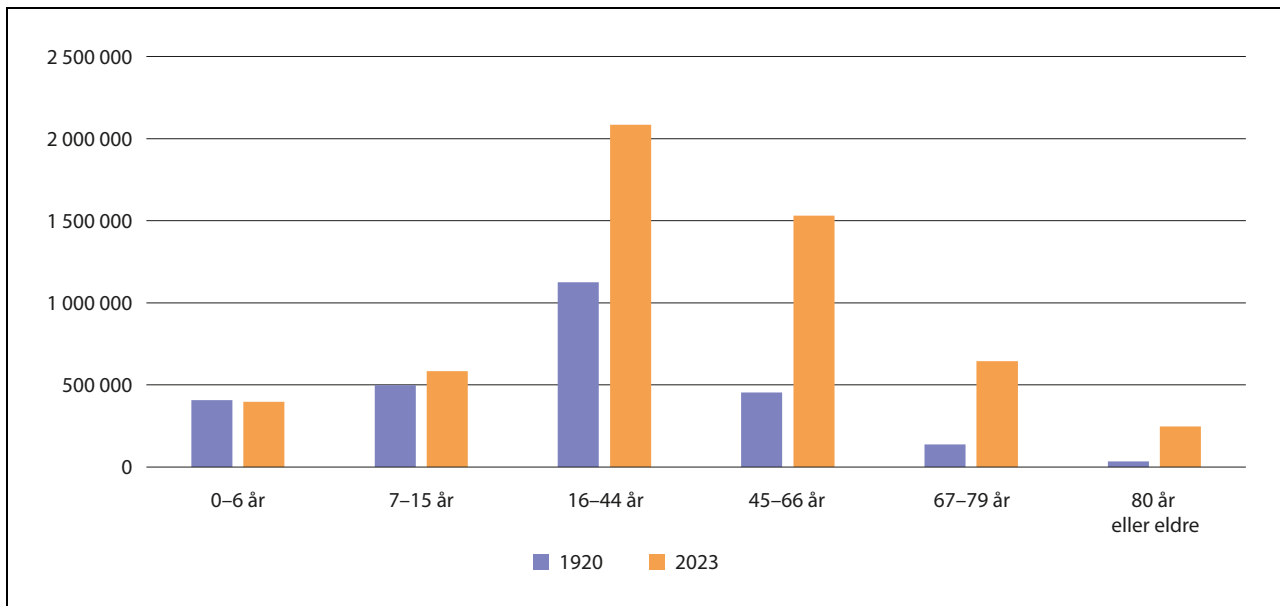
¹ SSB (2022).



Figur 2.2 Befolkninga i Noreg etter aldersgrupper, observert før 2022 og deretter framskriven. 1846–2060

Framskrivingane bruker SSBs hovudalternativ for befolkningsutvikling, med middels fruktbarheit, levealder og innvandring (MMM).

Kjelde: Statistisk sentralbyrå – Statistikkbanken, tabell 10211 og 13599



Figur 2.3 Befolkning, etter alder og år (begge kjønn) 1920–2023

Kjelde: Statistisk sentralbyrå – Statistikkbanken, tabell 05810

tiske og latin-amerikanske land. Samanlikna med mange andre land har mange norske eldre relativt god helse, funksjon og livskvalitet. Helse- og funksjonstap skjer først og fremst ved høg alder.²

Dei store fødselskulla frå etterkrigsåra har passert pensjonsalderen, og i 2021 var det for første gong ein million som fekk alderspensjon frå Arbeids- og velferdsetaten. Det er venta at talet vil stige vidare med om lag 100 000 kvart fjerde år, og at vi ved utgangen av 2025 vil vere om lag 1,1 million alderspensjonistar i Noreg. Den generelle aldringa av samfunnet vil også bli sterkare, som følge av lågare fødselstal og lågare innvandring.³

Samansettinga av befolkninga har endra seg mykje dei siste hundre åra, frå at talet på yngre var størst i befolkninga, til at ein større del av befolkninga er eldre og middelaldrande i dag, jf. figur 2.3. Aldringa er særleg knytt til tre forhold; dei store barnekulla som følgde i kjølvatnet av andre verdskrigen blir pensjonistar, samtidig aukar levealderen, medan fødselstala fell.⁴ På bakgrunn av at innvandringa har auka frå 1970-talet og fram til i dag, vil den eldre befolkninga også vere meir samansett enn tidlegare.

Befolkningsveksten fram mot 2050 vil vere svært ujamnt fordelt geografisk.⁵ Sjølv om alle kommunar vil oppleve ein større del eldre, vil befolk-

ningsveksten hovudsakleg skje rundt dei store byane, medan kommunane som vil oppleve befolkningsnedgang er typiske distriktskommunar. For mange distriktskommunar vil dette komme på toppen av ei allereie relativt aldrande befolkning. Fram mot 2030 vil distriktskommunar ha ein vekst i talet på personar over 80 år på over 50 prosent, medan andelen personar i yrkesfør alder fell.⁶ Færre personar i yrkesaktiv alder vil gjere at det blir færre tilgjengelege ressursar i desse kommunane i form av arbeidskraft.

Det innanlandske flyttemønsteret har verka sentraliserande gjennom heile etterkrigstida, der fleire har flytta frå distrikta til byane enn motsett. Det betyr færre unge pårørande i distriktskommunane. Denne gruppa er også viktig for det frivillige omsorgsarbeidet. Både den høge andelen eldre og forholdet mellom andelen over og under 80 år vil ha mykje å seie for korleis vi tenker omkring moglegheiter og løysingar for å handtere aldringa i distriktskommunar.

2.1.2 Grunnlag for god helse

Dei eldre i dag og i framtida vil leve fleire sunne og aktive år. Mange har både høgare utdanning, betre økonomi, betre buforhold og betre funksjonsevne enn nokon tidlegare eldregenerasjon. I tillegg er mange meir vande til å bruke teknologi.

² OECD (2021).

³ Arbeids- og velferdsdirektoratet (2021).

⁴ Lundgren et al. (2020).

⁵ SSB (2020).

⁶ NOU 2020: 15.

Dette er eit godt utgangspunkt for å møte alderdommen, meistre eige liv og ta del i fellesskapen.

Dei fleste eldre lever sjølvstendige liv utan behov for bistand frå det offentlege, eller med berre litt bistand. Eldre i dag har eit betre funksjonsnivå enn før, men mange lever med kroniske sjukdommar og nedsett funksjonsevne, særleg eldre over 80 år. Framskrivingar av helsetenestebur bruk viser at dei over 70 år vil stå for så å seie all forventa auke i bruk av offentlege helse- og omsorgstenester fram til 2040.⁷ Talet på mottakarar av omsorgstenester vil auke frå i overkant av 350 000 i 2019 til om lag ein halv million i 2040.

Det er store variasjonar i helse og funksjonsnivå i eldre år. Ifølge Folkehelseinstituttet kan det sjå ut som vi får aldriingsrelaterte funksjonsnedsettingar seinare i livet enn før.⁸ Dette gir ein indikasjon i retning av friskare aldring. Samtidig veit vi at med høg alder vil blant anna kreft, demens, fallulykker, underernæring og infeksjonar bli viktigare årsaker til dødelegheit og uhelse. Høgare forventa levealder i kombinasjon med fleire eldre vil antakeleg føre til at den jamne nedgangen i dødelegheit og sjukelegheit ikkje vil halde fram. Det er behov for auka merksemd på multisjukdom og «komplekse pasientar». På ei anna side skal ein vere varsam med å berre sjå på alder som indikator for å vurdere sjukdomsbyrde. Forhold som livskvalitet og ibuande kapasitet⁹ må også bli vurdere.

Ifølge Folkehelseinstituttet er det få norske studiar som spesifikt har undersøkt sosial forskjellar i helse blant eldre. Men enkelte studiar viser at sosioøkonomiske forhold tidleg i livet held fram inn i alderdommen.¹⁰ Dette blir forklart med at eldre med låg sosioøkonomisk status statistisk sett har fleire sjukdommar og helseplager enn eldre med høg sosioøkonomisk status. I ein rapport frå Verdhelseorganisasjonen om aldring og helse blir det peikt på at den eldre delen av befolkninga som gruppe har minst ressursar til å ta hand om si eiga helse.¹¹ Aukande helseforskjellar hos eldre utfordrar folkehelsepolitikken og vil bli stadig viktigare i velferdssamfunnet i framtida.

Helseåtferd og levevanar som røyking, fysisk aktivitet, kosthald og rusmiddel har stor innverknad på helsa. God helseåtferd og sunne levevanar kan redusere risikoen for sjukdom, ulykker og funksjonssvikt i eldre år og dermed ha noko å seie for om ein kan bu trygt heime. Fysisk inaktivitet blir rekna som ein av dei viktigaste risikofaktorene for tidleg død i den vestlege verda. Eldre som er fysisk aktive og i god fysisk form, vil i større grad kunne vere sjølvhjelpete i kvardagen og bu heime lengre. Vidare er det store sosioøkonomiske forskjellar i helsa og funksjonsnivået til eldre. Eldre med låg sosioøkonomisk posisjon har i gjennomsnitt fleire sjukdommar, helseplager og skadar enn eldre med høg sosioøkonomisk posisjon, og oftare nedsett funksjonsevne. For nærare omtale av levevanar, sosial ulikskap og konsekvensar for folkehelsa, sjå Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga*.

I 2019 budde 35 prosent av personar over 67 år og vel halvparten av personar over 80 år aleine, mot 18 prosent i befolkninga samla.¹² Å bu aleine er ikkje nødvendigvis ei utfordring i seg sjølv, men mange eldre som bur aleine slit med utryggleik og einsemd, og dessutan dårleg økonomi.¹³ Ein auke i talet på skilsmisser, også blant eldre, og på barnløyse blant begge kjønn tilseier at det på lengre sikt kan bli ein større del aleinebuande.¹⁴ Kommunar med ein høg del aleinebuande vil mest sannsynleg ha fleire potensielle eldre brukarar med mindre tilgang til uformell omsorg.¹⁵ Det kan for mange bety ein auke i behovet for heimhjelpstenester og/eller anna praktisk støtte frå det offentlege.¹⁶ Frivilligheit og sosiale fellesskap utanfor heimen kan vere ekstra viktig for menneske som bur aleine.

Å førebygge einsemd er viktig i møte med dei demografiske utfordringane. Førekosten av einsemd synest å vere stabil for eldre i alderen 70–75 år, men deretter stig han. Einsame eldre bur oftare aleine, dei har lite sosial kontakt og har ofte opplevd tap av nærpersonar, dei har sviktande helse og har mindre sosioøkonomiske ressursar enn befolkninga elles. Einsemd kan bidra til å forsterke eksisterande helseproblem eller vere ein risikofaktor for å utvikle helseproblem.¹⁷

⁷ Folkehelseinstituttet (2022a).

⁸ Folkehelseinstituttet (2022a).

⁹ Ibuande kapasitet er eit mål på dei samla fysiske og mentale reservane til kroppen, som t.d. gripestyrke, høyrsel og kognisjon.

¹⁰ Moe et al. (2012); Kinge et al. (2015).

¹¹ Beard et al. (2015); World Health Organization (2015).

¹² Utne (2019).

¹³ Mørk (2006).

¹⁴ Rogne og Syse (2017).

¹⁵ Syse et al. (2021).

¹⁶ Fast et al. (2021); Martinsen et al. (2022).

¹⁷ Ong et al. (2015).

2.1.3 Betydninga av kjønn, kultur, språk og legning

Ettersom kvinner lever lengst, utgjer kvinnene fleirtalet av dei eldste. Kvinnehelseutvalet peiker på at eldre kvinner i Noreg i dag har betre helse enn tidlegare generasjonar, dei fungerer godt i dagleglivet og er uavhengige av hjelp ved stadig høgare alder.¹⁸ Samtidig medfører alderdommen auka sjukdomsførekost og funksjonsnedsetting. Den demografiske utviklinga vil på sikt skape ein auke i behovet for helse- og omsorgstenester, og dei fleste mottakarane av tenester vil vere kvinner.

Det er framleis kvinner som tar på seg det meste av den omfattande pårørandeomsorga som blir ytt i Noreg. Studiar tyder på at det er ein samanheng mellom tildeling av heimetenester til eldre, og om den eldre hadde ein son eller ei dotter som pårørande.¹⁹ Eldre mødrer med søner fekk meir offentleg hjelp enn eldre mødrer med døtrer. Kvinner utgjer også majoriteten av dei tilsette i helse- og omsorgstenesta. Auka byrde i pårørandeomsorga vil dermed antakeleg ha mykje å seie for kva moglegheit kvinner vil ha til å stå i arbeid, og for det offentlege tenestetilbodet.

Blant eldre menn vil det også vere utfordringar som påverkar helse og livskvalitet. Menn oppsøker generelt helsetenesta mindre, og dermed blir helseproblem fanga opp seinare. Sjølv med ei positiv utvikling har menn høgare dødelegheit av hjarte- og karsjukdommar enn kvinner, meir overvekt og fedme, mindre sunt kosthald og høgare alkohol- og snusbruk, og dei er meir utsette for ulykker. Fleire eldre menn lever åleine utan familie, noko som kan redusere livskvaliteten deira i eldre år.

Helse- og omsorgstenestene skal vere lagt til rette ut frå den språklege og kulturelle bakgrunnen til den enkelte. Samiske pasientar har ofte utfordringar i møte med tenestene på grunn av at det er manglande kunnskap om samisk språk og kultur. Spesielt eldre samiske pasientar kan ha vanskar med å uttrykke seg på majoritetsspråket. Det gjeld spesielt samiske personar med demens. Det same gjeld for personar med innvandrarbakgrunn. Tillært språk kan bli borte ved demens eller andre hjerneskaradar, og i slike tilfelle må morsmålet bli nytta. Det kan då vere nødvendig å bruke kvalifisert tolk, jf. tolkelova, samelova og pasient- og brukarrettslova.

Det er viktig at tenestene sørger for at personar med behov for særskild tilrettelegging, får

det. Det inneber at alle eldre får informasjon, behandling og oppfølging på eit språk dei forstår, og at ein tar omsyn til den kulturelle bakgrunnen til den enkelte. Det er også viktig at kunnskap og kompetanse om samisk språk og kultur er tilgjengeleg for tenestene.²⁰ Aldring i samiske område har også nokre særskilde kjenneteikn, som at mange eldre med samisk bakgrunn lever i utkantkommunar med befolkningsnedgang, og at eldre samar kontaktar helse- og omsorgstenestene seinare enn majoritetsbefolkninga.²¹ Dette blir knytt til språklege og kulturelle utfordringar – saman med den geografiske plasseringa av tilboda.

Samtidig som det blir stadig fleire eldre i Noreg, blir det også fleire eldre med innvandrarbakgrunn. Medan det i dag berre er 7 prosent av dei eldre seniorane som har innvandrarbakgrunn, er det forventa at andelen vil vere 24 prosent blant eldre over 60 år i heile Noreg i 2060.²² Studiar viser at enkelte eldre med innvandrarbakgrunn har dårlegare sjølvrapportert helse og lågare bruk av helsetenester enn resten av befolkninga. I mange innvandrargrupper er det vidare større grad av psykiske problem enn i resten av befolkninga. Dei bruker samla mindre offentlege omsorgstenester enn andre eldre, men dette kan endre seg når det blir fleire eldre innvandrarak i framtida.²³ Per 2021 var ein av tre innvandrarak på eller under det lågaste nivået for generell helsekompetanse i Noreg. Dette inneber avgrensa moglegheit til å forhalde seg til helseinformasjon. Det er også mykje svakare digitale ferdigheiter i denne gruppa. Dette medfører at gruppa i mindre grad kan ta i bruk digitale helsetenester.²⁴ Låg helsekompetanse heng saman med mindre fysisk aktivitet, dårlegare kosthald, svakare sjølvopplevd helse og fleire langvarige sjukdommar og helseproblem. Det er store forskjellar mellom ulike grupper av innvandrarak. Opphavsland, innvandringssgrunn og butid i Noreg har mykje å seie for helse. Flyktningar har dårlegare helseprofil enn dei som kjem til Noreg på grunn av familiegjenforeining, arbeid og utdanning.

Internasjonal forskning peiker på at eldre skeive kan ha svært ulike aldringsvilkår og behov, og at dette heng saman med både korleis personar bryt med kjønns- og seksualitetsnormer, og økonomiske, kulturelle og sosiale føresetnader

²⁰ Krane (2021).

²¹ Andersen og Gjernes (2021).

²² Dzamarija (2022).

²³ Dzamarija (2022).

²⁴ Helsedirektoratet (2021d).

¹⁸ NOU 2023: 5.

¹⁹ Valorta et al. (2016).

hos kvart enkelt individ. Det er viktig å forstå aldring både i eit livsløpsperspektiv og i eit likestillingsperspektiv, og korleis opplevingar tidleg i livet knytte til det å vere skeiv påverkar aldringsvilkåra til den enkelte, saman med kvaliteten på nære relasjonar og sosiale nettverk. Skeive eldre skil seg frå andre eldre ved at færre har eigne barn som kan hjelpe og støtte når ein blir gammal. Ein forskingsgjennomgang frå 2010 viste også at dobbelt så mange skeive eldre bur aleine samanlikna med befolkninga elles.²⁵ Det kan derfor gjere skeive eldre meir avhengige av bistand og hjelp frå offentlege helse- og omsorgstenester. Den nasjonale livskvalitetsundersøkinga til Statistisk sentralbyrå viser at skeive skårar dårlegare på alle indikatorane for subjektiv livskvalitet samanlikna med befolkninga.²⁶ Det er særleg på livsområda økonomisk situasjon, tilfredsheit med psykisk helse og oppleving av meistring og av meining med livet at skilnadene er særleg store mellom skeive og befolkninga generelt. Sjølv om majoriteten av skeive opplever god helse, kan diskriminering og stigmatisering gjennom livsløpet påverke psykisk og fysisk helse og gi angst, sosial isolering og bekymringar i møte med hjelpeapparatet.²⁷ Lhbt+-organisasjonar rapporterer at nokre eldre vel å «gå inn i skapet» igjen, fordi openheit kan bli opplevt som belastande. Openheit og medvit knytt til seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk og aksept for kjønns- og seksualitetsmangfald skal også prege helse- og omsorgstenester retta mot eldre.

Regjeringens handlingsplan for kjønns- og seksualitetsmangfold (2023–2026) skal bidra til å auke livskvaliteten til skeive, sikre rettane deira og bidra til større aksept for kjønns- og seksualitetsmangfald. Det er behov for meir kunnskap om eldre skeive. Eitt av tiltaka i handlingsplanen handlar om å innhente kunnskap om eldre skeive i Norden. Under det norske ordførarskapet i Nordisk ministerråd for likestilling og LGBTI i 2022 blei det starta opp eit prosjekt som skal hente inn kunnskap om livskvaliteten og levekåra til eldre skeive i Norden. Prosjektet blir gjennomført av Nordisk information för kunnskap om kön (NIKK) og skal ende i ein sluttkonferanse i november 2023.

2.1.4 Behovet for kommunale helse- og omsorgstenester

Talet på og andelen personar som får helse- og omsorgstenester, aukar med alderen. I 2021 var det om lag 143 000 personar over 80 år som fekk ein eller fleire kommunale helse- og omsorgstenester i løpet av året. Samtidig viser utviklinga over tid at talet på eldre som får helse- og omsorgstenester, er fallande. Statistikk frå Statistisk sentralbyrå viser at i 2009 var 49,9 prosent av eldre mellom 80 og 89 år mottakarar av ein eller fleire omsorgstenester (brukarfrekvens), medan det i 2021 var 39 prosent. Tilsvarende tal for eldre over 90 år var 87,2 prosent i 2009 og 82,3 prosent i 2021. Ein tydeleg tendens i statistikken er at andelen eldre som bur på sjukeheim, går ned, frå 13,6 prosent i 2015 til 11,4 prosent i 2020. Vidare ser vi at butida på sjukeheimar har gått ned, målt i både gjennomsnitt og median.²⁸

Eit anna sentralt utviklingstrekk er at det er store variasjonar mellom aldersgruppene når det gjeld ressursinnsats, målt i talet på timar bistand. Data frå Kommunalt pasient- og brukarregister (KPR) viser at eldre brukarar med omfattande bistandsbehov får langt færre tenestetimar enn yngre brukarar med same bistandsbehov. Ein person mellom 18 og 49 år med omfattande bistandsbehov får i snitt 69 timar helse- og omsorgstenester i veka, medan ein person mellom 80 og 89 år med same bistandsbehov får 13 timar. Analysar tyder på at skilnadene i tenestefang ikkje kan forklarast med ulike funksjonsnivå, men er relaterte til helsegrunnar (somatiske problem, psykiske problem, demens og psykisk utviklingshemming). Dette kan vere eit teikn på friskare aldring og ei tilsikta endring (flytte tenester heim), men det er rimeleg å anta at det parallelt med denne utviklinga også har blitt ein strengare tildelingspraksis, og at terskelen for å få tenester for eldre er heva. Riksrevisjonen har peikt på at eldre får helse- og omsorgstenester utan at behova og ønska deira er godt nok greidde ut.²⁹ I tre av ti saker der kommunen har gjort vedtak om heimesjukepleie, går det ikkje fram av saka kva hjelp brukaren sjølv ønsker. I ei av fire saker har ikkje kommunen vore i kontakt med brukaren før vedtaket blei gjort.

Tal frå KPR for 2021 viser at om lag 70 prosent av brukarane til omsorgstenesta er tenestemottakarar i eigen heim, om lag 15 prosent har vedtak om opphald i institusjon, og om lag 15 prosent bur

²⁵ Lescher-Nuland og Gautun (2010).

²⁶ Støren et al. (2020); Pettersen og Engvik (2022).

²⁷ Fredriksen-Goldsen et al. (2013).

²⁸ Helsedirektoratet (2017).

²⁹ Riksrevisjonen (2018b).

i bustad som kommunen stiller til disposisjon. Ser ein bort frå den aller yngste aldersgruppa (0–17 år), er kvinner dei største brukarane av helse- og omsorgstenester.

Talet på fastlegekonsultasjonar aukar med alderen. Dei eldste har flest fysiske konsultasjonar per innbyggjar. I absolutte tal utgjer konsultasjonar med personar over 80 år likevel berre 9 prosent av det samla talet på konsultasjonar.³⁰

Mange har behov for rettleiing for å lære å leve med sjukdom og kroniske plager. 86 prosent av befolkninga er busett i kommunar med frisklivssentral. Talet på frisklivssentralar har vore nokså stabilt dei siste åra. Samtidig har fleire av sentralane auka talet på tilbod til brukarane, og dei har fått større tverrfaglegheit og auka bemanning generelt.

Demens

Demens er ein sjukdom som heng saman med alder; førekomsten aukar med alderen. I dag er det 101 000 personar med demens i Noreg, og talet vil auke til nær 240 000 i 2050.³¹ Fleire studiar indikerer at andelen med demens i ulike aldersgrupper fell. Men sidan vi lever lengre og det vil bli fleire eldre dei neste tiåra, er talet på personar med demens venta å auke kraftig.

Det er framleis ei utfordring med manglande utgreiing og diagnostisering av demens. Tal frå *Demensplan 2025* viser at i underkant av 40 prosent av dei ein anslår har demens, har blitt greidde ut og diagnostiserte. Manglande utgreiing gjer at andre sjukdommar ikkje blir utelukka, og personane kan gå glipp av behandling for problem som ikkje kjem av demens. Tida etter at diagnosen er stilt, blir også trekt fram som ei utfordring i *Demensplan 2025*. Det blir blant anna peikt på manglande rutinar for systematisert oppfølging av heimebuande med demens, som heime tenester, dagtilbod og avlasting for pårørande. Vi må ha eit godt og føreseieleg tilbod når sjukdommen rammar, både for den sjuke og for dei pårørande.

Funksjonsnedsettingar

Førekomsten av funksjonsnedsettingar aukar med alderen, og for personar med medfødd eller tidleg erverva funksjonsnedsetting kan aldri medføre særskilde utfordringar. Personar med funksjonsnedsettingar svarer i langt større grad

enn gjennomsnittet av befolkninga at dei har store psykiske problem, dei har dårlegare helse og større helseutfordringar, og dei er meir utsette for skadar.³² I levekårsundersøkinga til Statistisk sentralbyrå frå 2019 svarer 36 prosent av personane med funksjonsnedsettingar at dei har dårleg helse, og 30 prosent at dei har store psykiske vanskar, mot høvesvis 8 og 10 prosent i befolkninga generelt.

Som i befolkninga elles har levealderen til personar med utviklingshemming auka og er langt høgare enn for berre nokre tiår sidan. Nokre personar med utviklingshemming kan nå same levealder som andre i befolkninga elles. Dette varierer likevel mykje, og nokre tilstandar og syndrom er knytte til biologiske og genetiske faktorar som medfører auka risiko for tidleg død.³³ Det er særskilde utfordringar knytte til aldring for personar med utviklingshemming. Mange lever med kroniske sjukdommar, helseplager og funksjonsnedsettingar gjennom heile livet, og det er ein risiko for at aldersrelatert sjukdom ikkje blir oppdaga på grunn av kommunikasjonsproblem og feiltolkningar.

Psykisk helse

Kunnskap om førekomsten av psykiske lidningar blant eldre i Noreg er mangelfull.³⁴ Dette kan komme både av at dei aller eldste er underrepresenterte i befolkningsundersøkingar, og av at det er krevjande å skilje symptom på psykiske lidningar frå til dømes aldersforandringar og kognitiv svikt. Fleire studiar tyder på at førekomsten av psykiske plager og lidningar er høgare blant unge vaksne enn blant eldre, men at symptoma aukar noko i eldre år, og særleg blant dei aller eldste.³⁵

Det er grunn til å tru at depresjon hos nokre kan vere eit tidleg teikn på ein begynnande demens, og at depresjon hos eldre med begynnande demens kan påskunde eller forverre tilstanden. Førebygging av depresjon hos eldre er derfor svært viktig, og det er nødvendig å auke kunnskapen og merksemda om psykisk sjukdom hos eldre, særleg depresjonslidningar.³⁶

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) viser til at talet på sjølv-mord blant eldre over 65 år har lege på 75–100 i året, og

³² Ramm (2012).

³³ Kristiansen og Langballe (2021).

³⁴ Reneflot et al. (2018).

³⁵ Andreas et al. (2017); Slagsvold og Hansen (2017); Volkert et al. (2013).

³⁶ Grønlie og Høye (2019).

³⁰ Helsedirektoratet (2021a).

³¹ Gjora et al. (2020).

at det er menn over 85 år som har høgast sjølv-mordsrate i Noreg. NAPHA peiker på høg førekomst av psykiske lidingar (62 prosent), spesielt depresjon, hos eldre som tar sitt eige liv.

Rusmiddelbruk

Det har dei siste tiåra vore ein tydeleg auke i alkoholbruk blant eldre, særleg blant kvinner. Eldre menneske har lågare toleranse for alkohol, blant anna på grunn av redusert muskelmasse og lågare metabolisme. Bruk av ulike legemiddel er utbreidd blant eldre, og kombinert bruk av alkohol og legemiddel kan føre til auka risiko for skadar og ulykker. Med auka alkoholbruk i den eldre delen av befolkninga vil omfanget av alkoholrelaterte problem i befolkninga venteleg auke kraftig etter som andelen eldre blir større.

Bruk av illegale rusmiddel er mindre utbreidd i alle aldersgrupper enn bruk av alkohol. Det er likevel verdt å merke seg at andelen pasientar i LAR (legemiddelassistert rehabilitering) over 60 år har tredobla seg frå 2015. Nye studiar viser at talet på overdosedødsfall på grunn av reseptbelagde legemiddel er aukande i Noreg.³⁷ Dei som døyr av reseptbelagde opioid, skil seg frå personar som døyr av andre typar overdosar. Dei er oftare eldre og kvinner, dei har oftare kroniske smerter, og dei har oftare vore diagnostiserte med kreft.

Legemiddelbruk

Legemiddelbruken hos eldre er omfattande. Mange eldre har fleire sjukdommar og bruker derfor fleire legemiddel. I 2020 fekk 91 prosent av alle over 65 år minst eitt legemiddel på resept, samanlikna med 65 prosent av dei under 65 år. Tal frå 2016 viser at 67 prosent av legemiddelbrukarane over 65 år brukte 5 eller fleire legemiddel, medan 28 prosent brukte 10 eller fleire legemiddel. Eldre bruker i hovudsak legemiddel ved hjarte- og karsjukdom, infeksjonar, smerter, angst, depresjon og søvnløyse.³⁸

Eldre er ofte ekstra sårbare for skadar som følge av feil legemiddelbruk, blant anna aukar risikoen for biverknader og fall, og risikoen aukar også dersom ein kombinerer fleire legemiddel. Feil skjer også i samband med at legemiddel blir gjorde i stand og administrerte. For å unngå skadelege effektar og biverknader er det viktig at legemiddelbruken hos eldre blir følgd nøye opp

med regelmessige kontrollar, samstemming av medisinalister og legemiddelgjennomgangar, i tråd med krava til fastlegar og sjukeheimar. I tillegg er det behov for kvalitetssikra rutinar knytte til det å gjere i stand og administrere legemiddel. Statistikk viser at på landsbasis hadde 56,6 prosent av bebuarane (67 år og eldre) på langtidsopphald i institusjon i 2021 hatt legemiddelgjennomgang dei siste tolv månadene.³⁹ Det er variasjonar mellom dei ulike fylka og stor spreining mellom kommunane.

Vald og overgrep

Vald og overgrep er eit alvorleg samfunnsproblem og rammar også eldre. Alder aleine er ikkje ein risikofaktor for vald. Det er først ved svært høg alder (over 80 år) og når det er tilleggsfaktorar, som fysiske, sosiale eller kognitive funksjonsutfordringar, at alder får ei vesentleg betydning for valdsrisiko. Det er godt dokumentert internasjonalt at institusjonsomsorg inneber auka risiko for utnytting og overgrep av ulike typar.⁴⁰ Også på norske sjukeheimar skjer omsorgssvikt, psykisk vald og seksuelle overgrep, utført av både tilsette, pårørande og medbebuarar.⁴¹ Utelaten helsehjelp er også ei utfordring.

Studiar viser at mellom 56 500 og 76 000 heimebuande personar har vore utsette for vald eller overgrep etter at dei fylte 65 år.⁴² Utøvaren var i dei fleste tilfella nærstående til den som blei utsett for valden. Eldre som har vore utsette for alvorleg fysisk vald eller alvorlege seksuelle overgrep tidlegare i livet, er meir valdsutsette også i eldre år. Valdsutsette eldre kontaktar i lita grad tenesteapparatet for hjelp. Dette er dermed framleis eit usynleg samfunnsproblem. Arbeidet med å avdekke, førebygge og hindre vald og overgrep er viktig for å førebygge psykisk uhelse, også hos eldre.

Fallulykker

Fallskadar utgjer nesten halvparten av alle ulykkesdødsfall og er blant dei viktigaste bidragsfaktorane til helsetap i Noreg.⁴³ Spesielt eldre menneske blir ramma av fallulykker, ofte med brotskadar som utfall. Ved hoftebrot og underarmsbrot er

³⁷ Skurtveit et al. (2022).

³⁸ Folkehelseinstituttet (2022a).

³⁹ Tal frå Helsedirektoratet – Nasjonale kvalitetsindikatorar.

⁴⁰ Olsvik (2010); Grøvdal (2013).

⁴¹ Botngård et al. (2020a); Botngård et al. (2020b).

⁴² Sandmoe et al. (2017).

⁴³ Øverland et al. (2018).

reduisert beinmasse (osteoporose) ein vanleg medverkande faktor.

Årleg er det om lag 9000 hoftebrot blant eldre som følge av fall, og dei fleste av desse fallulykkene skjer i og ved heimen. Hoftebrot inneber risiko for varig nedsett funksjonsnivå, behov for oppfølging på sjukeheim og død innan eit år. I tillegg til høg dødelegheit, mykje lidning og redusert funksjon og livskvalitet medfører desse brota høge kostnader for samfunnet. Den samla kostnaden knytt til eit hoftebrot blant heimebuande eldre over 70 år er ifølge Helsedirektoratet estimert til 562 000 kroner det første året.⁴⁴ Førebygging av fallskadar og brot vil derfor vere kostnads-sparande, samtidig vil ein reduksjon i talet på fall og ulykker vere viktig for at eldre skal kunne bli buande trygt heime. Fallførebygging utanfor helse- og omsorgstenesta er nærare omtalt i Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga*.

Ernæringsstatus og tannhelse

Det er ei utfordring at mange eldre et for lite og feil mat. Med ein aukande del eldre vil det bli fleire med ernæringsutfordringar. I dag er det for få som får vurdert ernæringsstatusen sin. Manglande kartlegging og oppfølging medfører store kostnader for helsetenesta. Underernærte personar har auka sjukdomsbyrde, forkorta forventade levetid, auka risiko for komplikasjonar, forverra fysisk og kognitiv funksjon (som blant anna gir auka risiko for fall) og redusert livskvalitet. I tillegg har underernærte personar redusert toleranse for behandling. Pasientar som er underernærte ligg lengre på sjukehus og har fleire reinnleggingar. Det er behov for meir kompetanse om mat og ernæring i tenestene.

Tal for 2021 viser at berre 18,1 prosent av mottakarane av helsetenester i heimen i alderen 67 år og eldre hadde blitt vurderte for risiko for underernæring dei siste tolv månadene.⁴⁵ Blant tenestemottakarane som blei vurderte i 2021, var 37 prosent i risiko for underernæring, 40,2 prosent av dei som var i risiko for underernæring, fekk utarbeidd ein individuell ernæringsplan. Dårleg oral helse er ein av mange faktorar som kan ha noko å seie for matinntak og ernæringsstatus hos eldre. Dårleg varetatt munn- og tannhelse kan gi infeksjonar som kan føre til tap av tenner og tyggefunksjon, og igjen bidra til underernæring. Det er derfor behov for eit systematisk arbeid med tannhelse for heimebuande eldre.

⁴⁴ Hektoen (2014).

⁴⁵ Tal frå Helsedirektoratet – Nasjonale kvalitetsindikatorar.

2.2 Pårørande

Pårørande til brukarar i dei kommunale tenestene er mange og har ulike livssituasjonar og behov. Pårørande er ein stor ressurs både for dei næraste og for samfunnet. Uformell, ulønt hjelp eller tilsyn er berekna til å utgjere 136 000 årsverk, medan årsverk i dei kommunale omsorgstenestene er berekna til 142 000 årsverk.⁴⁶

I 2021 blei den første nasjonale pårørandeundersøkinga publisert.⁴⁷ Undersøkinga viser at meir enn 1,5 millionar personar over 18 år gjer ein innsats som pårørande. Flesteparten er pårørande til foreldre, men også pårørande til barn, søsken og ektefelle/partnar utgjere store grupper i pårørandebefolkninga. Den eldste delen av befolkninga er den største mottakaren av pårørandeomsorg. Det vanlegaste er å yte pårørandearbeid til egne foreldre når ein er i alderen 40–60 år. Personar på 65 år eller eldre yter også ein stor del av omsorgs-årsverka, først og fremst til eigen ektefelle/sambuar. Denne aldersgruppa bidrar også med mykje frivillig arbeid retta mot eldre utanfor husstanden. Pårørande er omtalt meir inngående i strategien *Vi – de pårørende*.⁴⁸

2.2.1 Færre pårørande

I takt med den demografiske utviklinga er pårøranderessursen under press. Ein aukande andel eldre og færre i arbeidsfør alder gjer at det blir færre pårørande per eldre person som treng hjelp og støtte. I tillegg kjem at fleire unge flytter frå oppvekststaden. Sidan mange er pårørande til egne foreldre eller svigerforeldre, inneber flytting at fleire eldre framover vil bu langt unna dei næraste pårørande, noko som vil gjere at det ikkje er mogleg for dei å få dagleg hjelp og omsorg frå pårørande.⁴⁹

Auka press på pårørande i helse- og omsorgstenesta kan føre til at pårørande til eldre personar med omfattande hjelpebehov trekker seg heilt eller delvis ut av det formelle arbeidslivet. Det kan også påverke delar av helse- og omsorgssektoren som allereie i dag har utfordringar med nok arbeidskraft.

Utfordringsbiletet vi står overfor, viser at det framover vil bli viktig å sikre gode vilkår for pårørande, og dessutan legge til rette for at ein kan vere pårørande og samtidig delta i arbeidslivet.

⁴⁶ Hjemås, Holmøy og Haugstveit (2019).

⁴⁷ Opinion AS (2021).

⁴⁸ Departementene (2020).

⁴⁹ Blix et al. (2021).

Berekraftsutfordringane som tenesta står overfor, gjer det viktig å anerkjenne og behalde den uformelle omsorga. Med målretta tiltak som støttar opp om innsatsen til pårørande, og reduserer belastninga deira, vil vi hindre auka samfunnsøkonomiske kostnader som følge av at pårørande sjølve blir sjuke av pårørandearbeidet, og dermed får behov for tenester sjølve.

2.2.2 Manglande varetaking av pårørande

Å gi omsorg og støtte til andre har mange positive sider. Det kan opplevast tilfredsstillande å hjelpe sine næraste. Det kan gi meistringskjensle og ei oppleving av meining. Men det å vere pårørande kan også føre med seg mange utfordringar og dilemma. Pårørande kan vere utsette for isolasjon, stress og helseutfordringar, som depresjon og utmattingsymptom.

Mange pårørande har behov for å bli meir sett og lytta til enn dei blir i dag, og etterlyser empati og respekt i møte med tenestene.⁵⁰ Den nasjonale pårørandeundersøkinga indikerer at mange av dei som er spurde, opplever å ha gått «under radaren» som pårørande.⁵¹ Dei opplever at det har tatt lang tid å bli identifisert som pårørande, og at rolla deira og behova deira som pårørande dermed er usynlege for helse- og omsorgstenestene. Det betyr at i mange tilfelle er ikkje tenestene klare over den omsorgsbelastninga dei pårørande står i, praktisk og emosjonelt. Fleire pårørande opplever at det er vanskeleg å synleggjere overfor tenestene kva dei bidrar med, og korleis det blir opplevd. Dermed blir det også vanskeleg å finne gode løysingar for korleis arbeidsdelinga kan vere.

Pårørande har viktig kunnskap og informasjon om den dei er pårørande til, men undersøkinga til Pårørandealliansen frå 2019 viser at sju av ti kjenner seg utnytta av kommunen, eller ikkje blir lytta til når dei ber om hjelp, rettleiing eller støtte for eigne behov som pårørande.⁵² Nattevaking/nattarbeid og helsefaglege oppgåver som medisiner og varetaking av personleg hygiene blir opplevd som mest belastande å utføre. Ein av tre ønsker betre forståing for situasjonen sin og betre samarbeid/koordinering med tenesta, og to av fem ønsker fast kontaktperson og betre støtte og rettleiing i situasjonen sin. Innspela som blei gitt i dialogmøta til meldinga støttar opp under dette.

Mange brukarar og pårørande opplever at informasjon om tiltak og rettar er lite tilgjengeleg, og at ein må bruke mykje tid på å finne fram i systemet. Ein konsekvens av dette kan vere at ein ikkje får den hjelpa ein kunne fått, eller ikkje er i stand til å be om rett hjelpetiltak. Bruker ein mykje tid på å leite etter informasjon, vil ein fort komme i kontakt med fleire ulike instansar som ikkje nødvendigvis snakkar saman. I innspela til reformarbeidet blir det peikt på at mange pårørande bruker mykje av tida si på kontakt med ulike delar av tenesteapparatet, og at ein endar opp med å måtte koordinere hjelpa som blir gitt, sjølv.⁵³

Enkelte pårørande med samisk bakgrunn eller innvandrarbakgrunn kan ha ei anna forståing av pårøranderolla enn det helsetenestene er vande til. Derfor er det viktig med kompetanse i helsetenestene om korleis ein når fram med informasjon til personar med samisk bakgrunn eller innvandrarbakgrunn, og at informasjonen blir tilrettelagd. Ved behov er det viktig å bruke kvalifisert tolk også i kommunikasjon med pårørande, jf. lov om offentlige organers ansvar for bruk av tolk mv. (tolkelova). Lova skal bidra til å sikre rettstryggleik og forsvarleg hjelp og teneste for personar som ikkje kan kommunisere forsvarleg med offentlege organ utan tolk. Integrerings- og mangfaldsdirektoratet (IMDi) har laga ein rettleiar om korleis offentlege verksemder kan nå ut til personar med innvandrarbakgrunn. Formålet er å bidra til at forvaltninga når alle som bur i landet, uavhengig av norskkunnskapar og digitale ferdigheter.

Pårørandeundersøkinga 2022 viser at pårørande til eldre med omfattande tenestebehov meiner føreseielegheit i tenesta er det viktigaste det offentlege kan tilby. Omtrent halvparten av dei pårørande har behov for støtte for eigen del. 40 prosent av dei pårørande oppgir også at dei har behov for tilrettelegging på jobben eller i studiet som følge av innsatsen sin som pårørande. Som ein illustrasjon på omfanget av pårørandeinnsats viser undersøkinga *Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC)* at pårørande bidrar med ti gongar så mykje hjelp som heimetenestene i tida rett før ei sjukeheimsinnlegging. Medan heimesjukepleia gir mellom 1 og 18 timar hjelp den siste månaden før innlegging, gir dei pårørande mellom 142 og 160 timar uformell omsorg i den same perioden.⁵⁴

⁵⁰ Departementene (2020).

⁵¹ Opinion AS (2022).

⁵² Pårørandealliansen (2017).

⁵³ Tønnesen og Kassah (2017).

⁵⁴ Vossius et al. 2015.

2.2.3 Kjønnsforskjellar

Pårørandeundersøkinga frå 2021 viser at det er kjønnsforskjellar i utøvinga og opplevinga av pårørandeomsorga. Det er litt fleire kvinner enn menn blant dei pårørande, og det er vanlegare å gi pårørandeomsorg til ei kvinne enn ein mann. Kvinner utfører fleire pårørandeoppgåver enn menn i snitt, og dei bruker meir tid på pårørandeinnsats. I pårørandebefolkninga er det fleire kvinner enn menn som vurderer si eiga helse som ganske eller svært dårleg. Det er fleire kvinner blant dei pårørande som står utanfor arbeidslivet. Kvinner opplever det å gi pårørandeomsorg som meir belastande enn menn. Samtidig har dei i større grad ei oppleving av å vere til nytte for den dei er pårørande til. Forskjellane mellom kjønna er nokså store når det gjeld det å bekymre seg, oppleve stress og ha dårleg samvit i pårøranderolla.⁵⁵

På ei anna side viser nyare tal frå Statistisk sentralbyrå endringar i kjønnsbalansen når det gjeld tida som blir brukt på ulønt omsorgsarbeid. Levekårsundersøkinga frå 2019 viser at det ikkje lengre er signifikant forskjell på kor mykje tid kvinner og menn bruker på ulønt omsorgsarbeid i veka, men at tida blir brukt ulikt. For nærare omtale av kjønnsforskjellar, sjå Kvinnehelseutvalet sin rapport.⁵⁶

2.3 Inkludering og deltaking

Aldersvennlege og sosialt berekraftige byar og lokalsamfunn er viktig for å nå målet om at fleire eldre skal kunne bu trygt heime. Comte Bureau AS har i analysen sin av dei regionale innspelsmøta framheva behovet for å kjenne tilhøyrse til staden ein bur som eit av tre gjennomgåande behov blant eldre.⁵⁷ Dette behovet handlar om å bli inkludert og høyrd, men også om identitet, og det omfattar både det fysiske og det sosiale miljøet. Ein viktig føresetnad for å skape tilhøyrse og identitet er moglegheiter for å ta del i ordinære aktivitetar, og at desse aktivitetane er tilgjengelege. Dette inneber at friområde, parkar, byrom og ulike aktivitets- og servicetilbod er tilgjengelege og universelt utforma, og at det blir lagt til rette for å kunne bevege seg, gjennom til dømes trygge gangveggar og transporttilbod. På denne måten blir det lagt til rette for deltaking og medverknad.

Å jobbe for eit meir aldersvennleg samfunn er i tråd med berekraftsmåla til FN og inngår i FN-tiåret for sunn aldring (*Decade of Healthy Ageing 2021–2030*), der blant anna betydninga av tverrsektorielt samarbeid, inkludering og involvering blir understreka.⁵⁸ Eit aldersvennleg samfunn blir blant anna kjenneteikna av at ein anerkjenner og inkluderer eldre, og at bidraga deira blir verdsette og respekterte. For at dette skal lykkast, vil universell utforming av stader, bygningar, uteareal og transporttilbod vere ein sentral føresetnad.

Dei seinare åra har det vore ei positiv utvikling når det gjeld merksemd på alders- og demensvennlege løysingar i samfunnet og fleire kommunar har dette som eit utviklingsområde. Men det er framleis ein veg å gå for å nå målet om eit meir alders- og demensvennleg samfunn.

2.3.1 Medverknad

I arbeidet har regjeringa fått mange tilbagemeldingar om at eldre i lita grad blir involverte i utviklinga i lokalsamfunnet. Generelt er tilbagemeldinga at dei ikkje blir involverte, eller at det skjer seint i prosessen, og at den reelle moglegheta til å påverke blir opplevd som svært låg. For å sikre god brukarmedverknad og styrke lokaldemokratiet er både offentlege og private planleggjarar pålagde etter plan- og bygningslova å sørge for medverknad frå dei som planlegginga vedkjem.

For å sikre representasjon av grupper som vanlegvis er underrepresenterte i dei folkevalde organa, skal kommunane i samsvar med kommunelova opprette eldreråd og råd for personar med funksjonsnedsettingar. Medlemmene blir etter den nye kommunelova rekna som folkevalde, på linje med andre som sit i folkevalde organ. Men manglande opplæring har vore framheva som ei utfordring. Å sikre god og tilrettelagd informasjon og opplæring er heilt sentralt for at råda skal kunne vareta oppgåvene sine. Det er viktig at råda kjem tidleg inn i saks- og politikktutvikling, og at dei blir involverte i alle relevante sakstypar, ikkje berre saker som omhandlar helse- og omsorgstenester. Det er derfor behov for å jobbe meir systematisk med medverknadsprosessar, slik at personar i ulike aldrar og med ulik kulturell bakgrunn kan møtast og dele kunnskapen sin og erfaringane sine.

Blant eldre i dag og kommande generasjonar vil fleire ha utdanning og ressursar. Men eldre og

⁵⁵ Berge et al. (2014).

⁵⁶ NOU 2023: 5.

⁵⁷ Comte Bureau (2022).

⁵⁸ <https://www.decadeofhealthyageing.org/about/about-us/what-is-the-decade>

seniorar opplever diskriminerande og stereotypiske haldningar, som at dei har «gått ut på dato», eller blir møtte med låge forventningar. *Alderisme* er eit omgrep som handlar om både haldningane til eldre og diskriminering av eldre. Blant yrkesaktive over 60 år har nesten ein av ti sjølv opplevd aldersdiskriminering, og det har vore ein auke det siste tiåret.⁵⁹ Denne typen haldningar medfører at mange eldre kjenner seg utanfor i arbeids- og samfunnsliv. Det å ikkje bli involvert i samfunnsliv eller ikkje kunne stå i arbeid har noko å seie for levekåra og livskvaliteten til den enkelte. Det er behov for meir openheit om normale aldringsprosessar, slik at fleire eldre blir inkluderte og involverte. Vidare er det viktig at reglane i arbeidsmiljølova og likestillings- og diskrimineringslova mot diskriminering på grunn av alder blir etterlevde.

2.3.2 Kultur og møteplassar

Eit gjennomgåande tema i tilbakemeldingane regjeringa har fått i arbeidet, er behovet for sosial og kulturell aktivitet. Det å vere i aktivitet og delta i sosiale fellesskap er viktig for alle og kan førebygge einsemd og hindre at eksisterande helseproblem blir forsterka. For mange er det ein viktig føresetnad for å kunne bu heime lenger. Mange eldre opplever at det er få tilbod, eller at innhaldet i tilboda ikkje treffer. Det kan vere at tilboda blir oppfatta som utdaterte, eller at ein opplever at møteplassen har institusjonspreg. Dagens eldre er meir motiverte for å delta som frivillige dersom deltakinga er fleksibel og kortsiktig. Fleire kommunar og frivillige organisasjonar har gode erfaringar med å involvere dei eldre gjennom brukarundersøkingar eller som frivillige, slik at tilboda blir meir varierte. Mange opplever at det ofte er utfordrande å få oversikt over tilbod. Frivilligsentralar eller seniorsenter har ofte eit mangfaldig aktivitetstilbod, men tilboda er ikkje alltid godt nok kjende. Deltaking i både formelle gruppeaktivitetar som organisasjonar og foreiningar, og uformelle gruppeaktivitetar som skjer i eit nabolag, bidrar til den sosiale berekrafta i eit område. Det er derfor viktig med infrastruktur og møteplassar som legg til rette for at desse aktivitetane skjer.

Utforminga av dei fysiske omgivnadene har mykje å seie for om eldre og personar med funksjonsnedsettingar skal kunne delta aktivt på ulike arenaer, som kultur, frivillig arbeid, friluftsliv eller andre sosiale arenaer. Sjølv om medvitet om universell utforming og aldersvennlege løysingar er

aukande, er det framleis ein veg å gå. Transportløysingar som ikkje er universelt forma ut, kan hindre personar med funksjonsnedsettingar i å reise og i å delta i aktivitetar. Tilsvarande vil omgivnader og bygg som ikkje er universelt forma ut, hindre deltaking frå eldre og personar med funksjonsnedsettingar. Tilstandsanalysen til Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet viser at det er ei stor utfordring at ikkje alle eksisterande publikumsbygg og uteområde er universelt forma ut.⁶⁰

Det er stor variasjon mellom kommunane når det gjeld kompetanse om universell utforming, og korleis det blir varetatt i planlegginga av byar og tettstader. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet meiner det er eit behov i kommunane for kompetanse om korleis dei kan vareta universell utforming på ein god måte i areal- og samfunnsplanlegginga si. Samtidig viser tal frå Kartverket ei auka interesse lokalt for å kartlegge status for tilgjengelegheit i kommunane. Fleire kommunar jobbar målretta med å auke grada av universell utforming i uteområde som turvegar og friluftsområde.

Ein studie frå 2012 viser at det som motiverer eldre til å gå, er at destinasjonen mogleggjer sosial interaksjon.⁶¹ Uteromma må derfor vere universelt forma ut, med lett framkommelege gangvegar og gjerne tilgjengelege sittebenker. Dei bør også vere forma ut slik at dei er eigna som møteplassar for alle aldersgrupper. Gode nabolag og sosial infrastruktur som støttar aktivitet, er viktig for livskvaliteten til eldre, og legg til rette for sosial samhandling.⁶²

2.3.3 Digital kompetanse

Det å ha grunnleggjande digitale ferdigheiter har noko å seie for om eldre skal kunne bu trygt heime. Digital kompetanse er viktig for bruk av tryggleiks- og meistringsteknologiar i eigen heim, men også for generell deltaking i samfunnet, som til dømes for å kjøpe billett på bussen, hente informasjon frå det offentlege eller nytte andre service-tilbod.

Noreg er blant dei mest digitaliserte samfunna i verda. Dei aller fleste er i stand til å bruke sentrale digitale tenester. Norsk mediebarometer 2022 frå Statistisk sentralbyrå viser at heile 93 prosent av befolkninga bruker internett på ein gjennomsnittsdag.⁶³ Blant dei eldste (80 år eller eldre)

⁶⁰ Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2020).

⁶¹ Høyland et al. (2018).

⁶² Høyland et al. (2018).

⁶³ Schiro (2022).

⁵⁹ Solem (2022).

er talet 48 prosent. Det har vore ein auke i bruken av internett blant eldre i gruppa 67–79 år, frå 68 prosent i 2021 til 84 prosent i 2022.

For personar med låg digital kompetanse kan digitalt utanforskap oppstå. Befolkningsundersøkinga frå Direktoratet for høgare utdanning og kompetanse frå 2021 viser at 480 000 nordmenn har svake digitale ferdigheiter, medan 130 000 personar opplyser at dei ikkje bruker nokon digitale verktøy. Dette inneber ein mogleg risiko for at grupper i befolkninga ikkje greier å få tilgang på tenester som berre blir formidla digitalt. Dei har dermed ikkje likeverdige tilgang til tenester, heller ikkje på tvers av offentlege sektorar. Årsakene til at nokre er mindre deltakande i den digitale utviklinga enn andre, er samansette, og det kan handle om både tilgang, motivasjon og evne til å ta i bruk digitale verktøy, og dessutan dårleg brukargrensensnitt og kompliserte digitale løysingar. Grupper i befolkninga som oftare har låg digital kompetanse, omfattar eldre personar, personar med enkelte funksjonsnedsettingar og motoriske vanskar, personar utanfor arbeidslivet og innvandrarar.⁶⁴

Den teknologiske utviklinga går raskt og vil halde fram i eit høgt tempo. Sjølv om tenestene og produkta ofte blir enklare og billigare for innbyggjarane, vil krava til kunnskapar og tekniske ferdigheiter auke.

For sårbare grupper og innbyggjarar vil digitale utfordringar kunne slå inn på eit tidlegare tidspunkt, og kanskje ha større konsekvensar, enn for den øvrige befolkninga. I tillegg vil mange av dagens digitalt kompetente innbyggjarar kunne oppleve at den digitale kompetansen blir svekt som følge av sjukdom eller sansetap, eller fordi dei ikkje lengre praktiserer og held ved like kunnskapen. I kva grad ein er innanfor det digitale fellesskapet, kan dermed endre seg gjennom livsløpet. Samtidig må det takast høgde for at framtidas eldre potensielt er meir digitalt kompetente og har større forventningar til ei digital helse- og omsorgsteneste, enn dagens eldre.

2.3.4 Frivilligheita

Det å delta i frivillig arbeid er positivt for helsa og livskvalitet, og bidrar til å hindre utanforskap og einsemd.⁶⁵ Gjennom frivillig arbeid møter ein andre og er aktiv. Dette reduserer einsemd og bidrar til auka livskvalitet. Og ikkje minst kan ein gjennom å engasjere seg i frivillig arbeid få brukt

eigne ressursar og kunnskap til å hjelpe eller skape glede for andre.

Frivilligheita bidrar til å skape gode møteplassar for folk i alle aldrar og gir folk høve til å ta del i fellesskap og vere aktive bidragsytarar. Mange eldre deltar i frivillig arbeid, men det er samtidig ei målsetting at fleire skal bidra. Senteret for et aldersvennleg Norge har peikt på at ei hovudutfordring er at eldre ikkje blir inviterte til å delta i frivillig arbeid, og at mange fleire kan tenke seg å bidra. Enkelte studiar peiker på at mange etter å ha gått av med pensjon kan føretrekke fri-dom frå forpliktingar, heller enn å ta på seg nye, og at mange samtidig er pårørande til foreldra sine. Det er også ei rekke barrierar som hindrar deltaking frå eldre. Hansen og Slagsvold peiker på at haldningar til eldre kan vere ein barriere, som at eldre har vanskelegare for å lære, er mindre kreative, meir rigide og langsame.⁶⁶ Det er også ei endring i organisasjonstilknytning. Tidlegare hadde ein ei sterk og langvarig tilknytning til ein eller fleire organisasjonar. I dag er det ein aukande tendens til tidsavgrensa deltaking framfor å ha noko som ein fast aktivitet eller å vere medlem i ein organisasjon.⁶⁷

Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor har gjennomført spørjeundersøkingar både under og etter koronapandemien for å sjå korleis pandemien har verka inn på frivillig innsats og det frivillige organisasjonslandskapet. Både talet på personar som gjer frivillig innsats, og omfanget av den frivillige innsatsen gjekk ned frå tidleg til seint i pandemien. Det er særleg blant korttidsfrivillige, til dømes i samband med festivalar og andre arrangement, at fråfallet av frivillige har vore størst. Basen av frivillige ser likevel ut til å bestå. Andelen av befolkninga som driv mykje frivillig aktivitet, har halde seg stabil. Samanlikna med før koronapandemien svarer ein større del eldre enn yngre at dei har redusert eller avslutta aktiviteten sin. Ein av tre organisasjonar melder at dei opplever utfordringar med rekruttering av nye medlemmer og frivillige. Samtidig seier dei fleste organisasjonane at dei forventar at aktiviteten skal komme tilbake på same nivå som før pandemien.⁶⁸

2.3.5 Transport

Trygg og aldersvennleg transport er svært viktig for at eldre skal kunne bli buande lengre heime,

⁶⁴ Helsedirektoratet (2021c).

⁶⁵ Fladmoe og Folkestad (2017).

⁶⁶ Hansen og Slagsvold (2020).

⁶⁷ Folkestad et al. (2015).

⁶⁸ Fladmoe og Arnesen (2022).

og ha reelt høve til samfunnsdeltaking utanfor heimen. Tal frå Trygg Trafikk viser at om lag 37 prosent av personar over 80 år i Noreg har gyldig førarrett. Med ein stadig aukande del eldre er det rimeleg å forvente at behovet for aldersvennleg transport er aukande. Ein gjengangar i innspela til arbeidet har vore mangelen på gode transportløysingar. Helsedirektoratet og Senteret for et aldersvennleg Norge har i 2022 fått gjennomført ei kartlegging av transport for eldre.⁶⁹ Rapporten viser at dagens offentlege transporttilbod for eldre på langt nær dekkjer transportbehovet eldre har for å få gjennomført daglege gjeremål overalt i landet, og at utfordringa er størst i distrikta. Det skal vere tilrettelagt for gonge for eldre, også på vinterstid. 22 prosent av fallulukkene blant eldre i alderen 60–79 år skjer på gate, fortau eller gang- og sykkelveg, og for dei som er 80 år eller eldre, er andelen nær 10 prosent.⁷⁰

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet har gjennom kartleggingane sine av universell utforming peikt på at det er behov for å skape ei reisekjede som er universelt forma ut, og at det synest å vere langt igjen til kollektivtransporttilbodet er universelt forma ut.⁷¹ Personar med funksjonsnedsettingar opplever i langt større grad enn befolkninga utan funksjonsnedsetting barrierar ved bruk av kollektivtransport. Utforminga av bussar og tog har vore prioriterte tiltaksområde, saman med oppgradering av haldeplassar og terminalar. Samtidig er det behov for ei meir heilskapleg satsing for å gjere reisekjeder samanhengande. Det står framleis att arbeid med sentrale element som vintervedlikehald med god standard, rett belysning og gode kontrastar, forbetra tilkomst til haldeplassar og gode løysingar for kryssing av vegen. Utforminga av automatiserte og digitale billettløysingar kan opplevast som for kompliserte for mange brukarar.

Målet om samanhengande reisekjeder stiller store krav til samarbeid mellom statlege etatar og verksemder, kommunar, fylkeskommunar og private aktørar. Manglande etterleving av standardar kan føre til utilfredsstillande og utilgjengelege løysingar, som kan måtte kompenseras for med spesialløysingar, og i nokre tilfelle kostnadskrevjande ombyggingar. Felles standardar bidrar til føreseielegheit for trafikantane. Skal reisekjeda bli universelt forma ut, må kompetansen om kva dette inneber, bli heva i alle ledd. Drifta av knutepunktet,

haldeplassen og gangvegen må halde høg standard heile året. Tilgang på god informasjon både i forkant av, under og etter reisa er ein sentral føresetnad for at den reisande skal kjenne seg trygg, særleg når det oppstår avvik eller forseinkingar. Her vil bruk av teknologi som bidrar til at informasjonen når ut på ulike måtar, vere sentralt. Ein viktig del av arbeidet er å få på plass lik informasjon både på stasjonen og i informasjonskanalar, og sjå på løysingar der skriftleg og munnleg informasjon blir gitt i sanntid når avvik oppstår.

Medan det i byområde særleg blir peikt på behovet for å skape reisekjeder som er universelt forma ut, er utfordringa i griskrendte område tilgang til eit grunnleggjande transporttilbod. Transporten i distriktskommunar er i stor grad bilbasert, noko som er utfordrande for dei gruppene av befolkninga som ikkje har bil, eller kan køyre bil.⁷² Lange avstandar mellom bustader og aktivitetar og tenester, spreidd busetnad og låg befolkningstettleik gjer det utfordrande å tilby befolkninga i distrikta økonomisk berekraftige kollektivtransportløysingar som svarer til behova deira. Det er derfor nødvendig å finne nye måtar å organisere og forme ut kollektivtransporttilbodet i distrikta på, slik at det blir meir sosialt og økonomisk berekraftig.

Med ei aukande eldrebefolkning som skal bu heime, er det behov for å fremme trafikktryggleik for fotgjengarar. Andelen skadde som er fotgjengarar, er lågare for vaksne enn for barn og ungdom, men aukar igjen med stigande alder og utgjer 30 prosent av alle skadde blant dei aller eldste (85 år eller eldre).⁷³

2.3.6 Næringsliv

I eit levande lokalsamfunn vil næringslivet spele ei viktig rolle. Eldre ønsker, som alle andre, god tilgang til butikkar, kafear, kulturtilbod og ulike servicefunksjonar. Digitale eller fysiske barrierar som betalingsløysingar eller manglande tilgjengelegheit kan gjere det vanskeleg å meistre alminnelige kvardagsrutinar, som å handle. Tap av sansar som høyrsel og syn kan gjere det vanskeleg å bruke ein del fellesarenaer. Mange av barrierane kjem av lite brukarvennleg design og produktutforming som ikkje er tilpassa behova til eldre forbrukarar. For personar med demens vil sviktande minne og dårleg orienteringsevne gjere kvardagslege rutinar som handlingskrevjande. Utforming og fargebruk har noko å seie for eit

⁶⁹ Vista Analyse (2022).

⁷⁰ Personskadedata 2022.

⁷¹ Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2020).

⁷² Bardal et al. (2021).

⁷³ Ohm et al. (2019).

inkluderande samfunn der alle kan delta på like vilkår.

Med fleire eldre i befolkninga representerer dei ein aukande marknad, ofte omtalt som *the silver economy*. Eldre forbrukarar er ofte ei kjøpesterk gruppe, men er ikkje nødvendigvis den gruppa som blir trekt fram som fokusgruppe ved utvikling av nye produkt. I partnerskapsprogrammet sitt med organisasjonar og næringsliv bidrar Senteret for et aldersvennlig Norge til å styrke medvitte blant norske aktørar om behova til eldre. Denne typen partnerskap er viktige for å få fram nye tankar og synergjar på tvers av sektorar, slik at det blir utvikla aldersvennlege produkt og tenester og ein reduserer alderisme.

Når fleire skal bu heime, vil ein del private tenestetilbod, slik som reinhald og praktiske tenester, bli stadig viktigare. Dette styrker behovet for å arbeide for ordna forhold og fremme seriøse verksemder i desse bransjane. Det er tatt ei rekke initiativ for å styrke arbeidstakarane sine rettar i arbeidslivet gjennom regjeringas handlingsplan for sosial dumping og arbeidslivskriminalitet. Partane samarbeider også om å sikre ordna arbeidsvilkår i reinhaldsbransjen gjennom eit trepartsbransjeprogram for reinhald.

2.4 Bustad og planlegging

2.4.1 Bustadsituasjonen for dei eldre

Dei aller fleste over 75 år som bur i bustader i den ordinære bustadmarknaden, eig sin eigen bustad. Det er store geografiske variasjonar i kva bustader dei over 75 år bur i. I dei mest sentrale kommunane bur 54 prosent i leilegheiter og 29 prosent i einestader. I dei minst sentrale kommunane er mønsteret omvendt.⁷⁴ Medan eldre i Noreg generelt har relativt gode buforhold, viser ny forskning at blant eldre innvandrarar er andelen som eig, lågare, og dei bur ofte trongare enn andre eldre.⁷⁵

Mangel på eigna bustader

Velegne bustader for eldre kan handle om god tilgjengelegheit, formålstenleg plassering og høve til å bu heime og få (eventuelle) helse- og omsorgstenester der.⁷⁶

Det er store forskjellar på kor aldersvennleg den eksisterande bustadmassen i Noreg er. I

enkelte delar av landet gir bustadbygging eit raskt veksande tilbod av nye bustader, medan i andre delar av landet blir bustadmassen endra sakte. Krav til nye bustader kan gjere dei velegne for eldre, og bustadbygging bidrar til at fleire bustader over tid blir meir aldersvennlege. Statistisk sentralbyrå anslår at rundt 20 prosent av bustadene i Noreg er tilgjengelege for rørslehemma eller kan bli tilpassa utan altfor store kostnader, og at denne andelen vil auke til 35 prosent i 2040 på grunn av nybygging.

Eigna bustader kan gjere eldre meir sjølvhjelpete og mindre isolerte og auke livskvaliteten deira, i tillegg til at det reduserer den offentlege ressursbruken. Om lag 35 prosent av bustadene heimetenesta besøker, har fysiske hinder av betydning for ressursbruken i omsorgssektoren. Ut frå vurderingane til heimetenesta kan utbetring av bustadene blant anna bidra til at behovet for heimetenester, behovet for flytting til ny bustad og fallrisikoen blir redusert i høvesvis 18, 30 og 34 prosent av bustadene. Tilsvarande vil plasseringa av bustaden ha noko å seie for reisetid til heimetenesta.

Rundt 43 prosent av alle bustadblokker i landet har heis, men også her er det store geografiske skilnader. Berre 14 prosent av bustadblokkene i dei minst sentrale kommunane har heis. Totalt bur 11 prosent av eldre over 66 år i andre etasje eller høgare utan heis.⁷⁷

Mange eldre blir ramma av einsemd, som igjen gir auka risiko for depresjon og kognitiv svikt. I møte med ei aldrande befolkning og færre i arbeidsdyktig alder må samfunnet søke nye, berekraftige bu- og leveformer som stimulerer til eigenmeistring, sosiale møteplassar og livskvalitet, og som på formålstenleg og forsvarleg vis legg til rette for eventuelle tenester. Det er eit aukande medvit om nye buformer, og fleire europeiske land har satsa på bufellesskap og sosiale buformer. Bebuarar i bufellesskap for eldre i Danmark og Sverige rapporterte at dei var friske og fornøgde med buforholda sine, og dei tilrådde buforma varmt til andre eldre.⁷⁸

Dårlegare tilgang på eigna bustader i distriktskommunar

Tilgangen på eigna bustader er særleg eit problem i distriktskommunar (sentralitetsklasse 5 og 6). Bustadmarknadene i mange distriktskommunar er små, usikre og stagnerande. Omsettings-

⁷⁴ Prognosesenteret (2021).

⁷⁵ Dzamarja (2022).

⁷⁶ Sørvoll et al. (2018).

⁷⁷ SSB (2017).

⁷⁸ Choi (2004); Moe et al. (2021); Nielsen og Pedersen (2017).

takten er låg, og marknadene er prega av lite eller inga nybygging. Byggekostnadene for nybygg kan vere høgare enn bustadverdien, noko som gir tapsrisiko for den enkelte, og kan føre til at folk ikkje ønsker å ta opp eller ikkje får lån til bustadinvesteringar.

I distriktskommunane er over 90 prosent av bustadene einebustader, tomannsbustader eller rekkehus, og hovuddelen er bustader bygde mellom 1945 og 1980-talet.⁷⁹ I dei minst sentrale kommunane (sentralitetsklasse 6⁸⁰) er berre 7 prosent av dagens bustader bygde etter 2010. Mange av bustadene ligg i grisgrendte område utanfor større tettstader, og med lang avstand til service-, teneste- og kulturtilbodet i kommunen.

Prisstiginga er vesentleg lågare i distrikta enn i sentrale strøk. Det gjer at folk opplever uvisse knytt til om det vil vere mogleg å få selt bustaden sin til ein rimeleg pris. Dette gir låg mobilitet i dei lokale bustadmarknadene. Låg prisstiging gjer at bustadeigarar i distrikta ikkje har same drahjelp frå bustadprisutviklinga til å bygge opp eigenkapital. Mangel på eigenkapital gjer at den enkelte har problem med å kjøpe seg bustad. Det gjeld særleg blant eldre.⁸¹ Dårleg tilgang på eigna bustader og avgrensa høve til å selje eksisterande bustad fører til at eldre i distrikta i stor grad blir buande i bustader som ikkje er tilpassa eit liv med funksjonsnedsettingar.

2.4.2 Planlegging av eigen busituasjon

Mange eldre ønsker å bli buande i den noverande bustaden sin så lenge som mogleg. Andre ønsker å flytte til bustader som er meir tilpassa alderdommen. I den grad bustaden ikkje lenger er eigna, står dei eldre som ønsker å gjere noko med situasjonen, overfor to val; anten å tilpasse eigen bustad til den endra livssituasjonen eller å flytte til ein ny og meir eigna bustad.

Tilpassing av bustad

Sjølv om både bebuarar og det offentlege kan få gevinstar av bustadutbetringar, blir mange fornuftige utbetringar ikkje gjennomførte. Undersøkingar viser at mange ikkje kjenner til dei ordningane som finst for å gjere tilpassingar i eigen bustad.⁸² Rundt tre av fire meiner at det ikkje er aktuelt å gjennomføre ombygging eller tilpassing

av dagens bustad.⁸³ I bustadundersøkinga til Husbanken frå 2022 svarte sju av ti at dei meiner det er eit offentleg ansvar å sikre at befolkninga får ein tilpassa bustad ved endra behov. For bustadeigarar kan både praktiske utfordringar og kostnader utgjere hindringar mot å gjere bustadstilpassingar. For bustadeigarar vil tilpassing av eigen bustad kunne bidra til å gjere den enkelte meir sjølvhjelpet og gi tryggleik i kvardagen. Offentleg sektor vil ha gevinstar av at den enkelte bustadeigar investerer og gjer bustadtilpassingar fordi det kan påverke kva for tenester den enkelte treng. Det kan gjere at bustadeigarar ikkje gjer bustadtilpassingar, fordi dei ikkje opplever at dei får ein gevinst som svarar til investeringa, sjølv om det er samfunnsmessig fornuftig.

Mobilitet på bustadmarknaden

Studiar av mobilitet blant eldre på bustadmarknaden indikerer at det har blitt meir vanleg å flytte i aldersintervallet 60–75 år dei siste 20 åra. Flytting blant eldre er mest utbreidd blant personar mellom 60 og 75 år som bur i sentrum av storbyane, og minst utbreidd blant eldre som bur i grisgrendte strøk.⁸⁴

Personar i denne aldersgruppa flyttar i stor grad frå einebustad til leilegheit. Dei som flyttar relativt seint i livet, vel i større grad enn andre bustad med tanke på tilgjengelegheit, og personar som flytta inn i den noverande bustaden sin etter at dei fylte 60 år, bur i meir tilgjengelege bustader enn personar som flytta då dei var i 50-åra eller tidlegare.

Mobiliteten er lågare i distriktskommunar. Her er det relativt få eldre som på eiga hand flyttar til ein bustad som er lagd til rette for alderdommen. Det heng saman med låg tilgang på eigna bustader og avgrensa høve til å selje den bustaden ein har.⁸⁵

2.4.3 Den kommunale planlegginga for eldrebustader

Kommunane er den viktigaste aktøren i bustadpolitikken. Som planstyresmakt med ansvar for areal- og samfunnsplanlegginga legg kommunane premissar for eit aldersvennleg samfunn. Når kommunar skal planlegge og legge til rette bustader for eldre, er det fleire forhold som spelar inn. Viktige stikkord er kunnskap om demografi (som

⁷⁹ SSB statistikkbanken – Boliger.

⁸⁰ Høydahl (2017).

⁸¹ Samfunnsøkonomisk analyse AS (2020).

⁸² Ipsos (2018).

⁸³ Sørvoll et al. (2016).

⁸⁴ Sørvoll et al. (2020).

⁸⁵ NOU 2020: 15.

igjen påverkar bustad- og tenestebehovet til innbyggjarane), personlege bustadpreferansar og (bustad)økonomi, tilgjengelegheita til bustadmassen, lokale bustadmarknader, folkehelse og moglegheitene til eldrebustadpolitikken. Å legge til rette for at fleire kan bu trygt heime, handlar om aldersvennleg bustadplanlegging, om inkluderande bumiljø og stads-kvalitetar, om korleis kommunane organiserer og yter tenestene sine, og om kvar dei lokaliserer private tenester og opplevingstilbod. Det krev langsiktig, heilskapleg og tverrfagleg samfunns- og arealplanlegging og kapasitet til strategisk samfunnsutvikling. Kostnader ved å bidra til ei aldersvennleg bustadutvikling vil dessutan komme før gevinstane, og gevinstane kan vere usikre og langt fram i tid.⁸⁶ Det er viktig å legge til rette for varierte bustader, som bidrar til varierte bustadmiljø på tvers av alder, og som bidrar til generasjonsmøter.

Undersøkingar viser at mange mindre kommunar manglar planleggingskompetanse, eller at kapasiteten er låg. 60 prosent av kommunane opplyser at dei har under eitt årsverk til samfunnsplanlegging, der arbeid med samfunnsdelen til kommuneplanen og obligatorisk planstrategi og planprogram etter plan- og bygningslova inngår.⁸⁷ Meir enn kvar femte kommune med under 3000 innbyggjarar har ingen årsverk til å jobbe med samfunnsplanlegging. Det ligg ofte fleire arbeidsoppgåver og ansvarsområde til ei stilling, og få tilsette gjer kommunane meir sårbare ved utskifting av tilsette. For å handtere dei store demografiske endringane treng særleg dei mindre distriktskommunane støtte frå aktørane rundt seg for å få mest mogleg ut av egne ressursar. Mange aktørar gir rettleiing til kommunane, men den samla innsatsen kan få større og meir varig effekt dersom regionale og nasjonale aktørar samordnar innsatsen sin.

Ein rapport frå By- og regionforskningsinstituttet NIBR om kommunane si planlegging for ei aldrende befolkning, viser at kommunane er førebudde på utfordringar i omsorgstenesta, men at særleg dei mindre kommunane ikkje har sett på korleis folkehelsearbeidet og andre kommunale ordningar må tilpassast.⁸⁸ Kommunane er i varierende grad medvitne om samanhengen mellom helse- og omsorgstenester og bustadpolitikk. I utvalet er det dei største kommunane som går mest i detalj om eldreperspektivet i bustad- og arealplanlegginga. Velferdsforskningsinstituttet Nova

peiker på at éi årsak kan vere at dei mindre kommunane ofte har svært avgrensa ressursar til blant anna samfunnsplanlegging, og at dei ofte har langt høgare samla dekning av tilrettelagde omsorgsbustader og sjukeheimplassar enn dei største kommunane.

2.4.4 Branntryggleik

Brannar medfører kvart år tap av menneskeliv og store materielle skadar i tillegg til persons-kadar. Med aukande alder er det ein aukande risiko for å omkomme i brann, som følge av blant anna redusert kognitiv funksjon og fysiske utfordringar. Mange eldre treng hjelp til å vareta branntryggleiken sin. Frå ein analyse av dødsbrannar i Noreg har ein funne at det er fire risikofaktorar som går igjen hos dei som omkjem i brann som har nådd pensjonsalder: nedsett førleik, nedsett kognitiv funksjon, psykiske lidningar og røyking.⁸⁹ Også omgivnadene til individet har noko å seia for branntrekket, til dømes tekniske tiltak i bustaden og sosiale og om ein har familie, nettverk og tenester frå kommunen. I analysen av dødsbrannar i Noreg fann forskarane at det er knytt risiko til det å vere aleine. Sjansen for at brannen blir oppdaga i tide, er redusert, og det er vanskelegare å rømme.

I samband med nedstenginga under koronapandemien var det mange eldre som hadde mindre sosial kontakt, og mange blei meir einsame.⁹⁰ Ein slik situasjon gjer det ekstra vanskeleg å oppdage brannfarlege forhold, spesielt hos dei som bur aleine.

Tal frå Direktoratet for samfunnstryggleik og beredskap (DSB) viser at ni av ti som omkjem i brann i Noreg, døyr heime i sin eigen bustad. Med ei utvikling der eldre skal bu heime så lenge som mogleg og få helse- og omsorgstenestene i heimen, er auka merksemd på branntryggleiken til eldre og branntilpassa bustader viktig for at fleire eldre skal kunne bu trygt heime.

2.5 Medarbeidarar

Mange kommunar, særleg blant distriktskommunane, har allereie i dag store utfordringar med å rekruttere og behalde kvalifisert personell. Parallelt med auka etterspurnad etter helse- og omsorgstenester vil veksten i tilgjengeleg arbeidskraft bremse kraftig. Helsepersonellkommi-

⁸⁶ Bjerkmann, Holden og Kristiansen (2019).

⁸⁷ Vinsand og Eidset (2016).

⁸⁸ Helgesen og Herlofsen (2017).

⁸⁹ Sesseng, Storesund og Steen-Hansen (2017).

⁹⁰ Røde kors (2021).

sjonen (NOU 2023: 4 *Tid for handling*) har peikt på at personellbehova i kommunane vil auke ytterlegare, særleg i omsorgstenesta. Kommisjonen meiner at personellinnsatsen framover må styrast mot kommunale omsorgstenester for å klare å handtere det aukande talet på eldre.⁹¹ Kommisjonen meiner vidare at målsettinga om å behalde og utvikle gode og berekraftige helse- og omsorgstenester til befolkninga berre er mogleg dersom omfattande tiltak blir tatt i bruk i tide.

2.5.1 Rekruttere og behalde

Arbeidsgivarmonitoren til KS for 2021 viser at nesten alle kommunar har utfordringar med å rekruttere og behalde sjukepleiarar, og at dei fleste også har utfordringar med å rekruttere og behalde legar, psykologar, vernepleiarar og helsefagarbeidarar. Nærare halvparten av kommunane i landet har utfordringar med å rekruttere og behalde fysioterapeutar, ergoterapeutar, sosionomar og barne- og ungdomsarbeidarar. Kommunar i heile landet har problem med å rekruttere og behalde personell, men utfordringa er størst i små og mellomstore kommunar.

I tillegg til utfordringane med å rekruttere personell er det mange kommunar som strever med høgt sjukefråvær og å behalde personell over tid. Det er naturleg for store verksemdar som helse- og omsorgstenestene å ha ein viss sirkulasjon av tilsette. Samtidig er dei kommunale helse- og omsorgstenestene prega av stor gjennomtrekk, og i periodar må ein stor del av personellet erstattast med vikarar. Og svært mange av dei som sluttar, begynner ikkje i ei ny delteneste eller i ein ny kommune, men forlèt kommunesektoren.⁹² Legemeldt sjukefråvær i dei kommunale helse- og omsorgstenestene var 8,4 prosent i 2021. Dette er klart høgare enn i arbeidslivet generelt og høgare enn i nesten alle andre kommunale sektorar. Det er også store variasjonar i sjukefråværet mellom dei ulike yrkesgruppene i kommunane.

Rekrutteringsutfordringane har samansette årsaker, men mangel på heiltidsstillingar og manglande moglegheiter for fagleg utvikling på grunn av små fagmiljø er nokre viktige forklaringar.⁹³ Likeins er erfaringane til studentar og elevar frå praksisperiodar i dei kommunale helse- og omsorgstenestene av betydning, til dømes om dei blir møtte på ein god måte og får tilstrekkeleg rettleiing.

⁹¹ NOU 2023: 4.

⁹² NOU 2023: 4.

⁹³ Helsedirektoratet (2021b).

Når det gjeld legar, er det også fleire årsaker, blant anna aukande arbeidsbelastning generelt. I små kommunar er det stor legevaktbelastning.

Tal frå framskrivinga til Statistisk sentralbyrå av etterspurnad etter helsepersonell (HELSEMOD) viser at behovet for helse- og omsorgspersonell vil auke med 33 prosent på nasjonalt nivå, det vil seie frå om lag 310 000 i 2017 til om lag 411 000 i 2035. Veksten vil vere størst i dei kommunale omsorgstenestene.⁹⁴ Framskrivningane viser at det kan vere behov for ein samla vekst i årsverka i omsorgstenesta på rundt 55 000 fram til 2035. Framskrivningane viser i tillegg ei stor underdekning av særleg sjukepleiarar og helsefagarbeidarar, men også av vernepleiarar. Som Helsepersonellkomisjonen beskriv, vil det ikkje vere berekraftig at bemanningsutviklinga held fram i takt med den demografiske veksten. Det er behov for tiltak og ein heilskapleg innsats på fleire tiltaksområde, som til saman vil bidra til omstilling. Blant desse områda er oppgåvedeling, utdanning og kompetanseutvikling og digitalisering og teknologisk utvikling.

For nærare omtale av personellmangelen blir det vist til *Opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten* i kapittel 10 i budsjettproposisjonen til Helse- og omsorgsdepartementet for 2023.

2.5.2 Utdanning

God tilgang på utdanning ved vidaregåande skular, fagskular, høgskular og universitet er avgjerande for at den enkelte og samfunnet skal få tilstrekkeleg kompetanse til å løyse dei utfordringane vi står overfor. Det er vedvarande høg mangel på helsepersonell, og framskrivingar viser at mangelen vil auke framover. Det er særleg høg mangel på sjukepleiarar. Utdanning er eit av fleire viktige tiltak for å dekke kompetansebehov. Det gjeld både for å sikre unge ei grunnutdanning, og for å gi arbeidstakarar høve til å vidareutvikle eller omstille seg.

I Meld. St. 14 (2022–2023) *Utsyn over kompetansebehovet i Norge* slår regjeringa fast at det er viktig at utdanning er tilgjengeleg i heile landet og uavhengig av livssituasjonen til folk. Det er utdanningsinstitusjonane som har ansvar for å utvikle og tilby relevant utdanning av god kvalitet. I distrikta, der arbeidsmarknadene er små og avstanden til utdanningstilbydarane ofte lang, kan det vere vanskeleg for både folk, næringsliv og offentlig sektor å få tilgang til relevant etter- og vidare-

⁹⁴ Bø og Revold (2019).

utdanning. Eit meir fleksibelt og tilgjengeleg utdanningssystem vil motverke sentraliseringa og bidra til at den enkelte og verksemdar i distrikta får tilgang til kompetanse. Derfor jobbar denne regjeringa for at fleksibel utdanning skal bli ein integrert del av utdanningsverksemda til institusjonane.

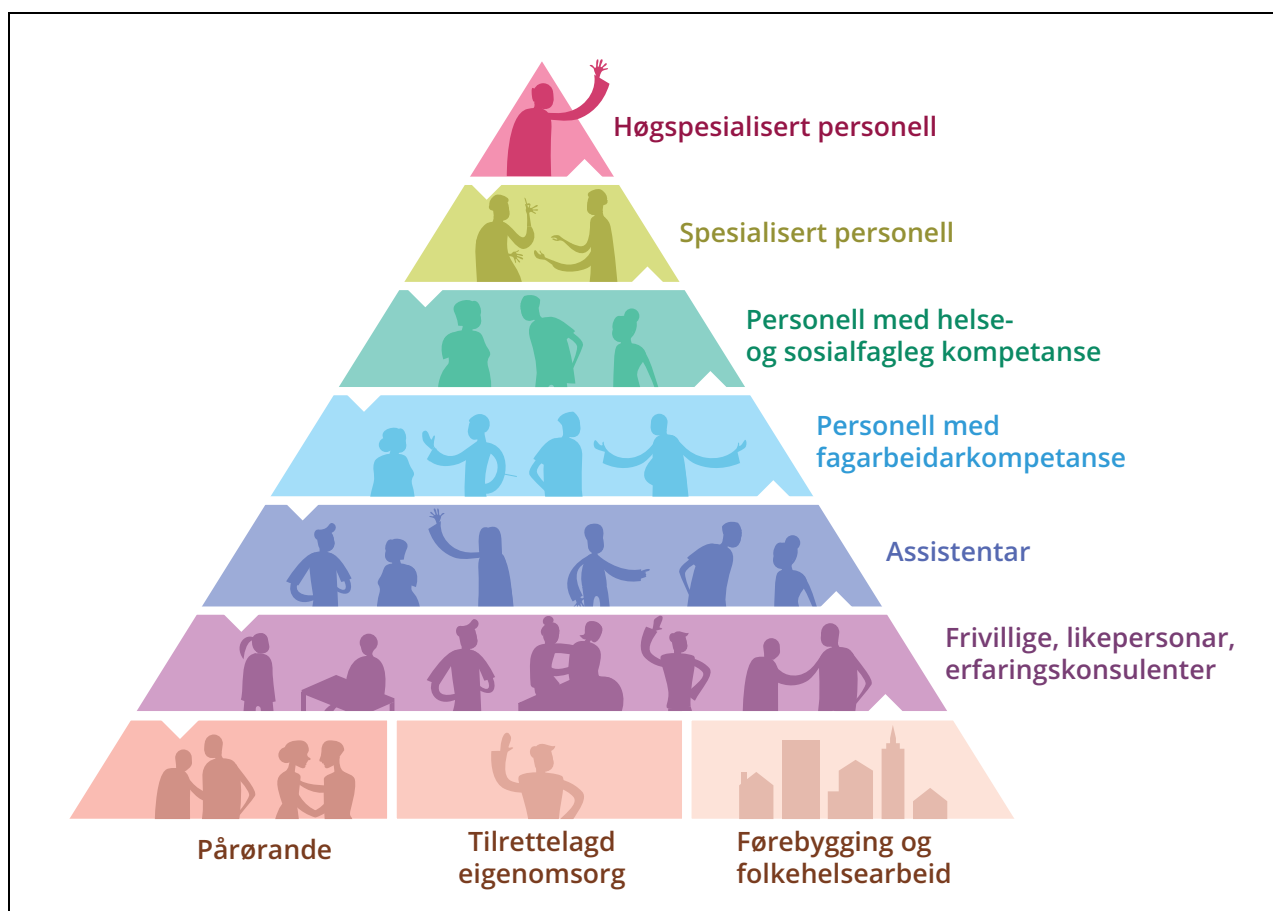
Det er generelt god søkning til helse- og sosialfagutdanningane. Sjukepleie er den største utdanningstypen innan helsefag. Sjukepleiarutdanning utgjer 46 prosent av alle studieplassane innan helsefaglege utdanningar. Det har vore ein jamn auke i talet på uteksaminerte sjukepleiarar dei siste tiåra. I 2022 vart 4394 kandidatar uteksaminert frå sjukepleiarutdanning. Talet på studie-plassar innan helsefag har auka dei seinaste åra, men tilgangen på praksisplassar er ein barriere for å utvide kapasiteten ytterlegare.

2.5.3 Kompetanse

Den kommunale helse- og omsorgstenesta sysselsette i 2021 meir enn 240 000 personar, som utførte om lag 185 000 årsverk. Av dei som har

helse- og sosialfagleg utdanning, utgjer helsefagarbeidarar og sjukepleiarar dei største gruppene. Ein tredel av årsverka blir utførte av tilsette utan helse- og sosialfagleg utdanning. Helsedirektoratet peiker på at om lag 46 prosent av dei om lag 66 000 sysselsette utan helse- og sosialfagleg utdanning i omsorgstenesta, er aktuelle for grunnutdanning.

Framover er det behov for meir personell med både høgare, breiare og annan kompetanse enn i dag i den kommunale helse- og omsorgstenesta. Fleire pasientar og brukarar med komplekse og samansette behov og fleire eldre med multisjukdom vil stille større krav til kompetanse i helse- og omsorgstenestene. Det trengst utdanningstilbod som gir personellet tilstrekkeleg kompetanse til å følge opp fysiske, sosiale, psykiske og eksistensielle behov. Med ein aukande andel eldre med innvandrarbakgrunn er det også viktig at helsepersonellet innehar kompetanse som møter mangfaldet. I tillegg er det behov for kompetanse som gjer det mogleg å møte dei pårørande sitt behov for medverknad, deltaking, avlastning og tryggleik. I takt med digitaliseringa av samfunnet er det behov for



Figur 2.4 Skjematisk framstilling av oppgåvedeling

Kilde: Helsepersonellkommissjonen – NOU 2023: 4.

meir kompetanse innan teknologi, anskaffingar og innkjøp av utstyr i helse- og omsorgstenesta. Det er også behov for å styrke kommunane sitt arbeid med kompetanseplanlegging og den systematiske dialogen mellom kommunane og utdanningssektoren.

Funna frå følgeevalueringa av *Kompetanseløft 2020* viser at dei små kommunane i større grad enn store kommunar treng generalistar framfor spesialistar.⁹⁵ Dei små kommunane har færre pasientar der det er behov for spesialkompetanse. For små kommunar blir det derfor utfordrande å bygge og halde ved like spesialistkompetanse lokalt. Helsepersonellkommissjonen har peikt på behovet for å styrke generalistkompetansen i helse- og omsorgstenestene, og peiker på at generalistane også er sentrale for å vareta samarbeid og samhandling mellom kommunar og sjukehus.⁹⁶

2.5.4 Leing

Den kommunale helse- og omsorgstenesta er prega av store og komplekse verksemder som stiller store krav til leing. Høg deltidbruk tilseier at kvar leiar har mange tilsette å følge opp. I den kommunale helse- og omsorgstenesta finst det døme på verksemder med over 300 medarbeidarar per leiar.⁹⁷ Tenesta er også prega av eit asynkront leiarskap, der folk sjeldan er på jobb samtidig, som gjer tenesta særskild vanskeleg å leie. Vidare tyder kartleggingar på at berre halvparten av leiarane i den kommunale helse- og omsorgstenesta har ei formell leiarutdanning.⁹⁸

Helsetilsynet har fleire gongar peikt på utfordringar knytte til styring og leing av omsorgstenesta. Tilsyn tyder på at det er mangelfull kvalitetssikring og kontroll. Leinga i kommunen har ansvaret for å sørge for at tenestene oppfyller dei lovpålagde pliktene til kommunen. Mynde kan delegerast, men ikkje ansvaret for at tenestene er godt leidde og koordinerte.

2.5.5 Oppgåvedeling

Nye arbeidsformer og betre oppgåvedeling i tenestene er nødvendig for å sikre berekraftig bruk av helse- og omsorgspersonell. Betre oppgåvedeling blir ofte peikt på som ein avgjerande faktor for både god samhandling og ei berekraftig

bemanning av helse- og omsorgssektoren.⁹⁹ I dag er det til dømes ofte slik at ulike personellgrupper har overlappande oppgåver og bruker mykje tid på oppgåver som ikkje krev spisskompetansane deira. Helsepersonellkommissjonen har vist til at knappleik på helsepersonell gjer at ein må arbeide systematisk for å lykkast med betre oppgåvedeling mellom personell. Helsepersonellkommissjonen meiner at ei systematisk tilnærming minimum må omfatte

- kartlegging av omfanget og typen oppgåver
- kartlegging av ansvarsforhold
- vurdering av om formell helsekompetanse er nødvendig for å utføre oppgåvene, eller om dei kan bli gjort av personell utan slik kompetanse
- kartlegging av nødvendig helsefagleg kompetansebehov for å utføre oppgåvene
- oppretting og vedlikehald av dokumentasjonssystem for den formelle og reelle kompetansen til tilsette
- bemanning i samsvar med kompetansebehova for oppgåveutføringa og den formelle og reelle kompetansen til dei tilsette¹⁰⁰

Betre oppgåvedeling vil bidra til å auke fleksibiliteten og kvaliteten i tenestene, samtidig som det bidrar til meir effektiv ressursbruk.

Ein gjengangar i innspelsprosessen har vore behovet for at tenestene samhandlar og jobbar meir tverrfagleg. Utgangspunktet for betre oppgåvedeling er å arbeide systematisk med det, slik at forståinga av korleis oppgåvene kan bli løyst best mogleg med rett kompetanse, blir etablert. Betre oppgåvedeling inneber også at ein trekker inn annan kompetanse og andre sektorar, og at ein aukar helsekompetansen i befolkninga.

Betre kompetanseplanlegging og eit systematisk arbeid for betre oppgåvedeling kan føre til at det blir etablert nye karrieremoglegheiter og dermed bidra til auka rekruttering og til at fleire blir i tenesta.

2.5.6 Forsking og kunnskapsbasert praksis

Helsedirektoratet har peikt på at det er store forskjellar og manglar i korleis dei kommunale helse- og omsorgstenestene blir støtta med forskning og kunnskapsutvikling. Forskingsbasert kunnskap og innovasjon er heilt sentralt både i utprøving av nye løysingar og for å sikre god, trygg og effektiv tenesteutøving. Tilsette i helse- og omsorgstenestene må ha tilgang til informasjon om eigen

⁹⁵ Grut et al. (2021).

⁹⁶ NOU 2023: 4.

⁹⁷ Holte et al. (2019).

⁹⁸ Helsedirektoratet (2021b).

⁹⁹ Rambøll og Menon (2022).

¹⁰⁰ NOU 2023: 4.

praksis, og dessutan verktøy, metodar og rettleiing som støttar opp under arbeidet.

Avgjerdstakarar i den kommunale helse- og omsorgstenesta må i aukande grad prioritere tiltak mellom ulike tenesteområde, brukarar og pasientar. Dei som tar avgjerder, må ha eit godt kunnskapsgrunnlag som inkluderer effektar av tiltaka, og annan relevant kunnskap. Kunnskapsbasert tenesteutøving og utvikling føreset forskning og fagutvikling og at kunnskapen blir gjort tilgjengeleg, spreidd og tatt i bruk. Det er etablert strukturar for kunnskapsutvikling og -formidling, med blant anna Senter for omsorgsforskning og utviklingssentrene for sykehjem og hjemme-tjenester. Samtidig er dei kommunale helse- og omsorgstenestene framleis sårbarare når det gjeld kapasitet til og kunnskap om å utvikle, formidle og ta i bruk forskingsresultat.

Sett i forhold til storleiken og omfanget av dei kommunale helse- og omsorgstenestene er andelen forskning låg. I eit kunnskapsnotat samanfatar Folkehelseinstituttet omsorgstenesteforskninga i Noreg i perioden 2012–2019.¹⁰¹ Folkehelseinstituttet fann at omfanget av publikasjonar innan omsorgstenesteforskninga er aukande, og at studiane omhandlar alle aktuelle forskingsområde/-tema innan tenesteforskninga. Det er god internasjonal deltaking i norsk omsorgstenesteforskning, og mange av studiane har resultat som er relevante for tenestene. Det har dei siste åra vore ei positiv utvikling i omfanget av forsking på og i omsorgstenesta, men det er framleis lite systematisk kunnskap, og vi manglar framleis grunnleggande data og analysar av tenestene.

HelseOmsorg21-rådet viser til at den avgrensa forskingsinnsatsen i kommunane bidrar til at fleire av tiltaka og pilotane som blir gjennomførte, ikkje er gjenstand for systematisk og samordna følgeforskning, og at det derfor ikkje blir utvikla tilstrekkeleg kunnskap om effektar, kva som verkar, og kvifor.¹⁰² Det er behov for vidare innsats knytt til forskning og kunnskapsutvikling på dei kommunale helse- og omsorgstenestene, slik at det blir sett i verk kunnskapsbaserte tiltak.

2.5.7 Lengre arbeidsliv

Sysselsettinga blant seniorar og eldre i Noreg har auka gradvis i mange år. Arbeidsløysa blant eldre er også lågare i Noreg enn i andre europeiske land. Kombinasjonen av betre helse, høgare

utdanning og ein gjennomgåande god arbeidsmarknad er viktige forklaringsgrunnar. Arbeidet for eit inkluderande arbeidsliv og pensjonsreforma frå 2011 kan også ha bidratt til å auke yrkesaktiviteten, og det er ein tydeleg reformeffekt i den delen av privat sektor som blir omfatta av AFP-ordninga. Men framleis fell sysselsettingsdelen raskt med alderen etter fylte 60 år, og det er få arbeidstakarar over 70 år. Det kan vere mange grunnar til dette, som forventningar på arbeidsplassen eller i samfunnet, helseutfordringar, pårørandeoppgåver, eit ønske om meir fritid eller at ein har nådd aldersgrensa.

Aldringa av befolkninga inneber store utfordringar for offentlege finansieringsordningar framover. Det tilseier at det er behov for at vi står lenger i arbeid. Høgare sysselsetting blant eldre aukar verdiskapinga i økonomien og aukar skatteinntektene til det offentlege. Også for den enkelte har deltaking i arbeidslivet ei rekke positive verkningar, som høgare inntekt, høve til å bruke evnene sine på meningsfylte oppgåver og dessutan det å vere del av eit fellesskap. Samla sett vil det derfor vere ein stor samfunnsøkonomisk gevinst ved å få fleire til å stå lenger i arbeid.

Avtalen for inkluderande arbeidsliv (IA-avtalen) har eit mål om å legge til rette for at så mange som mogleg kan arbeide så mykje som mogleg, så lenge som mogleg. IA-avtalen inneheld fleire verkemiddel som skal bidra til å redusere sjukefråværet og fråfall frå arbeidslivet. For å forbetre det førebyggjande arbeidsmiljøarbeidet er det sett i verk ei tverretatleg arbeidsmiljøoppsatsing som skal fremme kunnskapsbasert førebyggjande arbeidsmiljøarbeid på kvar enkelt arbeidsplass. Det skal sette verksemdene i betre stand til å utvikle arbeidsmiljø som førebygger arbeidsrelatert sjukefråværet og fråfall, gjennom partssamansett felles arbeid.

2.6 Helse- og omsorgstenestene

Dei kommunale helse- og omsorgstenestene er i kontinuerleg utvikling. Kommunane har over tid fått nye oppgåver og større ansvar og som ei følge av dette, ein tilvekst av nye brukargrupper. Det blir ytt stadig meir kompleks medisinsk behandling i dei kommunale tenestene, med vekt på somatisk, psykisk og sosial omsorg, støtte og bistand.

2.6.1 Allmennlegetenesta

Fastlegeordninga blei innført i 2001. Formålet med ordninga er først og fremst å gi kvar enkelt

¹⁰¹ Flottorp et al. (2020).

¹⁰² Innspelet frå HelseOmsorg21-rådet til Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

innbygger ein fast lege over tid. Kontinuitet og stabilitet i lege-pasient-forholdet blir trekt fram som den viktigaste enkeltfaktoren for høg kvalitet i fastlegeordninga.¹⁰³ Pasientar som har hatt den same fastlegen i meir enn 15 år, har 25 prosent lågare risiko for å døy enn dei som har hatt den same fastlegen i eitt år eller mindre, og det er 28 prosent mindre sannsynleg at dei blir lagde inn på sjukehus.¹⁰⁴ Fastlegeordninga har utfordringar som medfører at fleire pasientar opplever mindre kontinuitet. Eldre ser ut til å vere spesielt sårbare for dette, og det medfører blant anna ein auke i sjukehusinnleggingar som kunne ha vore førebygde.

Rekrutteringsutfordringane påverkar også legetenestene på sjukeheimar, i helsehus og på legevakter. Allmennlegane har ei viktig rolle i behandling, rehabilitering og oppfølging av pasientar i dei kommunale institusjonane. Dei er viktige for at dei eldre skal oppleve best mogleg funksjon og ha høve til å bu heime. Samtidig er det viktig at allmennlegane si deltaking i legevakttenesta er stabil, for å bidra til å utnytte lokale ressursar, redusere innleggingar og sørge for tryggleik for den eldre befolkninga i kommunane.

Fleire eldre pasientar med komplekse og samansette behov får behandling eller oppfølging av allmennlegetenestene, i tillegg til av andre kommunale tenester. Auka medisinsk kompleksitet krev auka kompetanse, innsats og ressursbruk overfor denne gruppa for å kunne vareta god kvalitet på tenesta og sikre meir førebygging, behandling og oppfølging i eigen heim. Samtidig trengst betre og meir systematisk samarbeid med andre tenester. Kompetansebehovet hos allmennlegane er spesielt stort i distriktskommunane, der dei same legane ofte dekkjer alle dei allmennmedisinske tenestene. Organiseringa av dei kommunale helse- og omsorgstenestene er fragmentert, og det er derfor også utfordringar knytte til god samhandling mellom tenestene for å sikre heilskapleg oppfølging og kontinuitet.

Det er behov for meir kunnskap om kvaliteten på og omfanget av tenestene, både med tanke på kvalitetsforbetringsarbeid, pasienttryggleik og styringsdata for dimensjonering av og prioriteringar i tenestene.

Nasjonale kvalitetsindikatorar viser at talet på legetimar per veke for bebuarane på sjukeheimar auka noko i 2021, medan andelen av bebuarane som har hatt legemiddelgjennomgang, har gått noko ned. Andelen sjukeheimsbebuarar som har

blitt vurderte av lege dei siste tolv månadene, var uendra samanlikna med 2020. Helsedirektoratet peiker på at resultatane antydgar at sjukeheimsbebuarane i store kommunar får meir legetenester enn dei i små kommunar. Legane på sjukeheimar har i større grad blitt kommunalt tilsette, medan det har blitt færre næringsdrivande fastlegar med bistilling som tilsynslege. Samtidig har gjennomsnittsalderen på legane blitt lågare, og stillingsprosenten har auka. Tala kan indikere relativt stor gjennomtrekk og liten kontinuitet blant sjukeheimslegane.¹⁰⁵

2.6.2 Omsorgstenester

Omsorgstenesta er den største kommunale sektoren. I 2021 var det ifølge Statistisk sentralbyrå om lag 380 000 personar som fekk omsorgstenester. Tal frå Kostra viser at kommunane sine brutto driftsutgifter til omsorgstenester i 2021 var på nær 143 milliardar kroner. Omsorgstenestene omfattar helsetenester i heimen, opphald i institusjon, personleg assistanse eller annan praktisk bistand, støttekontakt, omsorgsstønad, pårørandestøtte og avlasting og brukarstyrt personleg assistanse (BPA).

Det har over mange år skjedd ei tydeleg dreining frå tradisjonelle institusjonstenester til heimebaserte tenester innanfor omsorgstenestene. Statistikk frå Statistisk sentralbyrå viser at nærare 70 prosent av personellet i omsorgstenesta i 1987 jobba i institusjon. Denne andelen fell til om lag 40 prosent i 2021, jf. figur 2.5.

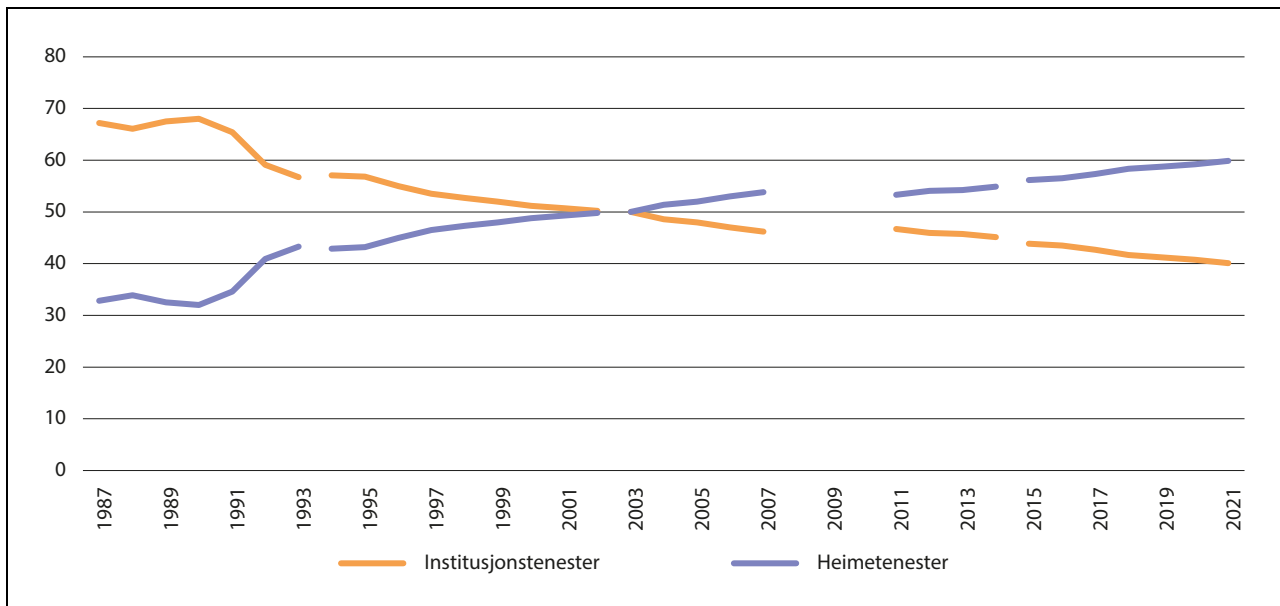
Kommunane tilbyr plass i institusjon eller i ulike former for omsorgsbustader til personar med behov for eit tilrettelagt butilbod. Tal frå Kostra viser at det var om lag 41 000 institusjonsplassar og litt over 26 000 bebuarar i bustad med heildøgns bemanning i 2021. Dekningsgrada for plassar i institusjon og bustad med heildøgns bemanning (både kort- og langtidsplassar) for befolkninga over 80 år har lege stabilt rundt 27 prosent dei siste 10 åra. Talet på korttidsplassar i sjukeheimar har auka med om lag 20 prosent i perioden 2009–2015. Ein stadig større del bebuarar med langtidsplass i institusjon har eit omfattande bistandsbehov, samtidig som butida i sjukeheimar går ned.¹⁰⁶ Helsedirektoratet peiker på at dette kan tyde på at terskelen for å få institusjonsplass er heva. Vidare blir det peikt på at veksten i korttidsplassar har gått ut over resten av tilbodet av institusjonsplassar i enkelte kommunar.

¹⁰³ Helsedirektoratet (2021a).

¹⁰⁴ Sandvik et al. (2022).

¹⁰⁵ Melby et al. (2019).

¹⁰⁶ Helsedirektoratet (2016); Helsedirektoratet (2017).



Figur 2.5 Andel personell i institusjonstenester og heimetenester 1987–2021

Merknad: Figuren er basert på statistikk berekna med ulike metodar; dette gir brot mellom 1993 og 1994, 2002 og 2003, 2007 og 2011 og 2014 og 2015. Det ligg ikkje føre statistikk for perioden 2008–2010.

Kjelde: Statistisk sentralbyrå

Framskrivningar frå Statistisk sentralbyrå viser at etterspurnaden etter heildøgns omsorgsplassar vil auke frå om lag 65 000 plassar i 2017 til om lag 87 000 i 2025 og 133 000 i 2060.¹⁰⁷ Tilsvarande viser tal frå Nasjonalt senter for aldring og helse at talet på personar med demens vil bli meir enn fordobla fram mot 2040, og dette er ei gruppe der svært mange vil få behov for heildøgns omsorgstilbod.¹⁰⁸ Frå 2019 har det vore ein nedgang i utbygginga av heildøgns omsorgsplassar i sjukeheimar og omsorgsbustader. I 2020 og 2021 var dette i stor grad knytt til den pågåande pandemien og kommunesamanslåingar, i følge ei undersøking utført av Husbanken og Agenda Kaupang.¹⁰⁹

Mange brukarar får eit omfattande tenestetilbod i heimen. Utviklinga av tenestetilbod i omsorgssektoren må bli vurdert ut frå det samla tilbodet og behovet i både sjukeheimar, omsorgsbustader og eigen heim. Innhaldet i tenestene har over tid endra karakter ved at det blir lagt stadig større vekt på helsetenester framfor sosiale forhold og praktisk hjelp i kvardagen. Talet på mottakarar (over 67 år) av praktisk bistand har felle frå nær 100 000 personar i 2009 til 79 000 personar i 2021. Tilsvarande har det vore ein auke i talet på mottakarar av helsetenester i heimen frå 120 000 personar i 2009 til vel 150 000 i 2021.

¹⁰⁷ Holmøy, Hjemås og Haugstveit (2020).

¹⁰⁸ Gjører et al. (2020).

¹⁰⁹ Agenda Kaupang (2021).

2.6.3 Variasjon mellom kommunar

Med 356 kommunar med ulike utgangspunkt som følge av geografi, innbyggartal, demografi, areal og sentralitet vil variasjon i tenestetilbodet vere uunngåeleg og naturleg. Ikkje all variasjon er uønskt. Variasjon kan også vere positivt som der den til dømes følger av lokal innovasjon. Samtidig gir variasjon ulike utfordringar, som at kommunar med ein lågare del i yrkesaktiv alder kan ha større vanskar med å rekruttere nok folk til å jobbe innan helse og omsorg eller å sikre god stabilitet. Mange kommunar med lågt folketal varetar likevel krav til kvalitet gjennom ulike løysingar for samarbeid, innovasjon og prioriteringar eller andre løysingar.

Statistisk sentralbyrå har sett på regionale skilnader i bruken av kommunale helse- og omsorgstenester blant eldre ved å analysere data frå Kommunalt pasient- og brukarregister (KPR).¹¹⁰ Dei fann store skilnader i bruk av tenester, også når det blei kontrollert for helsetilstand.

Senter for omsorgsforskning har gjennomført ei kunnskapsoppsummering som viser at det er stor variasjon i kvalitet, blant anna knytt til organisering og prioritering innanfor omsorgstenestene.¹¹¹ Kunnskapsoppsummeringa viser at variasjon ofte har bakgrunn i lokale forhold og med-

¹¹⁰ Jia et al. (2022).

¹¹¹ Førland og Rostad (2019).

vitne prioriteringar. Likevel blir det peikt på at like situasjonar og same type behov, lidingar og tilstandar står i fare for å bli behandla ulikt, og at det dermed ikkje blir gitt likeverdige tenester. Dette gjeld særleg mangelfull behovsutgreiing, forskjellar i tildelingsgrunnlaget, mangelfull informasjon til søkarane og mangelfull varetaking av klageretten til søkarane. Variasjonar i oppfølginga av eldre og deira pårørande som fører til at dei ikkje får lik tilgang til tenester dei har behov for og krav på, er uheldig og eit brot på lova. Kunnskapsoppsumminga viser også at kommunar med låg dekning av både helsetenester i heimen og ulike typar opphald på sjukeheimar har høgare tal på liggedagar på sjukehus for utskrivingsklare pasientar, samanlikna med andre kommunar.

Leing og kvalitetsforbetring

Det er i dag mangel på systematisk arbeid med kvalitetsforbetring og pasienttryggleik i helse- og omsorgstenestene, også på leiarnivå. Ein viktig del av leing er kontinuerleg arbeid med kvalitetsforbetring og pasient- og brukartryggleik. Det blir ofte ikkje prioritert høgt nok frå leiinga. Det er mangel på forbetringkunnskap, tilgang til verkøy og innsikt i potensiell effekt og gevinst. Systematisk kvalitetsforbettingsarbeid blir i lita grad spurt etter av leing, tilsette, brukarar eller pårørande. Ein svært viktig grunn til dette er mangel på tid og ressursar, men det handlar også om mangel på kompetanse, tilgang til støttefunksjonar og infrastruktur for forskning. Systematisk kunnskapsutvikling og forskning blir gjerne sett på som ein aktivitet som går føre seg på sida av ordinar verksemd.

Det er viktig med openheit om uønskte hendingar og gode data for både planlegging, gjennomføring, forskning/evaluering og ikkje minst korrigering av eigen praksis. Det inneber at heile kvalitetsforbetringssirkelen som forskrift om leing og kvalitetsforbetring bygger på, må bli tatt i bruk. Helsetilsynet har påpeikt at helse- og omsorgstenestene er gode på å planlegge og gjennomføre tiltak, medan dei i mindre grad følger opp tiltaka med evaluering og korrigering. Riksrevisjonen peiker i undersøkinga si av tilgjengelegheit og kvalitet i eldreomsorga på at det manglar nødvendig kunnskap om kvaliteten i eldreomsorga.¹¹² Bakgrunnen for dette er blant anna låg tilsynsaktivitet, lite forskning og få gode kvalitetsindikatorar, særleg i heimetenesta.

¹¹² Riksrevisjonen (2018b).

2.6.4 Bruk av spesialisthelsetenester

Til liks med forbruket av kommunale helse- og omsorgstenester aukar bruken av spesialisthelsetenester gradvis med høgare alder. I gjennomsnitt er ressursbehovet per pasient nesten tre gongar så høgt for ein pasient over 80 år som for pasientar i trettiåra. Dette kjem av at eldre pasientar ofte blir innlagde til døgnbehandling, og at behandlinga ofte er meir kompleks.¹¹³

Eldre utgjør majoriteten av utskrivingsklare pasientar på sjukehus, og gjennomsnittsalderen for ein utskrivingsklar pasient i 2018 var 78 år.¹¹⁴ Analysane til Folkehelseinstituttet viser at kvart sjette sjukehusopphald for eldre pasientar resulterer i reinnleggingar.

2.6.5 Samhandling

Med fleire eldre og fleire med langvarige helseproblem og samansette behov aukar krava til godt tverrfagleg samarbeid for å sikre gode pasientforløp og gode overgangar internt i og mellom tenestene. Tilbakemeldinga frå brukarar, pasientar og pårørande er at helse- og omsorgstenestene blir opplevde som fragmenterte og lite koordinerte. Eit nyleg avslutta forskingsprosjekt ved Oslomet, *Crosscare – Old*, underbygger dette gjennom undersøkingar blant brukarar, pårørande og helsepersonell. Tilbakemeldingar frå pårørande i den nasjonale pårørandeundersøkinga støttar opp under dette.¹¹⁵

Ei sentral utfordring i samhandlinga mellom den kommunale helse- og omsorgstenesta og spesialisthelsetenesta er knytt til inn- og utskrivingsprosessen. Kunnskapsoppsumminga til Senter for omsorgsforskning om pasientforløp for eldre med kronisk sjukdom samanfatar utfordringane ved overgangar slik:¹¹⁶

- Det er svikt i informasjonsflyten mellom sjukehus og kommune.
- Forskjellar i tilnærming og perspektiv fører til ulik forståing av omgrepet utskrivingsklar.
- Mange pasientar er ikkje ferdigbehandla, noko som fører til fleire reinnleggingar.
- Det er for liten kompetanse i kommunen til å ta imot pasientane.

Fleire av desse utfordringane kjem også fram i ein studie av samhandling mellom kommunar og

¹¹³ Helsedirektoratet (2018).

¹¹⁴ Helsedirektoratet (2019b).

¹¹⁵ Opinion (2022).

¹¹⁶ Danielsen et al. (2017).

sjukehus.¹¹⁷ Her blir det blant anna vist til behovet for å styrke den medisinske kompetansen i kommunane og for å styrke samarbeidet mellom fastlegen og resten av helse- og omsorgstenesta og mellom spesialisthelsetenesta og den kommunale helse- og omsorgstenesta.

Helsepersonellkommissjonen og sjukehusutvalet peiker i utgreiingane sine på at det er gjennomført ei rekke tiltak for å betre samhandlinga mellom kommunar og spesialisthelsetenesta, men at det framleis er store samhandlingsutfordringar.¹¹⁸ Dei peiker mellom anna på at det er behov for meir saumlause pasientforløp og betre koordinerte tenester.

2.6.6 Digitalisering og velferdsteknologi

Digitale løysingar og betre digital samhandling skal bidra til at innbyggjarane får gode, samanhengande og tilgjengelege tenester. Løysingane skal støtte opp under ei heilskapleg samhandling mellom helsepersonell og styrke moglegheitene pasientar og innbyggjarar har til å ta aktivt del i eige behandlingsopplegg. For å kunne gi best mogleg helsehjelp og legge til rette for at fleire kan bu heime lenger er det ein føresetnad at helsepersonell har tilgang til relevante og nødvendige helseopplysningar. Slik er det ikkje alltid i dag. Helsepersonell bruker verdifull tid på å leite etter rett informasjon om legemiddelbruk eller sjukdomshistorie, og helsepersonell må ofte ta val baserte på ufullstendig informasjon. Rett informasjon og oversikt over relevante opplysningar er viktig for å gi god behandling.

Helse- og omsorgssektoren består av mange ulike aktørar, alt frå omsorgstenesta og fastlegen til sjukehus, kommunale og statlege styresmakter og fag- og interesseorganisasjonar. Samtidig tilbyr kommunane tenester innanfor ei rekke område og har derfor også behov for å samhandle internt og på tvers av sektorar. Digitalisering er eit viktig verkemiddel for å understøtte auka samhandling. Aktørbiletet i helse- og omsorgssektoren er komplekst og består av sjølvstendige aktørar og verksemder som skaffar og tar avgjerder om eigne IKT-system. Dette har skapt eit fragmentert IKT-landskap, der det er krevjande å få til ei effektiv informasjonsutveksling på tvers av system og verksemder. Kommunane har behov for betre journalsystem. Ein kommune har ofte fleire ulike journalsystem, og systema støttar ikkje i tilstrekkeleg grad opp under ei utvikling av tenester

der informasjonen følger pasientane gjennom forløpet. Systema snakkar for dårleg med kvarandre og har ikkje tilstrekkeleg støtte til utføring av helsehjelp. Helsepersonell er prisgitt ulike IKT-verktøy og system for å yte forsvarleg helsehjelp. Godt brukargrensesnitt og at systemet er tilpassa arbeidsflyten i verksemda er viktig. Manglande integrasjonar mellom system og dårleg brukargreinsnitt medfører auka belastning på helsepersonell, og gjer at det er tidkrevande å bruke. Det tek ofte tid å leite fram informasjon frå mange ulike kjelder. I helsepersonellundersøkinga om e-helse for 2022 svarer 57 prosent av helsepersonellet at dei opplever at heilheten av digital stønad bidrar til ein enklare arbeidskvardag. Helsepersonell som er tilfreds med pasientjournalssystemet sitt er 52 prosent i 2022.

Med velferdsteknologi siktar ein hovudsakleg til tryggleiks- og meistringsteknologi. Gjennom *Nasjonalt velferdsteknologiprogram* (NVP) har fleire av kommunane i landet tatt i bruk ulike former for velferdsteknologiske løysingar i perioden 2013–2021, som til dømes lokaliseringsteknologi (GPS), elektronisk medisineringsstøtte, elektronisk dørlås, ulike former for digitalt tilsyn og digitale tryggleiksalarmar.¹¹⁹ Samtidig er voluma førebels små, og det er fleire mindre og mellomstore kommunar som ikkje har implementert tryggleiks- og meistringsteknologi. Erfaringa frå satsinga på tryggleiks- og meistringsteknologiar i omsorgstenestene er at velferdsteknologi føreset endring av kultur, arbeidsprosessar og nye samarbeidsformer i tenestene. Denne delen av tenesteinnovasjonsarbeidet er framleis umoden i mange kommunar.

Med digital heimeoppfølging siktar ein til at pasienten kan bli følgd opp i heimen ved at målingar frå medisinsk utstyr blir sende digitalt til den kommunale helse- og omsorgstenesta og/eller spesialisthelsetenesta. Digital heimeoppfølging blei prøvd ut gjennom dei ordinære kommunale helse- og omsorgstenestene i tillegg til i primærhelseteam i perioden 2018–2021.¹²⁰ Evalueringa av utprøvinga frå 2022 viser at pasientane opplever auka tryggleik, auka kunnskap om og kontroll over eiga helse, og dei er meir fornøgde med oppfølginga frå kommunane. Vidare viser evalueringa at digital heimeoppfølging har ein positiv effekt på helsa og livskvaliteten til pasientane. Når det gjeld forbruket av helsetenester, viser evalueringa ein nedgang i talet på personar som fekk helsetenester i heimen, også blant dei som hadde det ved opp-

¹¹⁷ Rohde et al. (2020).

¹¹⁸ NOU 2023: 4; NOU 2023: 8.

¹¹⁹ Helsedirektoratet (2021e).

¹²⁰ Helsedirektoratet (2022c).

starten. Det kan ikkje påvisast nokon klar effekt på forbruket av spesialisthelsetenester. Den samla vurderinga er at digital heimeoppfølging er ei teneste med potensial til å bidra til å imøtekomme fleire av utfordringane som helse- og omsorgstenesta står overfor i åra som kjem.

Auka bruk av helse- og velferdsteknologi er ein viktig del av løysinga på utfordringane i framtida, men innføringa går mange stader for sakte. Det er framleis ei rekke barrierar knytte til innføring av velferdsteknologi – organisatoriske, kulturelle og tekniske barrierar, i tillegg til kompetanse – som må fjernast. Helsepersonellkommissjonen viser til at ny teknologi og digitale løysingar har eit stort potensial for å forbetre helse- og omsorgstenesta.

I tillegg til god planlegging er kommunane avhengige av å gjennomføre innovative prosessar for å kunne handtere framtidige utfordringar som følger av den aukande andelen eldre. Mykje av innovasjonsarbeidet på dei kommunale kjerneområda er relatert til digitalisering for å legge til rette for betre tilbod til brukarane, samtidig som ein gjennom digitalisering ønsker å hente ut effektiviseringsgevinstar. Tidlegare undersøkingar viser at arbeidet med digitalisering er krevjande å handtere for små kommunar.¹²¹ Det har samanheng med at desse kommunane manglar kapasitet og kompetanse til å gjennomføre sike prosessar. Innan helse- og omsorgstenester har små distriktskommunar jamt over komme mykje kortare når det gjeld å ta i bruk velferdsteknologi.

2.6.7 Hjelpemiddel

Ulike typar hjelpemiddel er eit viktig tiltak for at eldre skal kunne bli buande trygt heime. Dersom funksjonsevna i dagleglivet er vesentleg og varig nedsett på grunn av sjukdom, skade eller lyte, kan det bli gitt stønad til tiltak som er nødvendige og formålstenlege for å betre funksjonsevna i dagleglivet, eller legg til rette for betre oppfølging i heimen.¹²²

Det er venta at ei stadig aldrande befolkning vil føre med seg ein kraftig auke i behovet for hjelpemiddel. Slik analysane frå Folkehelseinstituttet viser, ser det ut til at ein får aldri-relaterte funksjonsnedsettingar seinare i livet enn før.¹²³ Stadig fleire friske leveår vil gi auka behov for hjelpemiddel og tilpassingar for dei som har lette aldersrelaterte plager, som til dømes nedsett

balanse, syn og høyrsel. Berekningar viser at rundt 90 prosent av dei som døyr av alderdom, har hatt eitt eller fleire hjelpemiddel frå Nav Hjelpemiddel og tilrettelegging.¹²⁴ Den demografiske utviklinga, i tillegg til at stadig fleire eldre vil bu heime i framtida, vil medføre ein sterk vekst i talet på hjelpemiddelbrukarar og med det ein sterk utgiftsvekst på hjelpemiddelområdet. Finansieringa av ordninga kan dermed bli ei utfordring i framtida.

Ansvaret for hjelpemiddelforvaltninga er i dag delt mellom kommunane og staten. Kommunen tener som førstelinje og greier ut behov og deler ut hjelpemiddel til kvar enkelt brukar. Det er hjelpemiddelsentralane, som ligg under Arbeids- og velferdsetaten, som forvaltar hjelpemiddel etter folketrygdlova. Folketrygda kan gi stønad til hjelpemiddel knytte til varig nedsett funksjonsevne, som til dømes høyreapparat, ortopediske hjelpemiddel, førarhund, motorkøyretøy eller anna transportmiddel og så vidare. Ved mellom-bels behov for hjelpemiddel som følge av behandling eller skade er det kommunen som låner ut hjelpemiddel.

Hjelpemiddel som er formidla og lånte ut av folketrygda, har som formål å avhjelpe funksjonstap og gjere den enkelte meir sjølvhjelp i dagleglivet sitt. Hjelpemiddelsentralen er også eit kompetansesenter om ulike funksjonsnedsettingar og korleis hjelpemiddel og teknologi kan avhjelpe desse funksjonstapa.¹²⁵ Hjelpemiddelsentralane samarbeider med kommunane, der ergoterapeutar har ei viktig rolle knytt til bufunksjon, folkehelse og aldring. Ergoterapeutar har viktig kompetanse om tilrettelegging av det daglege miljøet og aktivisering av eldre, noko som kan bidra til å utsette behovet for kommunale omsorgs- og institusjonsplassar. Brukarane av hjelpemiddelsentralen sine tenester er generelt sett fornøgd, men det kan vere utfordringar knytte til oppfølging og samhandling med andre sektorar.

Folketrygda gir ikkje stønad til utstyr eller hjelpemiddel som er å rekne som høgfrekvente og vanlege å skaffe seg i befolkninga elles. Eksempelvis blir det ikkje gitt stønad til garasjeportopnar, smarttelefon, automatgir i bil eller liknande. Kva som er å rekne som vanlege hjelpemiddel, er i stadig utvikling. Den demografiske utviklinga vil dermed kunne ha betydning for kva slags hjelpemiddel som vil bli dekte av staten gjennom folketrygda i framtida.

¹²¹ Brandtzæg et al. (2020).

¹²² Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2023).

¹²³ Folkehelseinstituttet (2022a).

¹²⁴ Arbeids- og velferdsdirektoratet (2021).

¹²⁵ Helsedirektoratet (2012).

2.6.8 Klima og helse

Verdshelseorganisasjonen slår fast at klimaendringane er den største helsetrusselen vi står framfor.¹²⁶ Befolkninga i Noreg har generelt god helse, og helsemessig står vi relativt godt rusta mot verknader av klimaendringar. Likevel vil meir nedbør, hetebølger og tørkeperiodar få noko å seie for helsa vår. Klimaendringar kan påverke den fysiske og psykiske helsa i befolkninga på fleire måtar; frå luftvegs- og hjarte- og karsjukdom, allergi, skadar og død knytt til ekstreme vêrhendingar, til endringar i utbreiing og geografisk fordeling av smittsame sjukdommar og antimikrobiell resistens. Dei med låg sosioøkonomisk bakgrunn er blant dei mest sårbare, saman med blant anna personar med funksjonsnedsetting, som ofte opplever at eksisterande barrierar blir forsterka i samband med naturkatastrofar eller andre kriser.

Mange kommunar har allereie opplevd konsekvensar av klimaendringane i form av hyppigare flaum og jordras, i tillegg til skogbrannar, og fleire kommunar vil måtte ta omsyn til desse konsekvensane. Dette er konsekvensar som i seg sjølve kan vere ein fare for liv og helse, og som i tillegg kan avgrense moglegheitene til å levere dei helse- og omsorgstenestene kommunane har ansvaret for. I kommunesektoren føregår det eit omfattande arbeid for å kutte i utslepp og tilpasse seg eit klima i endring. Klimaarbeidet i kommunane skjer på tvers av sektorar og fagområde.

2.7 Berekraft og behov for nye løysingar

Sjølv om utfordringane som følger av den demografiske utviklinga, er store, er det også ei rekke trendar og utviklingstrekk som peiker i positiv retning. Moglegheitene for å finne berekraftige løysingar finst ikkje innanfor helse- og omsorgstenestene aleine. På same måte som for klimaendringar må samfunnet møte dei demografiske endringane gjennom heilskaplege løysingar som strekker seg på tvers av sektorar og fagområde.

Hovudmålet med Bu trygt heime-reforma er å gjere det trygt å bu lengre heime og sikre berekraft gjennom betre planlegging, styrkt førebygging og meir målretta tenester som fremmer meistring. Levande og aldersvennlege lokalsamfunn, tilgjengelege nærmiljø og tilpassa bustader må bli sett i samanheng med helse- og omsorgstenester som gir tryggleik og ein verdig alderdom

for eldre og pårørande. Tenestene skal vere prega av at dei som arbeider nærast dei eldre, får meir ansvar og tillit. Bu trygt heime-reforma er derfor bygd opp rundt innsatsområda

1. levande lokalsamfunn
2. bustadtilpassing og -planlegging
3. kompetente og myndiggjorde medarbeidarar
4. tryggleik for brukarar og støtte til pårørande

Utfordringane og utviklingstrekk som er beskrivne i kapittel 2, er ikkje nye og har vore tematiserte i ei rekke meldingar og satsingar sidan handlingsplanen for eldreomsorga på 1990-talet. Kommunane har sidan den gong i aukande grad satsa på å yte tenester i heimen, prøvd ut nye arbeidsmetodar og tatt i bruk velferdsteknologi. Det går føre seg mykje godt arbeid som bidrar til omstilling og endring for meir berekraftige velferdstenester i kommunane. Det er ei aukande forståing for behovet for betre samordning på tvers av sektorar, både lokalt, regionalt og nasjonalt. Regjeringa vil gjennom reforma bygge vidare på desse erfaringane og støtte opp under ei utvikling som bygger ned silotenking, og som bidrar til heilskap og berekraft på tvers av sektorar.

2.8 Gjennomføring av reforma

For å nå målet om at eldre skal kunne bu i eigen bustad lengst mogleg dersom dei kan og vil, legg Bu trygt heime-reforma til grunn at staten i større grad enn i dag skal samle innsats og verkemiddel på tvers av samfunnssektorane og departementa. Dette vil ha noko å seie for korleis reforma blir følgd opp på tvers, også regionalt og lokalt.

Vi veit at grunnlaget for god helse først og fremst blir lagt utanfor helse- og omsorgssektoren, og at god areal- og samfunnsplanlegging er ein føresetnad både for å legge til rette for folkehelse og eit helsefremmande samfunn og for å utvikle og gi eit godt bu- og tenestetilbod. Gjennom god samfunnsplanlegging og lokalsamfunnsutvikling og godt samspel med dei eldre sjølve, pårørande, næringsliv og frivillige, og ved auka bruk av nye og innovative løysingar blir det skapt moglegheiter for friskare aldring og lagt til rette for at stadig knappare helsepersonellressursar blir dedikerte til dei oppgåvene som krev fagkompetanse.

For å få til dette vil regjeringa etablere eit tydelegare tverrdepartementalt samarbeid. Generelt ligg det eit stort potensial i betre samordning av nasjonale og regionale aktørar, både dei som bidrar inn i nasjonalt utviklingsarbeid, og dei som

¹²⁶ IPCC (2014).

bidrar i spreining og implementering av nasjonale satsingar og initiativ. Det kan gi større kraft i gjennomføringa av nasjonal politikk. Det kan også gi kommunane betre føresetnader for å forstå korleis statlege føringar heng saman, og kan brukast når kommunen skal sette statlege føringar om i lokalt utviklingsarbeid.

2.8.1 Ein heilskapleg gjennomføringsplan

I midtvegsevalueringa av *Leve hele livet-reforma* blir det vurdert som ei utfordring at reforma overordna blir oppfatta som ei sektorreform (for helse- og omsorgssektoren), snarare enn ei tverrsektoriell samfunnsreform.¹²⁷ Ut frå erfaringa til Helse- og omsorgsdepartementet er det grunn til å tru at dess meir innsatsen er driven av helse- og omsorgssektoren, dess mindre vil andre sektorar og aktørar involvere seg eller bli involverte. Både det å forankre samfunns- og berekraftsperspektivet og å arbeide i tråd med det er modningsprosessar som tar tid. Det må jobbast kontinuerleg med forankring, planlegging, iverksetting og evaluering/justering. Vi må bidra til ei samfunnsutvikling som gjer at eldre tar større ansvar for eigen alderdom, ønsker å bidra, får fleire gode leveår, beheld god helse lengre og opplever eigenmeistring og god livskvalitet. Vidare må det tverrsektorielle samarbeidet bli gjort tydeleg, slik at det ikkje blir opplevd som at det berre er «helselinja» som driv arbeidet, frå departementsnivå og nedover.

I arbeidet med meldinga har vi gjennomført ei rekke nasjonale og regionale innspelsmøte. Manglande tverrsektoriell tenking i statlege satsingar har vore ein gjengangar i desse møta, og det understrekar behovet for å ha eit tydeleg grep om dette.

Regjeringa har følgd opp resultata frå midtvegsevalueringa og innspelsmøta og sørgt for at Bu trygt heime-reforma allereie frå starten blei forma som eit tverrdepartementalt arbeid. Det er spegla i innsatsområda i planen.

¹²⁷ Zeiner et al. (2021).

Skal ein få den ønskete effekten av tiltaka og verkemidla i meldinga, føreset det oppfølging og gjennomføring på tvers av sektorar. Tiltaka som blir utvikla innanfor kvart innsatsområde, skal derfor bli følgd opp gjennom ein samordna og heilskapleg oppfølgingsplan for heile reformperioden 2024–2028.

2.8.2 Støtte til utvikling

På tilsvarende måte som med det interdepartementale samarbeidet vil regjeringa vurdere ein eigna samarbeidsstruktur mellom dei underliggende etatane til departementa det gjeld, og trekke regionale statsorgan inn i arbeidet. Helse- og omsorgsdepartementet skal få det overordna koordineringsansvaret for reforma.

Det er behov for meir samordning av tiltak og verkemiddel på tvers av sektorar. Målet med ein samla oppfølgingsplan for reforma er derfor å styrke det tverrsektorielle samarbeidet om konsekvensane av ei aldrande befolkning, på statleg, regionalt og kommunalt nivå.

For å finne gode løysingar som bidrar til at fleire eldre skal kunne bu trygt heime, er det heilt avgjerande å involvere og samarbeide med kommunesektoren. Det er lang tradisjon for og gode erfaringar med samarbeid mellom regjeringa og KS om ulike satsingar. Regjeringa vil i dialog med KS vurdere å inngå ein ny samarbeidsavtale frå 2024 om oppfølginga av Bu trygt heime-reforma.

Regjeringa vil følge opp Bu trygt heime-reforma gjennom ein samla plan på tvers av sektorar. I første omgang gjeld planen i perioden 2024–2028. Planen vil bli følgd opp ved at regjeringa

- vurderer felles mål, føringar eller andre styringssignalar til underliggende etatar og regionale statsorgan der dette er relevant
- tar sikte på å inngå ein avtale mellom KS og departementa som er involverte, om oppfølging av reforma
- etablerer ein struktur for oppfølging mellom departementa, som sikrar samordna oppfølging



Figur 3.1

3 Levande lokalsamfunn

Regjeringa vil bidra til levande og aldersvennlege lokalsamfunn som støttar opp under aktivitet, deltaking og møte mellom generasjonar. Tilgang til kulturopplevingar, naturområde og eit godt fysisk og sosialt inkluderande nærmiljø er viktig i eit levande lokalsamfunn. Omgivnader og løysingar utan unødvendige barrierar og avgrensingar er eit gode for alle innbyggjarane, uavhengig av alder. Moglegheit for sosial kontakt kan fremme sjølvstende og meistringsevne og førebygger einsemd og sosial isolasjon. Levande lokalsamfunn legg til rette for at alle innbyggjarane får høve til å engasjere seg og bidra til fellesskapet.

I innspela til reforma er behovet for «å kjenne tilhøyrse til staden ein bur» og «å kjenne seg nyttig» framheva som grunnleggande behov blant eldre. Regjeringa løftar derfor fram levande lokalsamfunn som eit eige innsatsområde. Gjennom ei samling av ulike tiltak vil regjeringa møte utfordringa med alderisme og diskriminering av eldre. Regjeringa vil jobbe for utjamning av sosiale helseforskjellar, slik at alle kan ha ein trygg alderdom.

Konsekvensane av ei aldrande befolkning er gjennomgripande for heile samfunnet. Grunnlaget for god helse blir først og fremst lagt utanfor helse- og omsorgssektoren. Fleire sektorar må arbeide saman for å skape alders- og demensvennlege samfunn, og det må bli lagt betre til rette for at sivilsamfunn, næringsliv og offentlege aktørar kan møtast i likeverdige partnerskap for å utvikle løysingar for lokalsamfunnet saman. Levande og aldersvennlege lokalsamfunn krev at vi legg til rette for gode liv gjennom heile livsløpet, og ikkje minst at lokalsamfunnet er tilgjengeleg, slik at eldre kan komme seg ut og delta. Mange eldre har mykje erfaring og kompetanse og er ein viktig ressurs i arbeidet med å utvikle gode nærmiljø og nabolag. Ved auka bruk av nye og innovative løysingar og eit godt samspel med eldre innbyggjarar, næringslivet og det frivillige vil regjeringa skape moglegheita for trygg aldring med meiningsfylt innhald i eit levande lokalsamfunn.

Det er over fleire år jobba systematisk og målretta med å skape eit meir aldersvennleg samfunn. Aldersvennleg samfunn er eit mål, men det er

også ein metode for samfunnsutvikling som planlegg for å møte aldring og aldersrelaterte behov, fremme helsa og livskvaliteten til eldre, inkludere eldre og verdsette bidraget deira i samfunnet. Regjeringa vil gjennom Bu trygt heime-reforma og som del av folkehelsepolitikken føre vidare og styrke det målretta og langsiktige arbeidet med å skape eit aldersvennleg Noreg.

Innsatsen til regjeringa for å bidra til eit levande og aldersvennleg lokalsamfunn blir samla i tre hovudområde:

- inkluderande nærmiljø og aktive eldre
- deltaking og samskaping
- planlegge for en betre alderdom

Hovudområda skal bidra til å nå målsettinga om eit meir levande og aldersvennleg samfunn. Regjeringa vil målrette innsatsen gjennom eit konkret program under overskrifta *Program for eit aldersvennleg Noreg 2030*. Programmet skal stimulere til at det blir tatt grep nasjonalt, regionalt og lokalt for å fremme aktivitet, inkludering og tilrettelegging som gjer det mogleg for eldre å delta på lik linje med andre, og oppleve innhaldsrike og meiningsfulle dagar. *Program for eit aldersvennleg Noreg 2030* er ei ramme for tiltak som skal støtte opp under målsettingane ovanfor.

3.1 Inkluderande nærmiljø og aktive eldre

Synet på aldring er ei grunnleggande utfordring i det vestlege samfunnet. Aldring blir ofte omtalt som ei byrde eller utfordring, utan at ein viser til moglegheitene som ligg i mangfaldet, eller til ressursane og erfaringane eldre menneske har, og kan bidra med. Det understrekar behovet for nye perspektiv på aldring og kva det inneber å vere eldre, og på korleis samfunnet kan legge betre til rette for at eldre kan bruke ressursane sine til nytte for seg sjølve og fellesskapet. Derfor vil regjeringa løfte fram tiltak som bidrar til inkludering, medverknad og meiningsfulle aktivitetar.

Å kunne bevege seg til daglege gjeremål og rekreasjon er grunnleggande i eit levande lokal-

samfunn. Alders- og demensvennlege omgivnader og løysingar er viktig for å fjerne unødvendige barrierar og for å legge til rette for at eldre kan delta og vere aktive, også med funksjonsavgrensingar. Gjennom eit inkluderande, universelt utforma og aktivitetsvennleg nærmiljø kan eldre halde oppe sjølvstendet og meistringsevna lenger, og delta på lik linje med andre.

Regjeringa vil

- bidra til meir alders- og demensvennlege omgivnader i lokalsamfunna
- følge opp handlingsplanen for universell utforming
- bidra til å utvikle gå- og aktivitetsvennlege nærmiljø
- rettleie og spreie erfaringar med aldersvennlege mobilitets- og transportløysingar
- bygge ned digitale barrierar og digitalt utanfor-skap for eldre gjennom handlingsplanen til *Digital heile livet*
- utvikle tiltak for lågterskel møteplassar for sosiale, kulturelle og fysiske aktivitetar
- vidareutvikle *Den kulturelle spaserstokken*
- legge til rette for gode generasjonsmøte i bustadplanlegginga

3.1.1 Alders- og demensvennlege omgivnader

Regjeringa vil bidra til meir alders- og demensvennlege omgivnader i lokalsamfunna. For å kunne leve gode og aktive liv må omgivnadene vi lever og beveger oss i, vere inkluderande og tilgjengelege, og dei må innby til fysisk og sosial aktivitet. Nærmiljøet er derfor viktig, og kvalitetar i nærmiljøet og dei fysiske omgivnadene våre har noko å seie for gode liv, helse og livskvalitet gjennom heile livsløpet.

Nærmiljø kan vere alt frå tettbygde område til grisgrendte strøk. Sentrale element i det fysiske miljøet er bustadområde, vegar, gater, parkar, plassar, leikeplassar, natur- og friområde og kulturlandskap, og det inkluderer institusjonar som barnehagar, skular, bibliotek og helse- og omsorgstenester. Nærmiljøet omfattar også eit psykososialt rom, blant anna knytt til oppleving av tillit, tilhøyrse og tryggleik og sosiale møteplassar, og ved at estetisk kvalitetar kan påverke trivselen til folk og kjensla deira av stoltheit og identitetstilknytning. Stadig færre av oss har tilgang til nærnatur, parkar og grøntområde, viser tal frå Statistisk sentralbyrå. Det er nødvendig å sikre grønstruktur slik som areal for naturområder, turdrag, friområde, parkar og fellesområde. Gjennom arealplanlegging kan ein legge til rette

for at nærmiljøet og nabolaget er både gå- og aktivitetsvennleg for alle. Eldre og menneske med funksjonsnedsettingar er særleg avhengige av trygge og bustadnære møteplassar, gangvegar og stiar for fysisk og sosial aktivitet og rekreasjon, og likeins at dei kan få utført ulike tenester og daglege gjeremål i gangavstand frå bustaden.

Universell utforming

For å lykkast med å legge til rette for inkludering og deltaking i heile befolkninga er det behov for eit løft som fremmer tilgjengelegheit for alle i lokalsamfunna. Det er derfor eit mål for regjeringa å styrke den universelle utforminga av samfunnet. Universell utforming av omgivnadene våre er ein føresetnad for eit alders- og demensvennleg samfunn. Uteareal som er universelt forma ut, er viktige for å oppnå like moglegheiter til å delta i fysisk og sosial aktivitet, førebygge einsemd og bidra til god folkehelse og livskvalitet. I tillegg bidrar universell utforming til eit inkluderande og levande lokalsamfunn på tvers av generasjonar. Regjeringa vil derfor følge opp *Bærekraft og like muligheter – et universelt utformet Norge, handlingsplanen for universell utforming 2021–2025*. Handlingsplanen har fire prioriterte område: transport, infrastruktur, bygningar og IKT. Fleire tiltak siktar mot å auke planleggingskompetansen i kommunane innan universell utforming. KS administrerer eit kommunenettverk for universell utforming. Målet er å oppnå konkrete resultat av universell utforming i nærmiljøa. Viktige verktøy for nettverket er å knyte kontaktar og dele erfaringar mellom ulike kommunar og fylkeskommunar.

Gå- og aktivitetsvennleg nærmiljøutvikling

Som ein del av oppfølginga av *Sammen om aktive liv – handlingsplanen for fysisk aktivitet 2020–2029* vil regjeringa etablere eit tverrsektorielt program for gå- og aktivitetsvennleg nærmiljøutvikling i by- og landkommunar innan 2025, der samarbeid, innovasjon og kunnskaps- og erfaringsdeling er sentralt. Det handlar om å skape gode og tilgjengelege nærmiljø og nabolag som både er aktivitetsvennlege og aldersvennlege, og som gir gode liv for alle.

Dei fysiske føresetnadene blir lagde gjennom samfunns- og arealplanlegginga regionalt og lokalt, gjennom tverrsektoriell innsats og med reell medverknad frå innbyggjarane. Det er derfor viktig å bringe folkehelseomsyn inn i planprosessane tidleg, som til dømes kunnskapen vi har om

Boks 3.1 Demensvennlege kommunar

Nasjonalforeningen for folkehelsen samarbeider med kommunane for å skape eit meir demensvennleg samfunn. Ved å inngå ein samarbeidsavtale med Nasjonalforeningen får kommunen tilgang til eit kursopplegg som rettar seg mot servicenæringa. Kursdeltakarane får kunnskap om demens og gode råd om korleis ein møter personar med demens. Bedrifter som har gjennomført kurset, får eit synleg bevis i form av eit klistremerke som viser at her vil ein møte tilsette som har kunnskap om demens.

Kommunane som inngår samarbeidsavtale, gir uttrykk for at dei ønsker å legge til rette for at personar med demens skal oppleve meistring og inkludering. Arbeidet for eit meir demensvennleg samfunn handlar også om utforminga av fysiske omgivnader, kommunale tenester og sosiale omgivnader. Kommunane som deltar i arbeidet, må svare på ei enkel spørjeundersøking på slutten av året. Kvart år blir prisen for eit meir demensvennleg samfunn delt ut til ein kommune som har jobba strukturert og målretta for å bidra til eit meir demensvennleg samfunn.

Kjelde: Nasjonalforeningen for folkehelsen

kva kvalitetar i nærmiljø og nabolag har å seie for mogleghetene til rekreasjon og fysisk og sosial aktivitet i kvardag og fritid. Menneskelege omsyn og ulike føresetnader og behov må settast i sentrum og vere premissar for utviklinga av lokalsamfunnet og utforminga av nærmiljøet og nabolaget. Dette blir omtalt nærare i kapittel 3.2 om deltaking og samskaping.

Helsedirektoratet har, på oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet og basert på erfaringar frå *Nærmiljøprosjektet* som blei gjennomført i perioden 2015–2018, utarbeidd eit forslag til eit tverrsektorielt program for gå- og aktivitetsvennleg nærmiljøutvikling.¹ Vidare har Noregs miljø- og biovitenskaplege universitet gjennomført ei kartlegging av indikatorar for gå- og aktivitetsvennlege nærmiljø. Kartleggingsrapporten viser

at det finst mykje kunnskap, men at det er mangel-full samordning mellom kunnskapsgrunnlag, mål og indikatorar.² Som oppfølging går det blant anna føre seg indikatorutvikling i eit samarbeid mellom statlege etatar på direktoratsnivå og med fagleg bistand frå Statistisk sentralbyrå, basert på eit felles kunnskapsgrunnlag og felles mål innanfor ramma av berekraftsmåla. Regjeringa vil styrke den nasjonale samordninga av nærmiljøutvikling i kommunesektoren.

Utviklinga av gå- og aktivitetsvennlege nærmiljø vil bygge opp under berekraftsmåla og nullvekstmålet om at veksten i persontransporten i dei største byområda skal skje gjennom bruk av kollektivtransport, sykling eller gåing. Saman med betre systematisk planlegging for å sikre god tilgang til nærturområde, parkar og grøntareal, gang- og sykkelveggar og ikkje minst trygge og smarte mobilitetsløysingar, og med medverknad frå innbyggjarane i utforminga, vil dette vere viktig for utviklinga av aldersvennlege og levande lokalsamfunn.

3.1.2 Mobilitet og aldersvennleg transport

Regjeringa vil rettleie og spreie erfaringar med aldersvennlege mobilitets- og transportløysingar. Aldersvennlege transport- og mobilitetsløysingar er avgjerande for at ulike tilbod blir tilgjengelege og faktisk brukte. Mange stader med store avstandar og få innbyggjarar finst det ikkje gode nok transporttilbod for eldre. Tilsvarande kan det vere krevjande for eldre å nytte eit elles godt kollektivtilbod på grunn av lange avstandar og dårleg framkomst til haldeplassar og så vidare. For at eldre skal bruke lokalsamfunnet er det viktig at det er trygt og framkommeleg uansett årstid, derfor er vintervedlikehald viktig.

Dei seinare åra har fleire kommunar satsa på aldersvennleg transport, til dømes Oslo med *rosa bussar* og Folldal med prosjektet *Smart transport i distriktene*. Dei fleste fylkeskommunane har ei eller anna form for bestillingstransport.³ Slike dør-til-dør-løysingar er viktige for spesifikke grupper av brukarar, slik som eldre og personar med funksjonsnedsettingar. Felles for tiltaka er målet om å skape smartare transporttilbod, som er tilgjengelege der folk bur. Dette er like viktig i distrikta som i meir sentrale strøk og bidrar til auka deltaking for eldre og andre grupper. Det at tilbodet er etterspurnadsbasert i form av bestillingsløysingar, gjer det meir fleksibelt for bruka-

¹ Bergem et al. (2019).

² Fongar og Thorén (2022).

³ Bardal et al. (2021).

Boks 3.2 AKT Svipp

AKT Svipp er eit prøveprosjekt som er oppretta for å forbetre transporttilbodet og gi nye reisemoglegheiter til reisande i ulike område på Agder. Tilbodet på *AKT Svipp* varierer frå kommune til kommune, men felles er at *AKT Svipp* ei samkøyringsteneste, utan fast ruteplan, som baserer seg på at turane blir førehandsbestilte. Kunden har likevel stor fleksibilitet knytt til bestillingstidspunkt, hentetidspunkt og servicenivå. I enkelte område er *AKT Svipp* eit tilbod berre for honnørreisande, i andre område er tilbodet ope for alle.

Kjelde: Agder kollektivtrafikk

rane og kan i nokre tilfelle også bidra til at kapasiteten og ressursane blir betre utnytta enn i dag. Ein viktig suksessfaktor vil vere å rette merksemda mot kva dei lokale behova for transport er. Delingsmobilitet, til dømes i form av samkøyring, er ei anna moglegheit. I dag er delingsmobilitet mest utbreidd i og rundt dei største byane. Dette støttar opp under forskning som viser at bildeling har best moglegheiter for å lykkast i folketette urbane område.⁴ Det er grunn til å tru at veksten i bildeling vil halde fram, og at det vil bli oppfatta som ein meir vanleg måte å ha tilgang til bil på i framtida.

I tråd med klimaforpliktingane våre er det eit mål å redusere bilbruken og få fleire over på andre transportløysingar, som kollektivtransport, sykkel og gonge, jf. nullvekstmålet som er omtalt i 3.1.1. Dette handlar om meir enn hyppigheita på avgangar. Det er viktig at ein tenker tilgjengelegheit, universell utforming og inkluderande løysingar i heile reisekjeda, slik at dette blir eit tilgjengeleg tilbod for eldre og personar med funksjonsnedsettingar.

Som ein del av ansvaret for lokal kollektivtransport har fylkeskommunen også ansvar for å legge til rette transport (TT) for dei som på grunn av funksjonsnedsettingar ikkje kan reise med det ordinære kollektivtilbodet. Det er kommunen eller fylkeskommunen som er ansvarleg for ordninga, og som fastset kriteria for kven som kan få TT-kort.

3.1.3 Aldersvennleg digitalisering

Regjeringa vil bygge ned dei digitale barrierane til eldre og digitalt utanforskap i handlingsplanen for *Digital heile livet*. Digitalisering og auka bruk av teknologi gir moglegheit for at fleire eldre kan bu heime lenger og delta i samfunnet på nye måtar. Samtidig viser innspela til arbeidet at eldre opplever at digitale plattformer kan vere eit hinder for deltaking i det sosiale livet og for tilgang til tenester, og at låge forventningar til eigen kompetanse kan føre til sjølvexkludering. På same måte som dei fysiske og sosiale omgivingane, må også digitale verktøy og verkemiddel bli utvikla slik at dei er aldersvennlege og inkluderande og legg til rette for deltaking og medverknad.

Eldre og personar med kort utdanning er blant gruppene som har svakast digitale ferdigheiter. Fleire undersøkingar og innspel til reforma peiker på at ein må legge betre til rette for å sikre at ikkje enkeltgrupper blir avskorne frå deltaking i samfunnsniv og tilgang til tenester og tilbod på grunn av digitalt utanforskap. Rådet for et aldersvennlig Norge peikte i årsrapporten sin for 2021 på at digitalt utanforskap representerer ei demokratisk utfordring.

Datatilsynet har tatt opp utfordringane med prosedyrar for innlogging med kodar og passord, spesielt for eldre med sansetap. Universell utforming av IKT-løysingar handlar om retten til tilgang på tilrettelagt informasjon, som er ein føresetnad for retten til demokratisk deltaking. For at

Boks 3.3 Digital opplæring

Organisasjonen Seniornett får driftsstøtte til opplæring av eldre over 65 år som manglar grunnleggande digitale ferdigheiter. Tiltak og aktivitetar er målretta mot innbyggjarar med låg eller manglande digital kompetanse og er utvikla i eit samarbeid mellom blant anna Seniornett, Direktoratet for høgare utdanning og kompetanse og KS. Direktoratet for høgare utdanning og kompetanse drifrar og utviklar på oppdrag frå Kommunal- og distriktsdepartementet ulike opplæringsressursar som kan bli brukt vederlagsfritt av alle som tilbyr kurs og opplæring innan grunnleggande digitale ferdigheiter.

Kjelde: Kommunal- og distriktsdepartementet

⁴ Bardal et al. (2021).

innbyggjarane skal kunne delta i samfunnet, også digitalt, er det viktig at det finst gode digitale løysingar som alle kan bruke.

Regjeringa ved Kommunal- og distriktsdepartementet har fleire tiltak gåande for å auke den digitale deltakinga og kompetansen i befolkninga. Regjeringa følger opp strategien *Digital heile livet*, og vil legge fram ein konkret handlingsplan basert på strategien i 2023.

Kommunane har eit ansvar for å legge til rette for at dei som treng det, får tilbod om digital hjelp og opplæring lokalt. I 2022 inngjekk Kommunal- og distriktsdepartementet og KS ein ny samarbeidsavtale om etablering av kommunale hjelpe-tilbod for å auke den digitale kompetansen til innbyggjarane. Avtalen varer ut 2025. Mange kommunar har i dag gode tilbod på bibliotek og andre stader der folk møtest. Om lag 70 kommunar har per mars 2023 etablert eit rettleiingstilbod innan grunnleggjande digitale ferdigheiter.

3.1.4 Aktive eldre

Aktivitet og deltaking i eit sosialt fellesskap fremmer helse og livskvalitet og førebygger einsemd. For at eldre skal kunne bu heime lenger, er det viktig å halde oppe god psykisk og fysisk helse og funksjon gjennom helsefremmande og førebyggjande tiltak som fremmer gode levevanar, og gjerne i god tid før det er behov for tenester. Lågterskeltilbod for fysisk aktivitet i lokalsamfunnet har vist seg å ha god effekt. Sosiale og kulturelle møteplassar med interessant innhald bidrar også til at eldre opplever meningsfulle dagar og møter med andre.

Sosiale og kulturelle møteplassar

Eit gjennomgåande tema i tilbakemeldingane regjeringa har fått i arbeidet, er behovet for sosial og kulturell aktivitet. Mange eldre opplever at det er få tilbod, eller at tilboda ikkje treffer innhaldsmessig, jf. kapittel 2. For at fleire eldre skal oppleve det som trygt å bu lengre heime, er moglegheita til å vere i aktivitet og delta i sosiale fellesskap viktig. Regjeringa vil derfor utvikle tiltak for lågterskeltmøteplassar for sosiale, kulturelle og fysiske aktivitetar. Regjeringa vil bidra til systematisk deling av gode døme på meningsfulle møteplassar for eldre, blant anna sosiale, kulturelle og fysiske aktivitetar og tilbod. Senteret for et aldersvennleg Norge skal støtte kommunane og hjelpe dei å gjennomføre blant anna Generasjonsleikane og andre aktivitetar som gir meningsfulle møteplassar og auka deltaking for eldre.

Boks 3.4 Alders- og demensvennleg bibliotek

Deichman, Bydel Østensjø og Sjukeheimsetaten i Oslo kommune gjekk i 2018 saman om å gjere Deichman Oppsal til eit alders- og demensvennleg bibliotek. Gjennom prosjektet har det vore tett innbyggardialog og samarbeid på tvers av tenester for å gjere biblioteket til ein møteplass for alle, uansett alder eller diagnose. Pilotprosjektet alders- og demensvennleg bibliotek på Deichman Oppsal er del av utviklinga av Oslo som aldersvennleg by, og i tråd med nasjonale strategiar.

Kjelde: Oslo kommune

Eldresenter og seniorsenter er gode døme på tiltak som bidrar til å skape aktivitet og sosialt fellesskap. Dette er tilbod som når mange, og som utløyser ein betydeleg frivillig innsats lokalt. Mange eldresenter og seniorsenter har eit variert og spennande program, med ei blanding av foredrag, kulturopplevingar, song og musikk, trening, sjakk og så vidare. Samtidig viser innspel til reforma at fleire strever med å rekruttere nye brukarar. Det er viktig at ein gjer desse tilboda kjende, og at innhaldet er attraktivt for nye generasjonar eldre. Det er også eit potensial for å opne opp sentera for andre aldersgrupper, og at ein i større grad tenker fellesaktivitetar og sambruk.

Eit levande lokalsamfunn handlar om å skape gode møteplassar for innbyggjarar i alle aldrar. Uformelle møteplassar i nærmiljøa, som torg, parkar, treningssenter, bibliotek og så vidare, er stader der alle generasjonar møtest, utan at dette er sett i system. Denne typen uformelle møteplassar er svært viktige, og det er viktig at ein tenker på denne typen møteplassar når ein driv med stadsutvikling, slik at det blir tilgjengeleg for alle. Folkebiblioteka er eit godt døme. Dei seinare åra har dei i større grad opna seg opp mot lokalsamfunnet ved å ikkje berre vere ein stad ein låner bøker, men ein møteplass med rom for ulike opplevingar og tilbod.

Vi veit at kulturdeltaking har positiv innverknad på helsa. Blant anna viser HUNT-data at det er ein positiv samanheng mellom kulturdeltaking, både som aktiv og som tilhøyrar, og helse og dødelegheit.⁵ Frå HUNT-undersøk-

⁵ Opdahl et al. (2020).

ingane veit vi at dei mest brukte formene for deltaking er friluftsliv, konsert-, kino- og teaterbesøk og idrettsaktivitetar. For dei fleste arenaene og aktivitetstypene aukar deltakinga med aukande alder opp til 40–59 år og flatar deretter ut eller fell noko. Aldersgruppa 80 år og eldre deltar i minst grad. Det er gjennomgåande store forskjellar i samfunnsdeltaking knytte til utdanningsnivået til innbyggerane, der lengre utdanning er forbunde med høgare grad av deltaking.⁶ Å fremme aktivitet og engasjement innan kulturlivet blant innbyggerane kan bidra til å betre folkehelsa i kommunen.

Nærbutikk og kjøpesenter som møteplass

Der vi ferdast i det daglege, er også eit utgangspunkt for uformelle møte og kontakt med andre, som butikken eller kjøpesenteret. Dette er stader ein som oftast ikkje tenker på som møteplassar, men som er lett tilgjengelege treffpunkt i kvardagen. Ein ny studie viser at kjøpesenter er ein attraktiv stad å vere sjølv om handling ikkje er primærformålet med besøket.⁷ Studien viser at mange rapporterer om positive effektar av å vere på eit kjøpesenter, blant anna sosial tilhøyrse, stadstilknytning og opplevinga av å vere på ein fritstad. Resultata viser at folk ønsker eit mangfald av aktivitetar på senteret, og at det er eit potensial i å vidareutvikle kjøpesenter som ein meningsfull møteplass.

I mange små lokalsamfunn er daglegvarebutikkane det siste servicepunktet som er att. Utkantbutikkane spelar ei viktig rolle i å halde oppe tenestetilbodet i små lokalsamfunn. Det er ikkje uvanleg at butikkane i praksis fungerer som velferdssentralar. Gjennom Merkur-programmet, som er eit utviklingsprogram Kommunal- og distriktsdepartementet har for daglegvarebutikker i distrikta, blir det arbeidd med å utvikle både tenestetilbodet til butikken og butikken som møteplass. Eldre er den viktigaste målgruppa for mange av butikkane.

I tillegg til sal av daglegvarer tilbyr dei aller fleste Merkur-butikkane tilleggstenester.⁸ Det kan vere apotekvarer, kafé/pub, heimlevering av daglegvarer, skyss til butikken eller andre servicefunksjonar, treningsfasilitetar, trådløst nett, teknisk hjelp med mobil/pc med meir. Fleire distriktskommunar etablerer serviceavtalar med lokale butikkar. Målet er at butikken skal hjelpe

⁶ Opdahl (2020).

⁷ Pettersen et al. (2023).

⁸ Hauge et al. (2021).

Boks 3.5 Butikk og eldrebustader i same bygg

Røyrvik kommune i Trøndelag har samarbeidd med nærbutikken om eit nybygg som inneheld nytt butikklokale og fire leilegheiter som er godt eigna for eldre som ønsker å flytte frå hus til ein mindre bustad. Satsinga er ein del av eit heilskapleg arbeid med å utvikle eit kompakt sentrum, og kommunen ser på butikken som kritisk infrastruktur i Røyrvik-samfunnet.

¹ Merkur-programmet: «Butikk og eldreboliger i samme bygg».

Kjelde: Merkur-programmet¹

kommunen å føre tenestene nærare innbyggerane i lokalsamfunnet. Butikken kan til dømes etablere bibliotektilbod og formidle kommunal informasjon. Tenester som hjartestartar, samarbeid med heimetenesta og avtale om å vere beredskapspunkt i tilfelle kriser bidrar til å fremme tryggleik for innbyggerane i lokalsamfunnet. Det er spesielt viktig for sårbar innbyggerar som eldre og sjuke, og deira pårørande. Samarbeidet bidrar til at kommunen når ut til innbyggerane sine med informasjon og tenester, samtidig som det gir butikken eit større inntektsgrunnlag. Vidare blir butikken og staden der han er lokalisert, meir attraktiv. Det gjer desse lokalsamfunna meir berekraftige på lang sikt.

Den kulturelle spaserstokken

Regjeringa vil i tråd med Hurdalsplattforma vidareutvikle *Den kulturelle spaserstokken*. Den kulturelle spaserstokken er ei nasjonal kultursatsing som har som mål å sørge for profesjonell kunst- og kulturformidling av høg kvalitet til eldre. Gjennom ordninga skal det bli lagt til rette for auka samarbeid mellom kultursektoren og helse- og omsorgssektoren, slik at det blir utvikla gode kunst- og kulturprosjekt lokalt innanfor eit mangfald av sjangrar og uttrykk. Ordninga skal også bidra til at eldre får eit tilpassa kulturtilbod på arenaer der dei er i dagleglivet. Regjeringa ønsker å vidareutvikle det samarbeidet som er etablert mellom kultursektoren og helse- og omsorgstenestene gjennom *Den kulturelle spaserstokken*, slik at fleire eldre kan oppleve gode

kulturopplevingar i kvardagen. Tiltaket blir sett i samanheng med aktivitetstiltaka i kapittel 6.3.

Fysiske aktivitetar

Å vere fysisk aktiv saman med andre gir glede og meistring. Fysisk aktivitet er samtidig nødvendig for å utvikle og halde oppe god helse og livskvalitet gjennom heile livet. God fysisk funksjon er viktig for livsutfalding og ein god alderdom. Alle vaksne og eldre bør vere fysisk aktiv regelmessig, og all aktivitet tel. Berre nokre få minutt dagleg fysisk aktivitet tilsvarande rask gåing har helsegevinst. Det er eit stort potensial for ei friskare aldring hos både yngre eldre (65–79 år) og eldre eldre (80+), og dagleg fysisk aktivitet og å redusere stillesittinga er derfor viktig.

Styrke- og balansetrening er nødvendig for å halde oppe muskelstyrke, fysisk funksjon og balanse og dermed viktig for å førebygge fall og brot blant godt vaksne og eldre. Det er dokumentert at trening reduserer risikoen for fall. Blant dei nye råda om fysisk aktivitet er styrke- og balansetrening minst to gongar i veka for vaksne over 65 år. Dei nye råda skal bli gjort betre kjende og tatt systematisk i bruk i helse- og omsorgstenesta, blant anna ved heimebesøk, og også i eit samspel mellom helsetenesta og frivillige organisasjonar i lokalsamfunnet, som lågterskeltilbodet *Sterk og*

stødig er eit godt døme på. Fysisk aktivitet blir også omtalt i Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga*.

Lokalsamfunnet og nærmiljøet bør gi moglegheiter for fysisk aktivitet både i dagleglivet og som rekreasjonsaktivitet eller trening, jf. omtalen av gå- og aktivitetsvennlege nærmiljø. Korleis omgivnadene er innretta og utforma, har mykje å seie for moglegheita for tur og rørsle. Trygge gangvegar og stiar med jamt underlag, belysning, benker og tilgjengeleg toalett er døme på viktige element for eldre.

Frivillig sektor er ein viktig aktør som bidrar med mange gode tilbod som fremmer aktivitet. DNT, Nasjonalforeningen for folkehelsen og lokale tur- og idrettslag arrangerer ulike turgrupper og fysiske aktivitetar. I tillegg har eldre senter og treningssenter tilbod som er tilpassa eldre. Dette er viktige møteplassar for både fysisk aktivitet og sosialt samvær.

Generasjonsmøte

Mange eldre har spelt inn at dei ønsker å kunne møtast meir på tvers av generasjonar, og ha meir kontakt med yngre generasjonar. Å skape generasjonsmøte handlar både om å etablere møteplassar mellom unge og eldre i dagleglivet, og om å organisere aktivitet og verksemd på tvers av generasjonane. Det kan til dømes skje på skular, arbeidsplassar, sjukeheimar eller i nærmiljø. Regjeringa vil legge til rette for gode generasjonsmøte i bustadplanlegginga av blant anna eldrebustader og institusjonar, jf. kapittel 4. For å skape fleire gode møteplassar er det viktig at kommunane utviklar politikk og planverk som legg til rette for eit tettare samarbeid mellom generasjonane. Eit viktig utgangspunkt for generasjonsmøte er vissa om at interesser og aktivitetar ikkje er generasjonsavhengige. Det gjeld å finne dei rette og naturlege møteplassane og aktivitetane som er godt lokalt forankra og tilpassa. Mange kommunar har sett dette i system og skaper gode generasjonsmøte mellom unge og eldre. Til dømes kan eit torg som er utforma som ein aktivitetsplass, eller ein leikeplass fungere som integreringsarena mellom generasjonar. I frivillig arbeid og organisasjonsliv er det ofte interesse for eit saksfelt eller ei oppgåve som fører folk saman på tvers av alder, og som gir ulike generasjonar større perspektiv og moglegheit til å utveksle synspunkt og erfaringar.

Først og fremst handlar generasjonsmøte om dei tilfeldige eller uformelle møta der ulike generasjonar møtest i kvardagen. Det føreset at vi ikkje

Boks 3.6 Sterk og stødig

Mange kommunar har treningstilbod med låg terskel for godt vaksne og eldre, og over 100 kommunar tilbyr *Sterk og stødig*-trening. *Sterk og stødig* er ein modell for kunnskapsbasert balanse- og styrketrening med frivillige treningsinstruktørar, og tilbodet rettar seg mot heimebuande eldre. Modellen blei først utvikla i samarbeid med Trondheim kommune, og det er også her det er flest *Sterk og stødig*-grupper. Kommunar som arbeider med modellen, har utdanna eigne kursleiarar som held kurs for frivillige instruktørar og nye fysioterapeutar etter behov. Kommunane set av ein stillingsbrøk til dette førebyggjande arbeidet, og dei årlege kostnadene varierer med omsyn til kommunestorleik og omfanget av tilbodet. Nasjonalt senter for aldring og helse driftar *Sterk og stødig* frå 2022.

Kjelde: Nasjonalt senter for aldring og helse

innrettar samfunnet slik at ulike aldersgrupper lever kvar sine liv, oppheld seg på kvar sine stader, og held på med kvar sine oppgåver og aktivitetar, utan at vegane deira kryssar kvarandre. Organisering handlar om å legge opp arrangement, aktivitetar og verksemd slik at det inviterer til generasjonsfellesskap og skaper gjensidig forståing og utveksling av kunnskap og erfaringar. Senteret for et aldersvennlig Norge, arrangerer kvart år Generasjonsleikane i lokalsamfunna. Dette er eit arrangement med leik og aktivitetar som bidrar til mangfald og inkludering på tvers av generasjonar, og der det frivillige i samarbeid med kommunen står i sentrum. I 2023 skal 39 kommunar vere med på arrangementet.

Kvar og korleis ein bur, har også noko å seie for tilgangen på generasjonsmøte. Å bu i eit bufellesskap kan lette tilgangen til eit sosialt fellesskap. Likevel er det i dag lite kjennskap til denne typen buform i Noreg, og marknaden tilbyr berre i avgrensa grad slike bustader.⁹ Bufellesskap kan vere reserverte for eldre eller vere opne for alle aldersgrupper. Låg kunnskap om konseptet påverkar etterspurnaden og dermed tilbodet av slike løysingar. Vidare kan den sterke eigarlinja i Noreg gjere det utrygt å investere i utradisjonelle bustader.¹⁰ Kommunen kan ha ei viktig rolle i å informere om buforma og kople bebuarar og

utbyggjarar. Det blir vist til forslag til tiltak i *Eldrebustadprogrammet* i kapittel 4.

Ein annan måte å legge til rette for generasjonsmøte på, er å dra aktivitetar for lokalbefolkninga inn i bygg der kommunen leverer helse- og omsorgstenester, til dømes gjennom å samlokalisere institusjonsplassar med aktivitets- og kulturhus eller privat næring som kafé/pub, frisør med meir.

3.2 Deltaking og samskaping

Eldre er viktige samarbeidspartnarar for kommunane i arbeidet med å utvikle lokalsamfunnet. For å styrke den demokratiske deltakinga, sikre legitimitet for løysingar og legge til rette for nærleik og tillit i lokalmiljøet er det nødvendig å utvikle god dialog, godt samarbeidsklima og likeverdige relasjonar mellom fleire aktørar som bidrar til å skape levande og aldersvennlege lokalsamfunn.

Ressursane i lokalsamfunnet skal forvaltast til det beste for fellesskapet. Det krev samarbeid og samskaping i utviklinga av nye og berekraftige løysingar.

Regjeringa vil

- vidareutvikle og implementere opplæringsprogrammet for eldreråd i heile landet
- greie ut korleis stat og kommune kan styrke samskaping og innovasjon for ei meir aldersvennleg samfunnsutvikling
- vidareføre arbeidet til Senteret for et aldersvennlig Norge med partnerskapsordninga
- gjennomføre ei felles nasjonal eldreveke
- legge til rette for eit godt samarbeid med frivillige og ideelle aktørar
- vurdere samordning og forenkling av statlege tilskot til frivillige organisasjonar
- oppmode kommunane til å utvikle lokal frivilligpolitikk og opprette lokale kontaktpunkt for det frivillige
- oppmode kommunane om å gjere lokale tilgjengelege for aldersvennleg frivilligheit
- oppmode frivilligsentralane og organisasjonane til å mobilisere seniorkrafta
- utvikle og dele kunnskap om aldersvennleg frivilligheit

3.2.1 Deltaking og medverknad

Mange eldre opplever å ikkje ha reell tilgang til lokaldemokratiske arenaer eller at dei blir inkludert så seint i utviklingsløp at dei har få moglegheiter for påverknad. Ein god og meningsfylt alderdom føreset at også eldre blir lytta til og får

Boks 3.7 Studentar flyttar inn i seniorhus

Pastor Fangens vei 22 Seniorhus er eit bu- og aktivitetssenter for eldre i Oslo kommune. Sidan 2018 har to studentar budd i kvar si leilegheit på senteret, med redusert husleige, mot at dei er eit visst tal timar saman med dei eldre kvar månad. Det var ei undersøking blant bebuarane som sette kommunen på ideen om medbebuarar. Undersøkinga viste at dei eldre ville ha fleire møteplassar på tvers av generasjonar i meir naturlege settingar. Studentane gjer aktivitetar, både planlagde og tilfeldige, saman med dei eldre, som å handle mat, ha pizza- eller filmkveld, ha vaffellaurdag, dra på sykkel- og skiturar eller hjelpe til med opplæring og støtte i teknologi.

Kjelde: Oslo kommune

⁹ Moe et al. (2021).

¹⁰ Moe et al. (2021).

høve til å delta i utviklingsprosessar som skal legge rammene for eit levande, trygt og godt lokalsamfunn. Medverknad frå innbyggjarar følger av både kommunelova, plan- og bygningslova og av folkehelselova. Det er behov for betre prosessar som involverer stemmene og behova til eldre tidlegare i prosessen.

Regjeringa har gitt organisasjonane til pensjonistane forhandlingsrett på andre område enn reguleringa av pensjonane, og dermed høve til å drøfte viktige spørsmål i eldrepolitikken. Regjeringa held derfor fire faste møte med pensjonistorganisasjonane gjennom året, for innspel og dialog til statsbudsjettet og andre saker.

Forskrift om kommunale og fylkeskommunale råd for eldre, personar med funksjonsnedsetting og ungdom skal sikre ein brei, open og tilgjengeleg medverknad frå eldre i alle saker som gjeld dei. Pensjonistorganisasjonane har lenge etterlyst ei betre opplæring for medlemmer av eldreråd for å sikre medverknad og betre system for arbeidet råda gjer inn mot kommunestyret. Regjeringa vil bidra til ei meir systematisk eldrerådsopplæring og har derfor i 2023 løyvd eigne midlar til dette. Senteret for et aldersvennlig Norge har utvikla eit opplæringstilbod i samarbeid med Pensjonistforbundet og KS regionalt. Målet er å tilby kommunale og fylkeskommunale eldreråd, andre kommunale folkevalde og administrative medarbeidarar opplæring i oppgåvene til eldreråda og i medverknadsarbeid for å fremme meir aldersvennlege lokalsamfunn. Regjeringa vil vidareutvikle og implementere opplæringsprogrammet i heile landet. Å bygge på medverknad av eldre innbyggjarar inngår i arbeidet med aldersvennlege kommunar, og opplæringsprogrammet skal bli sett i samanheng med Bu trygt heime-reforma for å bidra til implementering av intensjonane i reforma lokalt.

3.2.2 Samskaping og partnerskap

Når ein skal lage nye løysingar, kan dei ofte bere preg av silotenking. Løysingane blir ofte tilpassa tilskotsordningar, øyremerkingar, normer og rettar, og er ofte ikkje skapte saman eller med dei som treng dei. Samskaping, samarbeid og partnerskap er ofte nødvendig for å lykkast og for å sikre at det ikkje blir brukt mykje ressursar på å finne opp løysingar som kanskje allereie finst, i ei litt anna form.

Samskaping

I møte med dei demografiske utfordringane er det behov for å utvikle nye måtar å løyse oppgåvene

på. Meld. St. 30 (2019–2020) *En innovativ offentlig sektor* trekker fram samskaping som ein viktig metode for å skape morgondagens tenester. Det finst mange gode døme, men Noreg er ikkje i førarsetet når det gjeld samskaping.

Samskaping kan bidra til nytenking og handlar om å inngå likeverdige partnerskap mellom kommunar, innbyggjarar, sivilsamfunn og næringsliv, med mål om samarbeid for å definere problem og designe og implementere nye og betre løysingar. Argumentet for denne metoden er først og fremst at partane har ulike og komplementære kompetansar og ressursar, og samskaping bidrar dermed til eit betre resultat enn om berre den eine parten utfører oppgåva eller utviklar løysingar. I dag er det mange kommunar som ikkje har erfaring med å samskape med frivillige/ideelle organisasjonar, og som dermed ikkje får høve til å etablere nye innovative aktivitetar som kommunen har behov for.

Det er behov for å styrke, støtte opp under og utvikle ressursane som må vere til stades for å kunne utvikle samskaping lokalt. Regjeringa vil ta initiativ til eit forpliktande samarbeid med kommunesektoren, yrkesorganisasjonane, frivillige, brukar- og pårørandeorganisasjonar og ideelle leverandørar for å greie ut både barrierar som hindrar, og tiltak som støttar opp under samskaping. Dette vil også innebere at statlege aktørar bør opptre meir samordna. Utvikling av tiltak som heilskaplege styringssignalar til underliggende etatar og større grad av samanheng mellom tilskotsordningar er døme på tiltak som staten kan bidra med i eit slikt initiativ.

Regjeringa meiner at «kommune 3.0»-ideologien bør få endå større fotfeste i Noreg. Omgrepet oppstod i Danmark, der dei har jobba systematisk med samskaping over lengre tid. I dette perspektivet beskriv «kommune 1.0» først og fremst ein situasjon der politikarane behandla saker og tok avgjerder på formelle møte, mens innbyggjarane var undersåttar som måtte ta omsyn til regelverket til kommunen, utan å ha spesielt store påverknadsmoglegheiter. «Kommune 2.0» har endra seg til ein tenesteytande organisasjon der politikarane set mål og økonomiske rammes i dialog med fagfolk og kundar – altså innbyggjarane. «Kommune 3.0» tenker ein seg som ei dreining mot eit lokalsamfunn der innbyggjarane er aktive, engasjerte medborgarar som i samspel med dei kommunalt tilsette tar ansvar for utviklinga av nærmiljøa sine. Rolla til politikarane skal no i større grad vere å stimulere aktiviteten i lokalsamfunnet, og dei kommunale medarbeidarane skal vere opptatt av å hente ut ressursane hos med-

Boks 3.8 «Dørterskelteneste» i regi av Posten

I samarbeid med KS testar Posten Noreg AS ei «dørterskelteneste» i eit utval kommunar. Tenesta er førebels under utvikling med brukarar i Sogndal, Ringsaker og Asker. Ambisjonen er å utvide til endå eit titals kommunar i løpet av 2023 og 2024.

Tenesta består i å nå fram kvar veke til eldre innbyggjarar med ein personleg leveranse av post og offentleg informasjon. Mottakarane er ofte vanskeleg å nå via andre kanalar, spesielt digitale. Tilbakemeldinga frå testmottakarane viser at målretta informasjon om lokale aktivitetar blir opplevd relevant, og bidrar til at fleire deltar på aktivitetar og kjenner seg inkluderte i lokalsamfunnet. Det er også testa enkle former for rekruttering til frivilligheit blant dei eldre, med positive resultat. Tenesta kan på sikt bli utvida med andre leveranseoppdrag, som mat, apotek eller vaskeritenester, i samarbeid med lokalt næringsliv.

Kjelde: Posten Noreg AS

borgarane, skape fellesskap, fasilitere og støtte. Innanfor denne modellen står dermed sivilsamfunnet og frivillig sektor sentralt.

Regjeringa vil støtte opp under «kommune 3.0»-ideologien gjennom innsatsen i Bu trygt heime-reforma, der frivilligheit og samskaping er grunnleggande for at vi skal lykkast med å nå måla våre om berekraftige samfunn og tenester. Regjeringa vil derfor greie ut korleis staten kan styrke samskaping og innovasjon saman med kommunesektoren, det frivillige, brukar- og pårørandeorganisasjonar og ideelle leverandørar for å få ei meir aldersvennleg samfunnsutvikling med meir aldersvennlege løysingar og tenester.

Partnarskap for aldersvennleg samfunnsutvikling

Senteret for et aldersvennlig Norge etablerte i 2021 ei tverrsektoriell partnarskapsordning for eit meir aldersvennleg Noreg. Regjeringa vil føre vidare arbeidet til senteret med partnarskapsordninga. I 2023 er det over 20 strategiske partnarrar frå blant anna næringsliv, det frivillige, interesseorganisasjonar og forskingsmiljø. Som strategisk partnar deltar ein i ei tverrsektoriell prosjekt-

gruppe som i ein gitt periode skal jobbe saman for å bidra til å løyse ei utfordring, eller synleggjere ei moglegheit innan tematikken aldersvennlegheit. Partnarskapsordninga og prosjekta har som formål å skape eit meir aldersvennleg samfunn og er tett knytte opp mot berekraftsmåla til FN.

Nasjonal eldreveke

Regjeringa vil gjennomføre ei nasjonal eldreveke i samarbeid med Senteret for et aldersvennlig Norge og Rådet for et aldersvennlig Norge. Tema for eldreveka skal vere i tråd med innsatsområde 1, levande lokalsamfunn, og kan omfatte blant anna inkluderande nærmiljø og samskaping og planlegging for berekraftsutfordringar og eigen alderdom. Eldreveka kan knytast til den internasjonale FN-dagen for eldre den 1. oktober eller eit anna eigna tidspunkt.

3.2.3 Aldersvennleg frivilligheit

Den frivillige innsatsen er avgjerande for å skape gode og levande lokalsamfunn. I Noreg har vi eit godt utbygd sivilsamfunn, med stor grad av organisasjonstilhørrelse. Ein sterk og mangfaldig frivillig sektor er viktig for det norske velferds-systemet og den norske beredskapsmodellen og er i tillegg med på å skape robuste lokalsamfunn. Frivillig og ideell sektor bidrar med nytenking og innovasjon gjennom nye løysingar og tilbod. Men det er eit grunnleggande prinsipp at frivillig sektor skal supplere og ikkje erstatte offentlege tenester.

Regjeringa vil støtte frivillig og ideell sektor. Frivillige og ideelle tilbydarar må sikrast gode rammevilkår og føreseieleg drift. Dette gjeld både på helse- og omsorgsfeltet og innan andre sektorar. Regjeringa vil gi frivillig sektor ei viktig rolle i gjennomføringa av folkehelseiltak. Regjeringa vil også legge til rette for eit godt samarbeid med frivillige og ideelle aktørar i eldreomsorga.

Det må tenkast nytt og berekraftig om samarbeid med frivillige og ideelle aktørar framover. Det må også tenkast nytt om korleis den eldre delen av befolkninga kan rekrutterast til og behaldast i frivillig arbeid. Regjeringa har eit mål om at alle som ønsker det, skal ha høve til å delta i frivillige organisasjonar og i frivillig arbeid.

Gode rammevilkår for det frivillige

Regjeringa anerkjenner den viktige samfunnsrolla til frivillige organisasjonar og ønsker å skape gode rammevilkår for at frivilligheita skal opplevast

som inkluderande, representativ og med like moglegheiter for deltaking. Gode rammevilkår inneber til dømes føreseieleg finansiering, enkle regelverk og tilskotsordningar og openheit om korleis midlane blir fordelte, og dessutan tilgang til lokale og godt samarbeid med kommunen. Det er viktig at det offentlege er klar over og respekterer eigenarten og sjølvstendet til frivillige. Det er eit sjølvstendig mål at det frivillige skal vere frivillig og ikkje regulert.

Ein samordna statleg frivilligpolitikk med fokus på forenkling og godt samarbeid kan støtte opp under målet om at fleire eldre skal kunne bu trygt heime. Vi veit at det er viktig å gjere det lett og attraktivt å vere frivillig, slik at folk kan bruke tida si på det dei brenn for, framfor administrasjon.

I Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga* er det varsla ein revisjon av folkehelselova der ein blant anna vil sjå på kommunen si rolle i å skape gode rammer for samarbeid med det frivillige.

Tilskotsordningar

Årleg fordeler staten rundt 11 milliardar kroner i tilskot til frivillig sektor, som grunn- eller driftsstøtte over ulike tilskotsordningar eller som enkeltstående tilskot til øyremerkte mottakarar. Regjeringa vil organisere dei offentlege støtteordningane på ein måte som gjer drifta til frivillige så enkel og føreseieleg som mogleg. Regjeringa har

derfor samla statlege tilskot til frivillige organisasjonar i ein ny portal på nett, «tilskudd.no», som skal gjere det lett for alle å finne fram til aktuelle tilskot på dei fleste samfunnsområde. Det er 136 tilskot på ein stad, med informasjon om søknadsfristar, kva ein kan søke om støtte til, med meir. Regjeringa vil vurdere vidare samordning og forenkling av statlege tilskot til frivillige organisasjonar. Regjeringa vil også vurdere rutinane for saksbehandling og utbetalingstidspunktet for dei årlege tilskota, slik at mottakarane får tilstrekkeleg tid til aktivitet i tilskotsåret. Ei rekke andre tilskotsordningar vil også kunne ha mykje å seie for korleis det frivillige blir gjort tilgjengeleg for eldre, som både mottakarar, deltakarar og bidragsytarar.

Lokal frivilligpolitikk

Regjeringa støttar opp om ein aktiv, lokal frivilligpolitikk og oppmodar kommunane til å opprette lokale kontaktpunkt for dei frivillige. Eit godt samspel mellom kommunane og frivillig sektor er viktig. Likevel har berre 11,5 prosent av kommunane vedtatt ein frivilligpolitikk.¹¹ Tal frå Frivillighet Norge frå 2021 viser at om lag 20 prosent av kommunane har vedtatt ein frivilligpolitikk. Ei undersøking viser at i kommunar som har ein frivilligpolitikk, er talet på samspelsrelasjonar til frivillige aktørar større enn i kommunar som ikkje har det.

¹¹ Monkerud et al. (2016).

Boks 3.9 Prinsipp for å skape ei aldersvennleg frivilligheit

Saman med seniorar, organisasjonsliv og næringsliv har Oslo kommune gått gjennom forskning og undersøkt hindringar og moglegheiter for å skape ei aldersvennleg frivilligheit, og korleis alle som organiserer frivillig innsats, kan bidra til å inkludere fleire. Frivillighet Norge har deltatt i ressursgruppa for *Dugnad for en aldersvennlig frivillighet*. På bakgrunn av dette prosjektet har ein lansert seks prinsipp for å skape ei aldersvennleg frivilligheit, og ein har identifisert tre barrierar. Seks prinsipp for aldersvennleg frivilligheit:

- Skap fleksibilitet og gjer tilpassingar.
- Gi god oppfølging og aktiv støtte.
- Legg til rette for fellesskap og nettverk.
- Verdsett og anerkjenn innsatsen.
- Gjer oppgåvene meningsfulle og involver.
- Bygg på styrkane og gi utfordringar.

Hindringar for den frivillige innsatsen til eldre:

- Praktiske hindringar: forpliktingar; transport og fysisk tilgjengelegheit; digital kompetanse; helseutfordringar; utgifter; norskkunnskapar
- Strukturelle hindringar: informasjon som ikkje når fram til nye frivillige; mangel på fleksibilitet; dagens praksis i organisasjonane; manglande ressursar til å følge opp
- Emosjonelle hindringar: har ikkje blitt spurt; manglar sjølvtrøst og erfaring frå frivilligheit; opplever aldersdiskriminering; fryktar å ta på seg for mykje ansvar

Kjelde: Oslo kommune

Berre 109 av kommunane i undersøkinga hadde eller var i gang med å lage ein plan for frivilligpolitikken i 2020.¹²

Lokale frivilligsentralar

Frivillig aktivitet blir drive der menneske bur – i lokalsamfunna – og frivilligsentralane er heilt avgjerande for å sikre lokal forankring og utbreiing i heile landet. Frivilligsentralane skal stimulere til frivillig innsats og vere eit bindeledd mellom kommunen og frivillig sektor, tilpassa lokale føresetnader og behov. Frivilligsentralane har statsstøtte og spelar mange stader ei aktiv rolle i å stimulere til frivilligheit blant eldre og legge til rette for aktivitetar for og med målgruppa. Ein ny studie viser at frivilligsentralane det siste tiåret har endra seg i retning av å spele ei større rolle som bindeledd og samskarar i lokalsamfunna.¹³ Dette er i tråd med intensjonane i dei statlege føringane.

Ny forskrift om statstilskot til frivilligsentralar tok til å gjelde frå 2023. Regjeringa gir i den nye ordninga kommunane eit stort ansvar for å sjå frivilligsentralane i samheng med lokal frivilligpolitikk, og forskrifta understrekar at sentralane skal jobbe for å stimulere til frivillig innsats og vere opne møteplassar for befolkninga. Norges frivilligsentraler er paraplyorganisasjonen til frivilligsentralane. Organisasjonen får statsstøtte for å drive kompetanseheving i frivilligsentralane og blir oppmoda til å delta i eit langsiktig og strategisk arbeid for å fremme likestilling og senke tersklane for deltaking.

Tilgjengelege lokale

Lokale som er tilgjengelege for frivillig aktivitet er ein viktig premis for å auke lokal aktivitet. Det er kommunane og fylkeskommunane som eig dei fleste av lokala som er aktuelle for frivillig aktivitet. Mange kommunar har gjort tiltak for å gjere lokale tilgjengelege med bestillingsløysingar og digitale nøklar, som til dømes Oslo, Trondheim og Bergen. Samtidig er det behov for å auke medvitet om behovet for utlån av lokale til det frivillige.

Tilgang til nok og eigna lokale er eitt av temaa som oftast kom opp i arbeidet med *Rom for deltaking – regjeringens kulturfrivillighetsstrategi (2023–2025)*. I samband med dette har fleire av aktørane, blant anna KS, vore opptatt av å få kunnskap om kva tilgang kulturfrivilligheit har til statleg eigde lokale. I ei kartlegging som er gjort på

¹² Trætteberg et al. (2020).

¹³ Eimhjellem og Guribye (2023).

Boks 3.10 Lindeberglokalet

Bydel Alna og Renovasjons- og gjenvinnings-etaten i Oslo kommune har skapt ein møteplass med utlån av lokale til det frivillige og ombrukssenter i eit levekårsutsett område. Dette har dei fått ein innovasjonspris for. Dei har eit aktivt samarbeid med bydelen og frivillige organisasjonar og samlokaliserer seg med andre kommunale tenester som frivilligsentral, open barnehage, fritidsklubb og «open møteplass». Dei arrangerer og legg til rette for strikkekafe, arbeidstrening, ombruk, møteplassar, fiksefestar, bytemarknad og sykkelverkstad. Med dette lokalet er dei tettare på lokalbefolkninga og kan gjere tenestene sine meir kjende samtidig som dei bidrar med noko positivt for lokalmiljøet.

Kjelde: Oslo kommune

oppdrag frå Kultur- og likestillingsdepartementet, av kor mykje det frivillige bruker høgskular og universitet, går det fram at 11 av 13 respondentar låner lokala sine ut til frivilligheit. Barrierar for utleige er blant anna at det kolliderer med eigen bruk av lokala og restriksjonar på tilgang og vakthald.

Regjeringa vil oppmode kommunar og fylkeskommunar til å gjere lokale som står ledige på kveldstid og i helgar, tilgjengelege for det frivillige så langt det er mogleg, der det er behov lokalt. Vidare vil regjeringa som eit ledd i arbeidet med kulturfrivillighetsstrategien gi auka tilskot til Kulturalliansen sitt prosjekt med å kartlegge lokale. Kartlegginga vil bidra til å identifisere behovet for kulturlokale, blant anna for å kunne planlegge for utvikling av eigna lokale og styrke verkemiddelapparatet. Regjeringa vil dessutan vurdere innretninga og fordelinga av spelemidlar til kulturbygg og frivilligeigde bygg innanfor ramma av tippenøkkelen.

Mobilisere og rekruttere seniorkrafta

Regjeringa vil støtte opp under at frivilligsentralane og organisasjonane mobiliserer seniorkrafta. For å få til det vil regjeringa bidra til utvikling og deling av kunnskap om aldersvennleg frivilligheit. Det vil bli vurdert å føre vidare ein intensjonsavtale med Norges frivilligsentralar om aldersvennleg frivilligheit.

Å vere frivillig kan bidra til ei aktiv aldring som gir ein betre alderdom, betre helse og trivsel og høgare livskvalitet. Det kan også verne mot einsemd, spesielt for alle som bur aleine, og gi ei kjensle av eit meningsfullt liv. Dette er i tråd med regjeringa si folkehelsekampanje, ABC for god psykisk helse. ABC står for Act, Belong, Commit, og det er godt dokumentert at aktivitet, sosial tilhøyrse og engasjement i meningsfulle aktivitetar bidrar til å fremme god livskvalitet og psykisk helse. Det er eit stort potensial i i framtidens eldre sin kapasitet og frivillige innsats, som kan gi samfunnsgevinstar både gjennom betre helse og trivsel for kvar enkelt, og gjennom å løyse nyttige oppgåver for samfunnet. Nye generasjonar eldre vil ha meir ressursar og kapasitet enn tidlegare generasjonar. Dei vil ha høgare utdanning, betre helse og økonomi, leve lengre og truleg bevare kognitive evner lenger. Framtidens eldre kan derfor vere viktige ressursar inn i frivillig arbeid som kan vere nyttig for organisasjonar, til dømes kommunikasjon, jus, økonomi, strategi og andre kompetansekreivjande oppgåver, og vi kan rekne med at fleire ønsker å bidra som frivillige.¹⁴

I 2019 bidrog pensjonistar med formelt og uformelt frivillig arbeid verdt heile 29 milliardar kroner.¹⁵ Forsking viser at over 65 prosent i alderen 60–79 år har vore frivillige det siste året. Det har også omtrent halvparten av dei over 80 år. Ein av tre er aktive frivillige og bruker 1–2 timar i veka på frivillig innsats.¹⁶ I tillegg seier halvparten av dei som ikkje er frivillige i dag, at dei kan tenke seg å bli det. Seniorar blir knytte til stabilitet, tillit og kompetanse i organisasjonslivet. I ei undersøking seier 83 prosent av organisasjonane at eldre frivillige er attraktive i tillitsverv. Dei fortel også at kreftene deira er svært viktige for å løyse andre oppgåver.¹⁷ Oslo Røde Kors erfarer til dømes at frivillige over 65 år er aktive i organisasjonen over dobbelt så lenge som 18–25-åringar.¹⁸ Det er likevel behov for auka frivillig innsats for å møte berekraftsutfordringane i framtida.

Regjeringa vil bidra til å utvikle og dele kunnskap om seniorar i det frivillige, blant anna gjennom ein forskingsavtale med Institutt for samfunnsforskning. I forskingsprogrammet *Sivilsamfunn og frivillig sektor 2020–2025* er det blant anna fokus på inkludering av eldre og innvandrarar i

Boks 3.11 App for lokale samarbeidsnettverk skaper meir velferd

Nyby AS har utvikla ein metodikk og ein app for oppgåvedeling gjennom lokale nettverk for samarbeid. Over 50 kommunar, sjukehus og organisasjonar har etablert sine eigne lokale samarbeidsnettverk for deling av enkle oppgåver og arrangement med Nyby. Appen bidrar blant anna til deling av oppgåver i kategoriane «følge til lege», «praktisk hjelp» og «sosialt og mosjon» og til enkel påmelding på aktivitetar. Med Nyby-appen på tenestetelefonen kan tilsette dele oppgåver direkte med ledige ressursar frå Nav, pårørande, frivillige organisasjonar og andre som kan bidra. Slik får tilsette frigjort viktig tid, og innbyggjarar får meir hjelp. Appen bidrar også til auka inkludering og redusert einsemd for dei som bidrar.

Kjelde: Nyby

det frivillige, og nye trendar innan sivil engasjement og digitale medium. I tillegg er rekruttering, opplæring og kompetanseutvikling av frivillige i museums- og kulturarvssektoren eit nytt prosjekt i perioden 2022–2024.

Det finst mykje kunnskap i organisasjonar og frivilligsentralar om behova og moglegheitene seniorar har som frivillige, som kan bli vidareutvikla og delt. Regjeringa har eit mål om at alle som ønsker det, skal ha høve til å delta i frivillige organisasjonar og i frivillig arbeid. Auka frivillig innsats i målgruppa eldre føreset meir målretta rekruttering og tilrettelegging, der rolla til kommunane er viktig.

Undersøkingar viser at mange eldre ønsker å delta i frivillig arbeid, og dei fleste av dei som ikkje deltar, har aldri blitt spurde. Aldersdiskriminering og ulik moglegheit til å delta i frivillig arbeid på grunn av sosioøkonomiske forskjellar er løfta fram som moglege barrierar for eldre si deltaking i det frivillige.¹⁹ Vi kan rekne med at fleire ønsker å bidra som frivillige, men korleis organisasjonane legg til rette for det og klarer å motivere og mobilisere, vil ha noko å seie.²⁰ Det er behov for auka

¹⁴ Hansen og Slagsvold (2020).

¹⁵ Ny Analyse (2021).

¹⁶ Frivillighet Norge og Preparation for Active aging – Pro-Age (2019).

¹⁷ Frivillighet Norge (2022).

¹⁸ Oslo kommune (2020).

¹⁹ Hansen og Slagsvold (2020).

²⁰ Hansen og Slagsvold (2020).

kunnskap om aldersvennleg frivilligheit. Vi må arbeide for at frivilligheita er aldersvennleg og inkluderande for alle, framfor å utvikle aldersspesifikke tilbod.

3.3 Planlegging for ein betre alderdom

I møte med dei demografiske endringane er det nødvendig å utfordre både kommunane og befolkninga til å planlegge alderdommen. Formålet med tidleg planlegging er å kunne vere sjef i eige liv lenger. Samtidig skal ein vere trygg på å få gode helse- og omsorgstenester dersom det oppstår behov for det.

Kommunane må planlegge for ei berekraftig utvikling i møte med ei aldrande befolkning, og den enkelte har høve til å ta eigenregi for å møte alderdommen førebudd. Regjeringa vil derfor bidra til auka merksemd om behovet for planlegging. Planlegging av alderdommen vil inngå i arbeidet med *Program for eit aldersvennleg Noreg 2030*. Planlegging knytt til bustad blir omtalt i kapittel 4.

Regjeringa vil

- bidra til auka merksemd og kunnskap om kommunal planlegging for å møte berekraftsutfordringar
- bidra til auka merksemd og kunnskap om planlegging av eigen alderdom gjennom ulike kommunikasjonsiltak
- halde oppe merksemda rundt behovet for eit fleksibelt og aldersvennleg arbeidsliv

3.3.1 Planlegging som verktøy for aldersvennlege lokalsamfunn

Målretta samfunns- og arealplanlegging er ein føresetnad både for å legge til rette for god folkehelse og eit helsefremmande samfunn og for å utvikle eit godt tilpassa og berekraftig tenestetilbod. Regjeringa oppmodar kommunane til å sette langsiktig og berekraftig planlegging på dagsordenen.

Planlegging er eit viktig verktøy for å skape eit samfunn som gjer det mogleg å vere fysisk aktiv i nærmiljøet, delta i sosiale aktivitetar og komme seg dit ein vil, utan barrierar. I den kommunale planlegginga må alle sektorar og faggrupper delta, slik at alle aspekt ved befolkninga og lokalmiljøa blir kjende og tiltak blir sette i verk for å sørge for universelt utforma løysingar og eit aldersvennleg lokalsamfunn. Det gjeld både etablering av nye tiltak og forbedring av eksisterande forhold som fortau, uteareal, buområde, stiar,

gang- og sykkelveggar, kommunesenter og offentlege bygningar. I tillegg skal dei som planane får følger for, få høve til å gi uttrykk for meiningane og behova sine. At elderråd blir trekte inn, er sjølvstøtt, men det er viktig at også dei eldre som bur i nærleiken av prosjektet, blir tatt med. Dei kan ha ei anna innsikt i og oppfatning av korleis ting fungerer i nærmiljøet og lokalsamfunnet sitt, og dermed bidra med gode innspel til løysingar. Sosial berekraft i planlegginga, som legg til rette for tilpassa fysiske omgivelser og sosiale arenaer som er varierte og inkluderande, vil også gi eldre betre moglegheit for å planlegge for eigen alderdom. Omgivnadene påverkar også kvar eldre ønsker og kan bu i alderdommen.

Det er viktig at kommunane ser ulike sektorar i samheng i planlegginga si, jf. kapittel 4 om bustadplanlegging og kapittel 5 om kompetanseplanlegging.

3.3.2 Eiga planlegging

Helsepolitisk barometer gjennomført av Kantar frå 2023 viser at åtte av ti nordmenn er samde i at den enkelte sjølv må ta større ansvar for eiga helse, eige sosialt liv og eigen bustadsituasjon for å sikre seg ein god alderdom i tida som kjem. Samtidig vil sosial ulikskap påverke kven som har moglegheita og evna til å planlegge og sette i verk ulike tiltak for eigen alderdom. Dei fleste ønsker å ha kontroll over planlegginga av sitt eige liv, og mange har ressursar til å førebu eigen alderdom i tråd med eigne ønske. Samtidig er det grupper av eldre som har levekårsutfordringar og mindre ressursar og føresetnader til dette. Da skal fellesskapet støtte og bidra. Arbeidet med å få fleire til å starte planlegging tidlegare skal bygge på eit heilskapleg perspektiv som støttar opp under dei ulike føresetnadene til den enkelte. Regjeringa vil gjennom ulike kommunikasjonsiltak, blant anna ein informasjons- og mobiliseringskampanje, bidra til auka merksemd og kunnskap om planlegging av eigen alderdom.

Planlegging og tankar om pensjonisttilværet aukar med alderen. Mange av oss har ikkje lyst til å ta innover seg at vi blir eldre, og vi skyv det framfor oss. Gjennom mindre alderisme og meir openheit om aldring i samfunnet kan det bli lettare å akseptera og kommunisera om planlegging av alderdom. For mange kjem pensjonisttilværet til å vare nesten ein tredel av livet. Mange av desse åra er vi friske, og tida skal fyllast med noko meningsfullt. Det betyr at vi sjølve må tenke på at vi skal ta initiativ til aktivitetar og sosialt liv når vi planlegg for ein god alderdom. Samtidig må

det vere moglegheiter for å delta i ulike aktivitetar i nærleiken av der vi bur.

Dei aller fleste planlegg for og tar grep om ulike livsfasar som utdanning, arbeid og familie- og småbarnsliv. På same måte må vi planlegge for kvar og korleis vi vil bu når vi blir eldre, kva vi vil fylle tida med, kven vi vil omgåast med og bety noko for, om og korleis vi kan vere aktive og deltakande samfunnsborgarar, og kva vi vil gjere for å oppleve meistring og gode kvardagsliv.

Dei fleste ønsker å bu heime så lenge dei kan. Å planlegge for korleis vi vil bu, kan handle om å legge til rette noverande bustad og velje løysingar som fungerer når rørsla eller helsa ikkje lenger er like bra som i dag. For andre kan ein heilt ny heim vere ei betre løysing, føresett at det er noko å flytte til. Planlegging av bustad blir omtalt meir i kapittel 4. På same tid må vi ikkje gløyme *kvar* vi vil bu. Kva har du av tilbod og tenester i nærmiljøet, og kven bur du i nærleiken av? Stads-tilknytning og tilhøyrse er også viktig.

Å planlegge for eigen alderdom handlar om korleis vi kan halde oppe best mogleg funksjons- evne gjennom eit aktivt liv. Gode rutinar i kvardagen er eit bra utgangspunkt for eit godt liv heile livet. Vi må også tenke på korleis vi kan vareta venner og sosiale nettverk. Eit godt liv handlar mykje om å ha folk rundt seg, bli sett og ha nokon å støtte seg til.

3.3.3 Lengre arbeidsliv

Eldrerolla er i endring, og tida som pensjonist er lengre enn nokon gong. Med store demografiske endringar og berekraftsutfordringar er det behov for å greie ut rammene og fleksibiliteten i arbeidslivet. Auka levealder kombinert med at ein blant anna går seinare inn i arbeidslivet på grunn av utdanning, har ført til at folk nyttar ein kortare del av livet i arbeid. Dette skaper eit aukande press på offentlege velferdsordningar, og gjer det nødvendig å legge til rette for at tilsette kan stå lenger i arbeidslivet. Lengre og meir fleksibelt arbeidsliv vil bidra til inkludering og tilhøyrse.

Arbeidsmiljølova stiller ei rekke krav til tilrettelegging, blant anna med omsyn til alderen til den enkelte arbeidstakaren. Tilretteleggingsplikta inneheld krav om at arbeidsgivarar skal legge til rette dersom det er nødvendig for å forhindre fråvær.

Trass i høg sysselsetting og låg arbeidsløyse i samfunnet står framleis mange eldre utanfor arbeidslivet. Blant desse er personar med saman- sette problem, låg formell kompetanse og/eller helseproblem overrepresenterte. Ulike grupper

av eldre innvandrarar er også utsette, slik som eldre innvandrarar med flyktningbakgrunn og enkelte grupper av arbeidsinnvandrarar. Andelen som får helserelaterte ytingar samtidig som dei er varig eller mellombels utanfor arbeidslivet, er høg i Noreg samanlikna med dei fleste andre land og har halde seg stabil over tid. Målet til regjeringa er full sysselsetting. Alle som kan og vil jobbe, skal få høve til det. Dette er avgjerande for berekrafta i samfunnet.

For å auke sysselsettinga blant personar i 60-årsalderen må ein ha tiltak for at færre forlèt arbeidsmarknaden og at fleire er mobile i marknaden. Samtidig må det bli lettare for arbeidssøkarar i 60-åra å få ny jobb. Regjeringa har nyleg lagt fram Prop. 120 L (2022–2023) som blant anna inneheld forslag om å oppheve minstegrensa for rett til medlemskap i offentleg tenestepensjons- ordning. Oppheving av minstegrensa kan vere eit insentiv til å søke arbeid også for dei som er over 60 år.

Sysselsettingsutvalet har i NOU 2021: 2 *Kompetanse, aktivitet og inntektssikring* peikt på følgjande moment for å auke sysselsettinga blant personar over 60 år:

Økonomiske insentiv kan ha mykje å seie for den enkelte. Pensjonssystemet blei lagt om i 2011 og har i dag mange sterke insentiv til å stå lenger i arbeid. Yngre årskull må stå stadig lenger i arbeid for å kompensere for verknaden av levealders-justeringa. Fleksibilitet i pensjonssystemet med høve til gradert uttak og høve til å kombinere arbeid og pensjon kan også bidra til at fleire jobbar lenger. Pensjonsutvalet som evaluerte pensjonsreforma, avleverte utgreiinga si i juni 2022. Utvalet tilrådde blant anna å auke aldersgrensene i pensjonssystemet, som til dømes den nedste alderen for uttak (62 år i dag), i takt med auka forventede levealder. Forslaget frå pensjonsutvalet er framleis under behandling.

Opplæring og utvikling av kompetanse har mykje å seie for om seniorar blir verande i arbeidslivet. Omstillingar i arbeidslivet gjer det nødvendig at både arbeidstakarar og arbeidsgivarar legg til rette for at kompetansen blir for- nya på arbeidsplassen, slik at han samsvarer med noverande og framtidig behov. Utvikling av auka og ny kompetanse kan føre til at eldre arbeidstakarar meistrar nye krav på arbeidsplassen.

Arbeidsmiljø, motivasjon og haldningar til eldre har også noko å seie for deltakinga deira i arbeidsmarknaden. Eit godt arbeidsmiljø kan bidra til å auke avgangsalderen. Vidare er det viktig å synleggjere ressursane til eldre og utviklingsmoglegheitene i arbeidslivet. Senter for seniorpolitikk er

eit nasjonalt kompetansesenter som skal stimulere og bidra til å utvikle god seniorpolitikk i private og offentlege verksemdar, og til at fleire seniorar held fram i arbeid. Senter for seniorpolitikk får årlege tilskot over statsbudsjettet frå Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Senter for seniorpolitikk kartlegg oppfatningar og haldningar til seniorpolitiske spørsmål i arbeidslivet gjennom Norsk seniorpolitisk barometer. Resultata frå 2022 viser at eit godt arbeidsmiljø og gode kollegaer er viktige årsaker til at arbeidstakarar over 62 år framleis er i arbeid.

Aldersgrensa for stillingsvern i arbeidsmiljølova har noko å seie for sysselsettinga for eldre arbeidstakarar. For å få fleire eldre til å stå lenger i arbeid meinte fleirtalet i sysselsettingsutvalet at det bør bli lagt betre til rette for at arbeidstakarar kan jobbe etter at dei har passert aldersgrensa for stillingsvern. I 2015 blei den generelle aldersgrensa i arbeidsmiljølova heva frå 70 år til 72 år. Det førte til at mange private bedrifter innførte ei bedriftsintern aldersgrense på 70 år, som inneber eit krav om konsekvent praktisering, slik at alle arbeidstakarar i desse bedriftene må slutte ved fylte 70 år.

3.4 Program for eit aldersvennleg Noreg 2030

Regjeringa vil føre vidare og styrke arbeidet med å skape eit aldersvennleg samfunn, gjennom å lansere *Program for eit aldersvennleg Noreg 2030*. Å jobbe for eit meir aldersvennleg samfunn er i tråd med berekraftsmåla til FN. Det inngår i FN's tiår for sunn aldring (2021–2030), der det blant anna blir streka under kor viktig det er med tverrsektorielt samarbeid, inkludering og involvering i tillegg til gode førebyggings- og helsetenester.²¹ Å inkludere aldersperspektivet og aldersvennlegheit i all politikkkutvikling er ei internasjonal tilråding, frå blant anna UNECE Ministerial Conference on Ageing, og blir kalla *mainstreaming ageing* internasjonalt.

Regjeringa vil

- gjennomføre *Program for eit aldersvennleg Noreg 2030*, med innsats for
 - meningsfulle møteplassar
 - aldersvennleg transport
 - mobilisering av seniorkrafta
 - samskaping og partnerskap
 - planlegging for ein betre alderdom

- vidareføre Senteret for et aldersvennlig Norge
- knyte seg til Verdhelseorganisasjonens globale nettverk for aldersvennlege byar og lokalsamfunn gjennom Senteret for et aldersvennlig Norge

Det overordna målet med *Program for eit aldersvennleg Noreg 2030* er å skape eit meir aldersvennleg og inkluderande samfunn. Gjennom tiltaka i programmet og andre tiltak i Bu trygt heimeforma vil regjeringa møte utfordringa med alderisme og diskriminering av eldre. Senteret for et aldersvennlig Norge skal ha ei aktiv og utøvande rolle i programmet. Programperioden blir foreslått å vare til og med 2030. Programmet skal vere fleksibelt, med høve til å lansere nye tiltak undervegs i verketida. Arbeidet blir koordinert av Helse- og omsorgsdepartementet, og innhaldet i programmet er forma ut i tett samarbeid med blant anna Kultur- og likestillingsdepartementet. Programmet skal bli følgt opp i eit tverrsektorielt samarbeid på statleg, regionalt og kommunalt nivå.

Regjeringa vil føre vidare Senteret for et aldersvennlig Norge. Senteret er ei eining under Helsedirektoratet og blei oppretta i Ålesund i 2021. Senteret for et aldersvennlig Norge har dei siste åra bygd opp kompetanse, nettverk og verkøy for kommunar og andre aktørar. Senteret har ei overordna rolle overfor regionar og kommunar og gir rettleiing og støtte innanfor relevante tema, som bustadplanlegging, rekruttering av frivillige og innbyggardialog. Denne innsatsen vil regjeringa bygge vidare på gjennom å føre vidare og styrke arbeidet på senteret i Bu trygt heimeforma. Senteret er også sekretariat for Rådet for et aldersvennlig Norge som blei etablert i 2019, og som i rådsperioden 2019–2024 består av Frivillighet Norge, KS, NHO, IKT-Norge, Oslomet, Husbanken og Pensjonistforbundet. Gjennom programmet for eit aldersvennleg Noreg (2019–2023) har senteret og rådet jobba systematisk og strategisk med tiltak som skal bidra til eit meir aldersvennleg samfunn. Det er blant anna etablert eit nasjonalt nettverk for aldersvennlege kommunar, med over 210 deltakande kommunar per 2023. Fleire aktørar frå næringsliv og organisasjonar har inngått aldersvennlege partnerskap. Statsforvaltarane trekker fram nettverket for aldersvennlege kommunar som eit svært vellykka nettverk.²² Regjeringa vil derfor bidra til å støtte kommunane gjennom å halde oppe det etablerte nettverket.

²¹ WHO – What is the UN Decade of Healthy Ageing (2021–2030)?

²² Zeiner et al. (2021).

Det nasjonale nettverket for aldersvennlege kommunar ønsker å ta meir del i det globale nettverket for aldersvennlege byar og lokalsamfunn som Verdhelseorganisasjonen har oppretta, og skal derfor knyte seg til det globale nettverket for å få tilgang til deira arbeid og kunne bidra globalt med norske erfaringar. Senteret for et aldersvennlig Norge skal vere norsk kontaktpunkt i arbeidet. Noreg sitt arbeid for eit aldersvennleg samfunn fannar breitt. Det har ei tverrsektoriell tilnærming og inkluderer medverknad frå eldre innbyggjarar, partnerskap med organisasjonar og frivilligheita og gode og universelle helse-, omsorgs- og velferdstenester.

Ambisjonane til regjeringa for eit levande lokalsamfunn og aktive eldre er samla i *Program for eit aldersvennleg Noreg 2030* og er sorterte etter dei følgjande overordna temaa, med konkrete tiltakspunkt:

- meningsfulle møteplassar
- aldersvennleg transport
- mobilisering av seniorkrafta
- samskaping og partnerskap
- planlegging for ein betre alderdom

3.4.1 Meiningsfulle møteplassar

Programmet skal jobbe systematisk med å spreie kunnskap om og døme på meningsfulle møteplassar for eldre, som kan by på sosiale, kulturelle og fysiske aktivitetar og tilbod. Senteret for et aldersvennlig Norge skal støtte kommunane og hjelpe dei å gjennomføre blant anna Generasjonsleikane og andre aktivitetar som gir meningsfulle møteplassar og deltaking for eldre. Senteret skal ha eit spesielt fokus på innhaldet i ulike tilbod til eldre, som må bli innretta for å møte interessene og ressursane til kommande generasjonar.

3.4.2 Aldersvennleg transport

Programmet skal jobbe med å spreie kunnskap om og ulike modellar og gode døme for aldersvennlege mobilitets- og transportløyningar. Gjennom programmet skal ein jobbe med opplysnings- og kommunikasjonstiltak retta mot samferdselsbransjen, blant anna fylkeskommunar og private aktørar. Temaet aldersvennleg transport skal bli løfta i både nettverket for aldersvennlege kommunar og i det aldersvennlege partnerskapet.

3.4.3 Mobilisering av seniorkrafta

Programmet skal rette merksemda mot frivilligheit, og vil ta spesielt føre seg korleis seniorkrafta kan bli rekruttert til frivillig arbeid. Det vil bli lagt særleg vekt på ulike metodar for og døme på direkte dialog med dei eldre om deltaking i frivillig arbeid. Gjennom programmet vil det bli gjennomført ein kampanje retta mot kommunar og frivillige organisasjonar om korleis ein kan rekruttere eldre til frivillig arbeid.

3.4.4 Samskaping og partnerskap

Programmet skal jobbe med å spreie kunnskap om og erfaringar med ulike samskapingsløyningar mellom blant anna kommunar, frivillig og ideell sektor, næringsliv, innbyggjarar og så vidare. Programmet skal støtte kommunane i arbeidet med å finne og bruke metodar for innbyggjardialog. Det aldersvennlege kommunenettverket og partnerskapsordninga skal bli ført vidare og vidareutvikla. I reformperioden skal det gjennomførast ei årleg eldreveke. Temaet for eldreveka skal vere i tråd med innsatsområde 1, levande lokalsamfunn, og kan omfatte blant anna inkluderande nærmiljø og samskaping og planlegging for berekraftsutfordringar og eigen alderdom. Eldreveka skal knytast til den internasjonale FN-dagen for eldre den 1. oktober eller eit anna eigna tidspunkt.

3.4.5 Planlegging for ein betre alderdom

Programmet skal gjennomføre kommunikasjon om berekraftig planlegging for ein betre alderdom, både i samfunnet og for den enkelte. Kommunane sitt ansvar for berekraftig planlegging skal vere tema for nettverkssamlingar med kommunane. Kampanjemateriell frå Senteret for et aldersvennlig Norge skal bli gjort tilgjengeleg for alle kommunar som hjelp til innbyggjardialog om ansvaret og moglegheitene den enkelte har når det gjeld planlegging av eigen alderdom, bustad og så vidare. Bruk av hjelpemiddel til eigen bustad vil bli løfta særleg fram. Tilrettelegging og planlegging av eigen bustad og busituasjon blir også omtalt i kapittel 4.



Figur 4.1

4 Bustadtilpassing og -planlegging

Regjeringa vil føre ein aktiv bustadpolitikk som skal bidra til å jamne ut sosiale og geografiske forskjellar i bustadmarknaden. Å auke tilgjengelegheta i og rundt bustader og auke andelen eigna bustader er viktig for å nå målet om at fleire eldre skal kunne bu trygt heime.

Stadig fleire eldre har god helse og meir ressursar, og fleirtalet av dei som nyleg har blitt pensjonistar, har mange gode år framfor seg. For å legge til rette for ein god alderdom er planlegging nøkkelen, som å vurdere om dagens bustad vil vere like eigna i åra som kjem. Det vil ikkje vere éi løysing for alle. For nokre vil det å gjere utbetringar i eigen bustad vere førstevalet. Andre vil flytte til ein mindre og meir lettstelt bustad i sentrumsnære strøk eller søke seg mot sosiale buformer eller liknande. Men ikkje alle har dei same valmogleghetene. Det kan vere utfordringar knytte til helse, økonomi eller mangel på eigna bustader. Regjeringa ønsker å legge til rette for gode val og løysingar for alle.

Å planlegge for eigen alderdom har mange dimensjonar og må starte tidleg, medan ein har høve til å gjere tiltak. Samtidig skal ein vere trygg på å få gode helse- og omsorgstenester dersom det oppstår behov for det.

Gjennom aldersvennleg stadsutvikling og -planlegging skaper ein gode og levande lokalsamfunn for alle. Ved å auke andelen eigna bustader og auke tilbodet av sosiale buformer i lokalsamfunnet vil vi kunne gjere eldre meir sjølvhjelpete og mindre isolerte og einsame og auke livskvaliteten deira. Det vil også bidra til betre arbeidsforhold for heimebaserte tenester. Det handlar om å tenke nytt om buformer, bustadløysingar og utforminga av omgivnader og lokalmiljø, og om korleis ein kan sikre at dei bustadene som allereie er bygde, kan fungere godt.

4.1 Eldrebustadprogrammet

Regjeringa vil i tråd med Hurdalsplattforma etablere eit *Eldrebustadprogram*. Kvar du bur, og for-

hold ved bustaden er avgjerande for å nå målet om at fleire eldre skal bu trygt heime lenger. Bustad er i utgangspunktet ansvaret til den enkelte, men kvar du bur, og om bustaden er eigna for framtidige behov, påverkar dei offentlege tenestene. Det er derfor behov for ein heilskapleg bustadpolitikk som peiker på ansvaret til den enkelte, til bygge- og finansnæringa og til kommune og stat.

Mål for Eldrebustadprogrammet

Det overordna målet med *Eldrebustadprogrammet* er å bidra til at alle skal ha tilgang til ein eigna bustad i eit aldersvennleg bumiljø. Programmet skal stimulere til at fleire eldre tar ansvar for og blir meir bevisste sin eigen bustadsituasjon, samtidig som at personar som ikkje har midlar til å tilpasse eksisterande bustad eller flytte til ein meir eigna bustad, skal varetakast.

Gjennom *Eldrebustadprogrammet* ønsker regjeringa å stimulere til fleire eigna bustader for eldre over heile landet og få fleire eldre til å bu i og ha råd til ein eigna bustad, anten ved å tilpasse noverande bustad eller flytte til ein eigna bustad. *Eldrebustadprogrammet* skal fremme tiltak som gjer det mogleg å bu lengst mogleg heime, og som bidrar til eigenmeistring og deltaking i lokalsamfunnet. Programmet vil innehalde tiltak som støttar opp under god planlegging og utvikling, gjennom rettleiing og samordning av verkemiddel.

Eldrebustadprogrammet er ei samling tiltak som skal støtte opp under målsettingane ovanfor. Programperioden skal gå frå 2024 til og med 2028. Programmet skal vere fleksibelt, og det skal vere høve til å lansere nye tiltak undervegs i verketida. Arbeidet blir koordinert av Helse- og omsorgsdepartementet, og innhaldet i programmet er utforma i tett samarbeid med Kommunal- og distriktsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Tiltaka i programmet er sorterte etter følgande overordna tema:

- rettleiing og planlegging
- planlegging av eigen busituasjon
- fleire sosiale buformer

4.2 Rettleiing og planlegging

Regjeringa er opptatt av å sette kommunane i stand til å utløyse potensialet som ligg i god planlegging, gjennom gode verktøy og samordning av statlege initiativ. Kommunane har eit overordna ansvar for å sikre gode levekår og eit likeverdig tenestetilbod for innbyggjarane sine, og skal vere pådrivarar for nærings- og stadsutvikling. Å jobbe heilskapleg er ein del av ei berekraftig samfunnsutvikling og må ligge til grunn for all god samfunns- og arealplanlegging. God og heilskapleg planlegging er ein nøkkel for å nå målet om eit meir aldersvennleg samfunn.

Heilskapleg bustadplanlegging varetar både den sosiale bustadpolitikken og dei kvalitetsmessige omsyna i areal- og samfunnsutviklinga. Bustadplanlegging kan vere eit verkemiddel for å trekke til seg fleire innbyggjarar, men kan også bidra til betre livskvalitet for ulike befolkningsgrupper, meir attraktive lokalsamfunn og dessutan eit effektivt kommunalt tenestetilbod.¹

Planlegging er eit effektivt og godt styringsverktøy for berekraftig samfunnsutvikling og arealbruk. Regjeringa legg kvart fjerde år fram nasjonale forventningar til regional og kommunal planlegging. Frå 2019 er dei 17 FN-måla for sosial, miljømessig og økonomisk berekraft inkluderte i forventningane og dannar dermed ein del av grunnlaget for samfunns- og arealplanlegginga i kommunane. Dei nasjonale forventningane skal bli følgt opp i arbeidet med planstrategiar og planar i fylkeskommunane og kommunane, og blir lagde til grunn for medverknaden til statlege styresmakter i planlegginga. Dei nye nasjonale forventningane gjeld for perioden 2023–2027.

Som del av *Eldrebustadprogrammet* vil regjeringa,

- styrke rettleiarrolla til Husbanken overfor kommunane
- styrke planleggingskompetansen i kommunane
- greie ut tiltak for styrkt bustadrådgiving i kommunane
- innhente kunnskap om buformer som er eigna for personar med demens
- evaluere plankravet for investeringstilskotet for heildøgns omsorgsplassar

4.2.1 Styrke rettleiarrolla til Husbanken overfor kommunane

Husbanken har ei sentral rolle som finansieringskjelde, rådgivar og samarbeidspartnar for kommunane. Husbanken legg også til rette for kunnskapsutvikling og kompetanseoverføring til kommunar, frivillig sektor, byggsektoren og andre.

Regjeringa vil styrke den rettleiarrolla Husbanken har overfor kommunane, knytt til bustader til eldre. Husbanken skal støtte kommunane med data og analysar, stille saman og spreie gode døme og gi kommunane råd om kartlegging og planlegging av bustader til eldre.

4.2.2 Styrke planleggingskompetansen i kommunane

Kommunane er heilt sentrale aktørar i bustadpolitikken, både som tomteeigarar og som ansvarlege for areal- og samfunnsplanlegging. Gjennom dette ansvaret kan dei legge til rette for infrastruktur og stimulere til bustadbygging og varierte bustadområde. Men som det kjem fram i kapittel 2, er det mange kommunar som manglar kapasitet og kompetanse til å ta ei slik rolle. Regjeringa vil styrke planleggingskompetansen i kommunane. Gjennom regjeringa sin handlingsplan *Bærekraft og like muligheter – et universelt utformet Norge (2021–2025)* er det sett i gang fleire tiltak for å auke plankompetansen i kommunane.²

Bu- og nærmiljø som er universelt forma ut, er avgjerande for at eldre kan bli buande heime. Det er sett i gang fleire kompetansetiltak om universell utforming i planlegging i kommunane. Gjennom handlingsplanen for universell utforming blir det gitt støtte til fylkeskommunane for å auke kompetansen om universell utforming i planlegging i kommunane. Det er også utarbeidd eit kurs- og kompetanseprogram for universell utforming i planlegging for alle som er involverte i planlegging lokalt, og dessutan sett av midlar til Kartverket til kartlegging av tilgjengelegheita i kommunesenter og friområde.

Distriktssenteret leiar prosjektet *Distriktskommune 3.0* for kommunar med færre enn 2500 innbyggjarar. Formålet er å finne måtar der distriktskommunar kan jobbe godt med planlegging og utvikling med få ressursar, og finne løysingar for korleis planlegging kan bli gjort enkelt og samtidig ha ønskt effekt.

¹ Sørvoll og Løset (2017).

² Kultur- og likestillingsdepartementet (2021).

Boks 4.1 Partnerskapsavtale mellom Huseierne og Senteret for et aldersvennlig Norge

Huseierne og Senteret for et aldersvennlig Norge har i 2023 inngått ein partnerskapsavtale om bustad og alderdom. Saman skal dei jobbe strategisk med utfordringar knytte til kvar og korleis eldre skal bu, og korleis bustadmarknaden kan bli tilpassa behovet til eldre. Formålet med avtalen er å sette bustad-situasjonen for eldre på dagsordenen blant medlemmene til Huseierne. Huseierne er ein landsomfattande forbrukarorganisasjon. Organisasjonen har rundt 270 000 medlemmer som bur i eigen bustad, eller eig bustad gjennom burettslag eller sameige. Partnerskapsavtalen skal styrke pådrivarrolla til Huseierne for å få fleire bustadeigarar til å planlegge busituasjonen sin i alderdommen, gjennom å tilpasse eigen bustad og gjere han meir aldersvennleg eller flytte til ein meir eigna bustad.

Kjelde: Senteret for et aldersvennlig Norge

Boks 4.2 Lindås-modellen

Alver kommune (tidlegare Lindås kommune) har etablert ei tverretatleg bustadråd-givingsteneste som samarbeider tett når det er avdekt behov for å tilpasse ein bustad. Råd-givingsgruppa er samansett av ein bustad-konsulent, ein fysioterapeut/ergoterapeut og ein person med byggtknisk bakgrunn. Teamet reiser på heimebesøk og går gjennom heile bustaden for å få oversikt.

Bustadkonsulenten har vidare kontakt med brukaren og vurderer verkemiddel, finansiering og den økonomiske evna til brukaren. Ergoterapeuten og/eller fysiotera-peuten har ansvar for funksjonsvurdering, praktiske løysingar og kontakt med pleie- og omsorgssektoren og hjelpemiddelsentralen. Byggeleiaren har ansvar for byggtknisk kostnadsberekning og vurdering av praktiske løy-singar. Forankring i leiinga, tverretatleg og tverrfagleg samarbeid og ein kontaktperson er blant suksesskriteria som blir trekte fram.

Kjelde: Husbanken

God planlegging er sentralt for å utvikle trygge og gode lokalsamfunn og må bli sett i samanheng med innsatsen i kapittel 3.3.1, og dess-utan kapittel 5.2.1 om kompetanseplanlegging.

4.2.3 Bustadråd-giving retta mot enkeltpersonar

Ei rekke kommunar tilbyr i dag ei eller anna form for oppsøkande verksemd retta mot eldre, som førebyggjande heimebesøk eller bustadråd-giving.³ Formålet er å hjelpe innbyggjarane med ulike bustadrelaterte spørsmål gjennom dialog og rett-leiing. Det kan vere både bustadsosial råd-giving retta mot vanskelegstilte på bustadmarknaden og råd-giving av meir teknisk og fysisk karakter, som tilpassingar av bustadene for personar med funk-sjonsnedsettingar eller eldre. Eit døme kan vere råd-giving for å førebygge fall heime blant eldre eller branntryggleik.

Kommunane har stor fridom til å velje om, og korleis, dei vil utføre bustadråd-giving. Kommunar kan nytte bustadråd-giving som eit førebyggjande

tiltak og gjerne i kombinasjon med det kommu-nale tilskotet til bustadtilpassing, jf. kapittel 4.3.6. Tilskotet kan bli tildelt personar med akutte behov for å legge til rette bustaden eller bli brukt som eit førebyggjande tiltak retta mot eldre som treng å tilpasse bustaden for å kunne halde fram med å bu heime.

Å ta val om bustadsituasjonen kan vere kom-plisert, både økonomisk og praktisk. Bustadråd-giving vil bidra til at kvar enkelt innbyggjar blir klar over moglegheitene sine og kan ta gode val med tanke på bustad. For å støtte opp under arbeidet i kommunane med bustadråd-giving retta mot enkeltpersonar vil regjeringa i løpet av planperi-oden greie ut ei nasjonal digital rettleiingsordning for bustadråd-giving. Tiltaket blir sett i samanheng med forslaget om førebyggjande heimebesøk, jf. kapittel 6.2.3.

4.2.4 Auka kunnskap om buformer som er eigna for personar med demens

Regjeringa vil som ein del av *Eldrebustad-programmet* innhente kunnskap og erfaringar med ulike buformer for personar med demens.

³ Holm og Monkerud (2021).

Målet med tiltaket er å få kjennskap til og spreie fleire bukonsept som eignar seg for personar med demens.

Det er anslått at over 100 000 menneske har demens i Noreg i dag, og talet er forventa å stige til nær det dobbelte innan 2040.⁴ Fleirtalet av personar med demens bur heime, og mange klarer seg godt, men dei fleste vil utvikle eit behov for hjelp og støtte i heimen.

Innan sjukeheimar og heildøgns omsorg har vi god kunnskap om og dokumentasjon av kva som kjenneteiknar eit godt butilbod for personar med demens. Vi har ikkje tilsvarende kunnskap om andre typar buformer, til dømes om sosiale buformer og teknologi kan bidra til auka livskvalitet, deltaking og meistring for heimebuande personar med demens og pårørande. Det er behov for å sjå nærare på korleis ulike bustadløysingar i større grad kan bli spreidd og tatt i bruk.

4.2.5 Evaluere plankravet for investeringstilskotet til heildøgns omsorgsplassar

Frå og med 2021 blei det innført eit plankrav for investeringstilskotet til heildøgns omsorgsplassar. Formålet med plankravet er å stimulere til betre og meir heilskaplege behovsvurderingar frå kommunane knytte til dei mest kostnadskrevjande tilboda, og dermed kunne få auka merksemd om tilbod på eit lågare trinn i det som ofte blir omtalt som bustad- og omsorgstrappa (jf. kapittel 1.3), og auka innsats på førebygging, aldersvennleg samfunn og så vidare.

Formålet med plankravet er å sørge for ei faktabasert langsiktig planlegging i kommunane for å møte den kraftige veksten i talet på eldre i åra som kjem, og at kommunane ikkje berre planlegg for heildøgns omsorgsplassar, men vurderer det i ein heilskapleg kontekst. Det er behov for å hauste erfaringar med plankravet, og regjeringa tar sikte på å evaluere tiltaket i løpet av programperioden.

4.2.6 Brannførebygging

Aukande alder er ein risiko for å omkomme i brann, jf. kapittel 2. I mange kommunar samarbeider helse- og omsorgstenestene med brann- og redningsvesenet om branntryggleik, mellom anna overfor mottakarar av heimebaserte tenester. Enkelte kommunar har til dømes inkludert spørsmål om branntryggleik i sjekklistene sine

ved heimebesøk eller ved utmåling av tenester. Fleire kommunar har laga samarbeidsrutinar som er forankra i samarbeidsavtalar mellom helse- og omsorgstenesta og brann- og redningsvesenet.

Direktoratet for samfunnstryggleik og beredskap (DSB) har i mange år gjennomført kampanjar som har hatt branntryggleik for eldre som tema, mellom anna Kjøkkenpraten og Komfyrvakt-kampanjen. DSB har saman med Helsedirektoratet laga ein rettleiar til kommunane, som viser ansvaret og oppgåvene til kommunane, og som inneheld døme på korleis kommunane kan systematisere og organisere branntryggingarbeidet.⁵ På dette området har kommunane plikter og oppgåver etter både helse- og brannregelverk med fleire. Direktoratet har også laga e-læringskurs og opplæringsfilmar til brann- og helsepersonell, og dei har innført branntryggleik som eit tema i rettleiinga til førebyggjande heimebesøk i kommunane.

Mange kommunar gjer ein stor innsats for å vareta branntryggleiken hos dei som er ekstra sårbare for brann, og det er ein auke i talet på kommunar der det er etablert samarbeid mellom helse- og omsorgstenesta og brann- og redningsvesenet. Også frivillige organisasjonar bidrar. Norske Kvinners Sanitetsforening samarbeider til dømes med kommunar om å arrangere tryggleikstreff med fokus på branntryggleik, mellom anna for eldre menneske som ikkje, eller i liten grad, får tenester frå kommunen. Trass i stor innsats mange stader er det framleis mange kommunar som treng å få på plass betre system og meir samarbeid.

Det er derfor behov for å gjere rettleiaren og opplæringsmateriellet betre kjende i kommunane. Sentrale tenester i dette arbeidet er helse- og omsorgstenesta og brann- og redningsvesenet, men også andre tenester er viktige, som til dømes bustadforvaltninga og bustadtildelingstenesta.

Tryggleik i heimen, under dette branntryggleik, er eit viktig tema som vil ha ein sentral plass i *Eldrebustadprogrammet*. Heilskapleg og tverrfagleg tenking er vesentleg for at eldre skal kunne bu trygt heime. Dei same gruppene som er sårbare for brann, kan til dømes også ha auka risiko for fall. Det kan mellom anna vere tiltak som å fjerne hindringar som kan skape problem under evakuering, eller bruk av verkemiddel for å teste røykvarslaren utan å stå på stol (testhorn). Betre samhandling mellom ulike relevante tenester er sentralt for å kunne gi pasientar og brukarar den hjelpa dei har behov for.

⁴ Nasjonalt senter for aldring og helse. Fakta om demens.

⁵ Direktoratet for samfunnstryggleik og beredskap og Helsedirektoratet (2017).

Vidare blir arbeidet sett i samanheng med forslaget om førebyggjande heimebesøk, jf. kapittel 6.2.3.

Regjeringa starta hausten 2022 ein heilskapleg gjennomgang av brann- og redningsområdet for å sikre at Noreg har eit brann- og redningsvesen som er i stand til å handtere utfordringane i framtida. Brannførebygging er eit sentralt tema. Gjennomgangen skal munne ut i ei melding til Stortinget som etter planen skal bli lagd fram innan utgangen av 2023.

4.3 Planlegging av eigen busituasjon

Bustad er først og fremst eit privat ansvar. Utgangspunktet er derfor at den enkelte må ta ansvar for å tilpasse bustaden sin eller flytte til ein meir eigna bustad, og at dette må finansierast gjennom eigne, private midlar. Det er likevel inga plikt til å gjere tiltak for å betre eigen busituasjon. Det er ein aukande trend at fleire gjennomfører aldersvennlege grep ved å tilpasse eigen bustad eller flytte, men ikkje alle har den same moglegheita.

For enkelte vil manglande inntekt eller bustadkapital vere ei avgrensing. Mangel på eigna bustader i den ordinære marknaden kan også vere ei utfordring, særleg i distrikta.

Kommunen har ei plikt til å tilby helse- og omsorgstenester når behovet oppstår. Det er derfor behov for tiltak som stimulerer den enkelte til å gjennomføre strategiske val, som til dømes tilpassing av eigen bustad eller flytting. På denne måten kan ein bidra til at den enkelte blir meir sjølvhjelp, og dermed førebygge eller utsette behov for helse- og omsorgstenester. Nybygging aleine vil ikkje vere tilstrekkeleg for å skaffe nok aldersvennlege bustader. Dei fleste bustader og institusjonar vi skal bu i, er allereie bygde. NOU 2011: 11 *Innovasjon i omsorg* peiker på at det er store gevinstar ved å rette blikket mot eksisterande bustader og omgivnader, og framhevar dette som det store ombyggingsprosjektet.

Som det går fram av kapittel 2, blir for mange eldre buande i lite eigna bustader i alderdommen. Regjeringa vil gjennom *Eldrebustadprogrammet* bidra til ombygging til fleire aldersvennlege bustader.

Som del av *Eldrebustadprogrammet* vil regjeringa,

- gjennomføre ein informasjonskampanje om bustadplanlegging
- gjere det enklare for eldre å tilpasse eigen bustad

- vurdere å opprette ein nasjonal digital «visningsheim» for å synleggjere moglegheiter innan bustadtilpassing, hjelpemiddel, velferdsteknologi med meir
- gjere startlån betre kjend for eldre med låg inntekt
- vurdere kriteria for husbanklån til bustadkvalitet, blant anna med mål om å bidra til fleire eigna bustader til eldre

4.3.1 Informasjonskampanje

Det er mange og ulike årsaker til at eldre blir buande i lite eigna bustader i alderdommen, og til at få flyttar eller tilpassar bustaden. Ei årsak kan vere lite kjennskap til moglegheiter, som finansieringsordningar (både private og offentlege), til kva som kjenneteiknar ein eigna bustad og så vidare. Det finst mykje informasjon om bustadtilpassing og økonomiske verkemiddel i ulike kanalar, og det kan vere mange inngangar til rettleiing, søknadsprosessar og så vidare hos kommunen eller andre instansar. Regjeringa vil derfor gjennomføre ein informasjonskampanje om bustadplanlegging.

I sum finst det store mengder informasjon, men det er ei utfordring at han er fragmentert og lite tilpassa, og dermed ukjend for mange. Mykje av informasjonen ligg tilgjengeleg digitalt, men er noko ein sjølv må oppsøke aktivt. Den samla innsatsen kan få større og meir varig effekt dersom informasjonen blir samordna, tilpassa og gjord tilgjengeleg. Det vil i løpet av *Eldrebustadprogrammet* bli vurdert om informasjon og rettlei-

Boks 4.3 Planleggelitt.no

«Eit godt liv heile livet handlar ofte om å halde fram med mykje av det du trivst med. Du må berre planlegge litt.» Det er budskapet i kampanjen *planleggelitt.no* som Senteret for et aldersvennlig Norge har hatt gåande sidan 2020. Kampanjen rettar seg mot kvar enkelt innbyggjar i aldersgruppa 55+ og skal inspirere til å gjere nokre grep tidleg. Her finst artiklar, filmar og råd om kva det er lurt å tenke på for ein best mogleg alderdom. Kampanjen har blitt tatt godt imot og blir brukt av mange kommunar for å inspirere innbyggjarane til å planlegge for sin eigen alderdom.

Kjelde: www.planleggelitt.no

ingsmateriell retta mot enkeltindivid om bustadtilpassing bør bli samordna.

For å bidra til å gjere samordna informasjon tilgjengeleg vil det i løpet av programperioden bli gjennomført ein informasjonskampanje, slik at vi treffer fleire enn dei som aktivt oppsøker denne typen informasjon. Målet med informasjonskampanjen er å styrke kunnskapen til heimebuande privatpersonar og pårørende om

- kvifor ein eigna bustad er viktig, og kva som kjenneteiknar ein eigna bustad for alderdommen
- kva kvalitetar dei skal spørje etter i marknaden
- korleis ein sjølv kan vurdere funksjonaliteten til sin eigen bustad i lys av framtidige behov
- kvar ein kan få relevant informasjon, og kven ein kan få rettleiing av
- kva økonomiske verkemiddel som kan vere aktuelle

4.3.2 Gjere det enklare for eldre å tilpasse eigen bustad

Regjeringa vil gjere det enklare å endre bygg, og sikre meir berekraftig og effektiv gjenbruk av bygg. Frå 1. januar 2023 blei det derfor gjort ei rekke endringar i kapittel 31 i plan- og bygningslova, om eksisterande byggverk. Endringane inneber nye og klarare reglar om kva slags arbeid på byggverk som er omfatta av plan- og bygningslova, og kva krav i lovgivinga som gjeld. Det er også utarbeidd ein digital rettleiar for arbeid på eksisterande bygg, som skal hjelpe brukarane å vurdere om eit arbeid krev søknad, og om krava i byggteknisk forskrift (TEK 17) gjeld. Lovendringane skal også bidra til meir føreseieleg,

Boks 4.4 KvinaVita

KvinaVita er Kvinesdal kommune si satsing på e-helse og velferdsteknologi og er ein arena som legg til rette og tilpassar teknologi slik at det gir menneske eit meir sjølvstendig liv. Her kan ein teste ut ulike tryggleiks-, varslings- og velferdsteknologiløysingar og få rettleiing og hjelp.

KvinaVita jobbar med innovasjon i helse- og omsorgstenesta og samarbeider med andre kommunar, skular og private bedrifter for nye løysingar innanfor teknologi og helse.

Kjelde: Kvinesdal kommune, www.kvinavita.com

likare og raskare byggesaksbehandling av tiltak på eksisterande byggverk.

Mange ønsker å gjere enkle grep slik at dei kan bli buande i eigen bustad, men strever med å vite kva dei bør gjere. Det finst ei rekke enkle hjelpemiddel og velferdsteknologi tilgjengeleg som kan bidra til å gjere befolkninga meir sjølvhjelpet. Fleire kommunar har etablert visningsheimar eller liknande, der ein får høve til å teste ut hjelpemiddel, og rettleiing i korleis dei blir brukte. Det kan vere til stor hjelp for å finne fram til rett hjelpemiddel. Regjeringa vil vurdere ein nasjonal digital «visningsheim» for å vise fram smarte løysingar innan bustadtilpassing, hjelpemiddel, velferdsteknologi med meir.

4.3.3 Gjere startlånordninga betre kjend

Regjeringa vil halde fram med å legge til rette for at personar med langvarige bustadfinansieringsproblem skal kunne kjøpe og behalde ein bustad. Eldre som kan betene eit lån, men ikkje får lån i private bankar, er i målgruppa for startlån. I 2022 blei berre 3 prosent av startlåna gitt til personar over 67 år.

Startlån kan bli brukt til å kjøpe bustad, til å refinansiere dyre lån for å behalde bustaden, eller til å utbetre og tilpasse bustaden. Ordninga er i dag lite brukt til å oppgradere bustader slik at personar kan bli buande heime lenger, i hovudsak fordi mange kommunar ikkje kjenner til denne moglegheita.

Husbanken låner ut midlar til kommunane, som tildeler startlån vidare til søkarar. Søknader om startlån blir behandla av kvar enkelt kommune. Ordninga er frivillig for kommunane, men nesten alle kommunar tilbyr startlån. Husbanken gir råd og rettleiing til kommunane og skal bidra til å gjere moglegheita for å bruke startlån til eldre og til å oppgradere bustader slik at personar kan bli buande heime lenger, betre kjend i kommunane.

4.3.4 Buutgifter og bustøtte

Bustøtte skal sikre personar med låge inntekter og høge buutgifter ein eigna bustad. Det er ei behovsprøvd ordning som omfattar alle personar over 18 år, med unntak av dei fleste studentar og dessutan militære tenestepliktige. Talet på eldre bustøttemottakarar har lege stabilt sidan 2017 og utgjer rundt 10 prosent av alle bustøttemottakarar.

I mai 2022 fekk regjeringa rapporten «Bostøtten – opprydning og forankring» frå ei ekspertgruppe.⁶ Ho blei nedsett for å evaluere

dagens bustøtteordning og foreslå innretning på den framtidige ordninga. Gruppa meiner det er behov for ei opprydding og betre forankring i underliggende prinsipp. I den varsla meldinga til Stortinget om ein heilskapleg bustadpolitikk vil regjeringa gjere greie for oppfølginga av rapporten, kva tiltak regjeringa har gjort, og kva tiltak som blir viktige framover.

4.3.5 Lån til bustadkvalitet frå Husbanken

Husbanklån til bustadkvalitet bidrar til å sikre fleire eigna bustader for ei aldrande befolkning. Enkeltpersonar, føretak, kommunar og fylkeskommunar kan søke om lån til oppgradering av eksisterande bustad og til oppføring av livsløpsbustader. Målet er å stimulere til oppgraderingsprosjekt som bidrar vesentleg til ein meir energieffektiv og tilgjengeleg bustadmasse. Målet er vidare å stimulere til at det blir bygd livsløpsbustader som legg til rette for at personar, uavhengig av funksjonsnivå, kan bli buande i eigen bustad gjennom heile livsløpet, leve aktive liv og vere mest mogleg sjølvhjelpete. Som ein del av arbeidet med meldinga til Stortinget om ein heilskapleg bustadpolitikk vil regjeringa vurdere låneordninga og greie ut om det er behov for endringar, slik at ordninga kan bidra til fleire eigna bustader for eldre og auka tilgjengelegheit i bustadmassen.

4.3.6 Tilskot frå kommunane

Ei rekke kommunar tildeler tilskot til bustadtilpassing. Husstandar, enkeltpersonar og eldre med nedsett funksjonsevne som har behov for å tilpasse bustaden sin for å kunne bli buande i bustaden over tid, kan søke tilskot. Det kan dreie seg om enkle tiltak, som å fjerne dørtersklar, større ombyggingar, som å endre romløyning, eller finansiering av profesjonell prosjekterings- og utgreiingsbistand. Tilskotet gjer at kommunane kan ta eit heilskapleg ansvar og sjå bustadpolitikken i samanheng med andre velferdsområde, slik at fleire kan vere i stand til å bu lengre i sin eigen heim.

4.3.7 Buhjelpemiddel og tilpassing av bustad

Nav Hjelpemiddel og tilrettelegging kan via folkestrygda bidra med tilrettelegging av bustad for menneske med nedsett funksjonsevne, anten ved

utlån av bustadhjelpemiddel eller ved tildeling av tilskot i staden for hjelpemiddel som heis og/eller rampe. Av bustadhjelpemiddel finst det blant anna ramper og trappeheisar, toalett med dusj- og tørkefunksjon, heve- og senkemekanismar til kjøkkeninnreiing og bad, dørøpnarar og annan omgivnadskontroll. Folkestrygda kan også dekke montering og demontering av hjelpemiddel og enkel utbetring etter demontering av hjelpemiddel. Dette er tiltak som kan gjere det enklare for eldre med gradvis nedsett funksjonsevne å bu heime lenger. Hjelpemiddel som folkestrygda låner ut, er eigedommen til folkestrygda og blir lånte ut til den enkelte medlemmen individuelt. Det inneber at buhjelpemidla må bli levert tilbake til folkestrygda når det ikkje lengre er behov for dei. Hjelpemiddel som er utlånte frå folkestrygda, kan dermed i prinsippet ikkje bli nytta til å lage varige løysingar i omgivnadene.

Som eit alternativ til utlån av buhjelpemiddel kan Nav Hjelpemiddel og tilrettelegging tilby tilskot. Tilskot kan bli gitt i staden for heis og/eller rampe for å legge til rette for varige løysingar i bustaden. Tilskotet gir høve til å få alle rom på eitt plan eller til å endre inngangspartiet i bustaden slik at det blir meir tilgjengeleg. Dette gir betre og meir varige løysingar enn utlån av hjelpemiddel.

Føresetnaden for å få tilskot i staden for heis og/eller rampe er at heisen eller rampa ikkje blir installert, men at tilskotet blir nytta til å gjennomføre varige endringar som dekker det same behovet. Det blir gitt tilskot tilsvarande kostnadene ved utlån av heis og/eller rampe. Sidan tilskotet ikkje kan overstige denne kostnaden, vil tilskotet vere ei delfinansiering av kostnadene til omlegging av bustad til eitt plan, eller heving av bakkenivå. Det er derfor også ein føresetnad om at tilskotet frå folkestrygda må inngå i ein større finansieringsplan med midlar frå Husbanken, kommunen eller privat bank. Riksrevisjonen gjennomførte i 2018 ein gjennomgang av hjelpemiddel til bustadtilpassing for personar med nedsett funksjonsevne og fann at det på landsbasis var få som fekk innvilga tilskot til varig tilpassing av bustaden.⁷

I 2021 og 2022 var det rundt 100 personar som fekk innvilga tilskot i staden for heis og rampe. For mange kan tilskot vere meir formålstenleg enn å installere rampe eller heis. Betre informasjon og samhandling mellom hjelpemiddelsentralen og Husbanken kan gjere det lettare for fleire å ta i bruk tilskot i staden for heis og rampe.

⁶ Kommunal- og distriktsdepartementet (2022).

⁷ Riksrevisjonen (2018a).

Boks 4.5 Modular med bad og soverom i Kongsvinger kommune

Kongsvinger kommune ønsker å teste ut modular med bad og soverom på same plan, som kan koplust på eksisterande bustader. Modulane opnar for at fleire kan klare seg heime lenger når ein får helseutfordringar. Kommunen skal sjå på moglegheiter for å få med fleire instansar på laget for å produsere ein prototype.

Kongsvinger er ein av tolv kommunar som deltok i prosjektet *Aldersvennlege bustader og bumiljø i distrikta*, som Husbanken og Distriktsenteret samarbeidde om i perioden 2020–2022.

Kjelde: Kongsvinger kommune

I løpet av planperioden for Bu trygt heime-reforma vil det bli vurdert om hjelpemiddel og andre tiltak retta mot bustadtilpassing i større grad bør bli samordna slik at ein oppnår betre samhandling og meir effektiv bruk.

I tillegg til bustadhjelpemiddel frå Nav har kommunane ansvar for å formidle hjelpemiddel og legge til rette miljøet rundt den enkelte brukaren. Skadeforebyggende forum peiker i tiltaket *Seniorsikker* på korleis kommunen og enkeltpersonar kan arbeide førebyggjande, til dømes når det gjeld hjelpemiddel. Å kjøpe handtak, sklimatter, nattlys til bad og andre produkt er døme på enkle tiltak den enkelte kan gjere for å førebygge ulykker.

4.4 Fleire sosiale buformer

For å legge til rette for at fleire eldre kan bli buande heime lenger, må det skaffast fleire eigna bustader over heile landet. Regjeringa vil gjennom *Eldrebustadprogrammet* bidra til fleire aldersvennlege bustader. Dette må skje gjennom både bygging av nye bustader og tilpassing av eksisterande bustader. Det er behov for å utforske moglegheitene for nye og meir sosiale buformer, som kan bidra til auka tryggleik, sosiale nettverk og støtte i kvardagen for den enkelte. Med sosiale buformer meiner vi bustader som har rom for større grad av deling og nabofelleskap enn i vanlege bustader.

Det å bu saman med andre kan vere ein god strategi for å hindre einsemd og inaktivitet og er i tråd med FN-måla om sosial berekraft. Det finst mange gode døme på nye buformer og bustad-løysingar, og nokre av dei har vore i drift i mange år. Det er behov for å gjere erfaringane betre kjende og ta dei i bruk.

Som del av *Eldrebustadprogrammet* vil regjeringa,

- sjå nærare på kva hindringar kommunar og private utbyggarar har i dag for utbygging av eigna bustader for eldre.
- legge til rette for auka bygging av tryggleiks-bustader og andre aldersvennlege bustader
- vidareføre det distriktsretta arbeidet til Husbanken
- auke kunnskapen om eigna bustader for eldre
- ta initiativ til å etablere eit erfaringsnettverk for utvikling av aldersvennlege bustader

4.4.1 Tryggleiksbustader

Regjeringa vil i tråd med Hurdalsplattforma vurdere investeringstilskot til bygging av tryggleiksbustader i kommunane.

Ein tryggleiksbustad er eit bualternativ som ligg mellom ordinære bustader og heildøgns omsorgsplassar. Ein tryggleiksbustad har tilleggs-funksjonar som i lita grad blir tilbydde på den ordinære marknaden, som fellesareal, enklare servicefunksjonar og strengare krav til universell utforming.

Tryggleiksbustader vil vi kunne førebygge noko av veksten i behovet for heildøgns omsorgsplassar og bidra til ei heilskapleg omsorgstrapp og fleire eigna bustader for eldre. For å sikre berekraft og at fleire eldre blir mest mogleg sjølv-hjelpete, må det byggast fleire eigna bustader for eldre. Regjeringa vil sjå nærare på kva hindrar kommunar og private utbyggarar har i dag for utbygging av eigna bustader for eldre. Regjeringa vil legge til rette for auka bygging av tryggleiks-bustader og andre aldersvennlege bustader.

Tilbodet om denne typen bustader i den ordinære marknaden er i dag avgrensa. Det er derfor nødvendig å få bygd fleire eigna bustader, både i byar og i distrikta. Særleg i distrikta vil det vere utfordrande å få bygd nok bustader gjennom den ordinære bustadmarknaden. I tillegg må vi vere merksame på gruppa eldre som sjølv ikkje har økonomi til å gjennomføre eit skifte frå ein ueigna bustad til ein eigna bustad i den ordinære marknaden.

Boks 4.6 Aldersvennlege bustader og bumiljø i distrikta (2020–2022)

I det treårige programmet *Aldersvennlege bustader og bumiljø i distrikta (2020–2022)* samarbeidde Distriktssenteret med Husbanken og tolv distriktskommunar. Målet var å sjå på korleis distriktskommunar kan legge til rette for å utvikle tilbodet av aldersvennlege bustader og bumiljø slik at det gir gevinstar for kvar enkelt bebuar, for kommunen og for lokal samfunnsutvikling.

Kjelde: Husbanken og Distriktssenteret

4.4.2 Vidareføre det distriktsretta arbeidet til Husbanken

Husbanken har fleire verkemiddel for å auke tilgangen på eigna bustader i distrikta. Regjeringa er opptatt av å styrke det distriktsretta arbeidet til Husbanken og har gitt banken i oppdrag å forsterke informasjons- og rettleiingsarbeidet overfor distriktskommunane. Husbanken skal aktivt informere kommunar og private aktørar om moglegheita for å søke lån til bustadkvalitet til oppføring eller oppgradering av bustader og lån til utleigebustader. For å få fart på bustadbygginga i distrikta har regjeringa sagt at Husbanken kan prioritere inntil 1 milliard av låneramma på 21 milliardar kroner til lån til bustadkvalitet og til utleigebustader i distriktskommunar (sentralitet 5 og 6) i 2023.

Frå 2023 kan distriktskommunar få støtte til å teste ut nye bustadkonsept og samarbeidsformer gjennom tilskot til bustadtiltak i distrikta frå Husbanken. Formålet er å bidra til auka tilgang på eigna bustader i distriktskommunar.

4.4.3 Auke kunnskapen om eigna bustader for eldre

I møte med ei aldrande befolkning og med færre i arbeidsdyktig alder må samfunnet søke nye, berekraftige bu- og leveformer som stimulerer til eigenmeistring, sosiale møteplassar og livskvalitet, og som på formålstenleg og forsvarleg vis legg til rette for eventuelle tenester. Det finst i dag ei rekke ulike modellar og konsept. Sintef har i rapporten *Bo hele livet* kartlagt ulike buformer for eldre.⁸ Kartlegginga viser at erfaringane med

ulike sosiale buformer er positive, og at det særleg er fysisk nærleik og samlokalisering som er sentralt for å oppnå at ulike menneske skal møtast og omgåast. Samtidig blir det understreka at det ikkje er éi løysing som er fasiten, men at det er behov for å teste ut ulike konsept. Kartlegginga viser at erfaringane i store trekk er gode, men det finst i lita grad studiar som dokumenterer erfaringane systematisk. Og sjølv om det blir vurdert at fleire av modellane har overføringsverdi til andre stader, blir dei i lita grad reproduserte eller skalerte opp.

Det vil vere behov for ein variasjon av buformer og bustadtypar for at eldre skal kunne bu trygt heime, og det er viktig med ei heilskapleg stadsutvikling. Det må byggast for å legge til rette for fleire friske år og for gode møte på tvers av generasjonar. Ein har gode erfaringar med kollektive buformer i mange europeiske land. Det blir ofte sett i samanheng med ei satsing på sosialt berekraftige samfunn og er tett knytt opp mot berekraftsmåla til FN.⁹

Det er behov for å sjå nærare på korleis ulike bustadløysingar i større grad kan bli spreidd og tatt i bruk. Regjeringa vil innhente kunnskap om nye buformer for eldre og på grunnlag av dette vurdere tiltak.

Boks 4.7 Iveland og Vegårshei kommunar

Agderkommunane Iveland og Vegårshei har begge satsa på bygging av leilegheiter i sentrum. I Vegårshei auka talet på leilegheiter frå 0 til 60 frå 2007 til 2017.¹ Sentrumsnære leilegheiter som er universelt forma ut, betyr mindre køyring og mindre arbeidsbelastning for heimesjukepleia. Det gjer det mogleg å tilby fleire omsorgstenester heime og reduserer behovet for kommunale omsorgsbustader og institusjonsplassar. Sentrums-satsing er med på å motverke sosial isolasjon og einsemd blant anna hos eldre som tidlegare budde utanfor større tettstader.

¹ Sørvoll og Løseth (2017).

Kjelde: Husbanken

⁸ Høyland et al. (2020).

⁹ Høyland et al. (2020).

4.4.4 Samarbeid med bustad- og byggebransjen og finansnæringa

Veldig mange eldre vil ha høve til sjølve å initiere og gjennomføre grep for å få ein aldersvennleg busituasjon, anten gjennom tilpassing eller flytting, ved å kontakte sin eigen bank for finansiering og rettleiing. Det er eit potensial i å få fleire til å gjere dette, og ikkje minst i at bustad- og finansnæringa kan bidra med å gjere moglegheitene som finst i den ordinære marknaden, tydelege.

For at fleire eldre skal kunne bu trygt heime lengst mogleg, er vi avhengige av at fleire bustader er tilgjengelege, og av større variasjon i bustadtypar og buformer, jf. kapittel 2. Det er behov for å sjå nærare på korleis det offentlege kan legge betre til rette for auka privat utbygging av aldersvennlege bustader. Det er mange gode døme på tiltak, modellar og samarbeidsformer som andre kan lære av, slik at fleire kan ta dei i bruk. Kommunal- og distriktsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet vil derfor ta initiativ til å etablere eit erfaringsnettverk der private og offentlege aktørar kan dele erfaringar med utvikling av gode aldersvennlege bustader og bumiljø, som ein kan bygge vidare på.

I partnerskapsprogrammet sitt med organisasjonar og næringsliv bidrar Senteret for et aldersvennlig Norge til å styrke forståinga blant norske aktørar for behova til eldre, blant anna knytte til planlegging av eigen busituasjon. Regjeringa vil føre vidare arbeidet til Senteret for et aldersvennlig Norge med partnerskapsordningane, jf. kapittel 3.

Boks 4.8 Vindmøllebakken i Stavanger

Vindmøllebakken bufellesskap i Stavanger er bygd etter modellen Gaining-by-Sharing. Bebuarane eig mindre bueningar, men får samtidig tilgang til eit breiare utval av utstyr og areal gjennom deling.

Vindmøllebakken bufellesskap ligg i eit område med tradisjonell trehusbusetnad i Stavanger og er organisert som eit burettslag med 40 bueningar. Alle bebuarane har ei minimert, privat buening med eit lite kjøkken og bad. Bufellesskapet deler fellesareal som allrom med kjøkken, eit amfi, verkstader, vaske-rom, bibliotek, gjestehybel og uteareal som tre takterrassar, gardsrom, eit veksthus og leikeplass. Ein gammal lagerhall har blitt transformert til eit underjordisk parkeringsanlegg, og eit gammalt fabrikklokale har blitt til restaurant.

Vindmøllebakken vann i 2020 Statens pris for byggkvalitet.

Kjelde: Direktoratet for byggkvalitet



Figur 5.1

5 Kompetente og myndiggjorde medarbeidarar

Regjeringa ønsker at tenestene skal vere trygge og av god kvalitet. Vi vil jobbe for å sikre nok fagfolk med rett kompetanse i helse- og omsorgstenesta. Personellet er den viktigaste ressursen for å gi trygge og gode helse- og omsorgstenester til befolkninga. Samtidig er det ei erkjenning at helse- og omsorgspersonell er ein avgrensa ressurs.

Helsepersonellkommisjonen har lagt fram utgreiinga si i NOU 2023: 4 *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgsteneste*. For å utvikle ei berekraftig helse- og omsorgsteneste foreslår Helsepersonellkommisjonen ei brei tilnærming med tiltak innan områda organisering og samhandling, arbeidsforhold og arbeidstid, utdanning og kompetanseutvikling, prioritering og reduksjon av overbehandling, digitalisering og teknologisk utvikling og oppgåvedeling.

Regjeringa vil ta aktive grep for å satse på eit trygt og godt arbeidsliv for alle tilsette i helse- og omsorgstenestene, og vil at heile og faste stillingar skal vere standarden. Å auke stillingsprosenten for arbeidstakarar som ikkje arbeider i fulle stillingar, utgjer ifølgje Helsepersonellkommisjonen ein stor arbeidskraftressurs. Kommisjonen peiker på at det bør vere eit prioritert mål å legge til rette for at fleire arbeidstakarar kan arbeide i fulle stillingar.

Kommisjonen gir uttrykk for at personellbehova i kommunane vil auke, særleg i omsorgstenestene: «Innsatsen fremover må derfor styres mot kommunal omsorg, for å klare å håndtere det økende antallet eldre».¹ Regjeringa vil vurdere Helsepersonellkommisjonens forslag til tiltak og kjem tilbake til oppfølging, hovudsakleg gjennom *Opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten* og stortingsmeldinga Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Gjennom tillitsreforma vil regjeringa bidra til myndiggjorde medarbeidarar og tenester prega av openheit, fagheit og dialog som bygger oppunder den enkelte sine ressursar. Med utgangspunkt i spørsmålet «Kva er viktig for deg?» skal dei tilsette ta omsyn til dei individuelle

ønska og behova til den enkelte. Tillitsreforma skal ligge til grunn for arbeidet, slik at tilnærminga blir nedanfrå og opp. Det handlar om å støtte kommunane med dei rette verkemidla og verktøya, og samtidig gi dei tilsette tid og tillit til å gi brukarane – dei eldre – betre tenester.

Regjeringa ønsker at tenestene i større grad skal jobbe helsefremmande og førebyggjande. Det er behov for å tenke nytt om korleis vi samarbeider og løyser oppgåvene, slik at rett kompetanse blir sett inn til rett tid, og bidrar til best mogleg bruk av tilgjengeleg personell. Auka merksemd på innovasjon, omstilling og betre arbeidsdeling krev god leiing. Regjeringa vil støtte opp under tillitsbasert styring og leiing, slik at tenestene i større grad får rom til å drive tenesteutvikling og prøve ut nye måtar å jobbe på.

Meir forskning og tilgang til kunnskap er ein sentral føresetnad for å kunne jobbe kunnskapsbasert. Sjølv om den kommunale helse- og omsorgstenesta er like stor som spesialisthelsestenesta, blir det forska langt mindre på, i og saman med kommunane. Vidare må vi sørge for at kunnskap og forskning blir gjort tilgjengeleg og tatt i bruk. Regjeringa vil legge til rette for meir og betre organisert samarbeid om forskning som er relevant for kunnskapsbehovet til kommunane, blant anna gjennom praksisnær forskning.

Regjeringa er opptatt av å sikre ei desentralisert helse- og omsorgsteneste som yter gode og likeverdige tenester i heile landet. Helse- og omsorgstenesta står overfor store bemanningsutfordringar i åra framover, knytte til den store veksten i talet på eldre og ein framleis vekst i talet på yngre brukarar. For å bidra til ei berekraftig omsorgsteneste med nok årsverk med relevant utdanning har regjeringa lagt fram ein *Opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten*. Innhaldet i opptrappingsplanen skal vere dynamisk, og strategiar og tiltak skal vidareutviklast i tråd med ny kunnskap.

Dei fleste tiltaka i innsatsområdet kompetente og myndiggjorde medarbeidarar vil bli følgde opp i *Opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten*, og tar dessutan opp i seg andre relevante løp som omhandlar personell og kompe-

¹ NOU 2023: 4, side 13.

tanse. Regjeringa sine ambisjonar for kompetente og myndiggjorde medarbeidarar sorterer under fem hovudområde som skal bidra til tryggleik og føreseielegheit i møte med tenestene, og til at tenestene blir ytte i samråd med brukarane og deira pårørande:

- tillit
- kompetanse
- omstilling og organisering
- kvalitet og leiing
- forskning og kunnskapsbasert praksis

5.1 Tillit

Tryggleik for at hjelpa finst om behovet skulle oppstå, er avgjerande for at fleire eldre skal kunne bu trygt heime. Tenestene skal vere trygge, ha høg tillit i befolkninga og vere berekraftige, kunnskapsbaserte og vere ein attraktiv arbeidsstad gjennom heile yrkeslivet.

I dialogmøta til reformarbeidet blei det spelt inn som sentralt for at eldre skal kunne bu trygt heime lengre, at helse- og omsorgstenestene tar i bruk ny kompetanse og jobbar meir tverrfagleg. Fleire påpeiker at det er avgjerande at helsepersonell, brukarar og pårørande jobbar mot felles mål og at tenestene samhandlar betre. Gjennomføring av tillitsreforma blei nemnd som ein viktig del og ein føresetnad for å lykkast med ei Bu trygt heime-reform. Det var fleire som spelte inn behovet for nasjonale satsingar på leiing og rettleiing, kompetanseheving av dei tilsette og tiltak for å sikre rekruttering til tenestene, med særleg fokus på distrikta.

Regjeringa vil

- gi dei tilsette tid og tillit gjennom ei tillitsreform og invitere kommunar og fylkeskommunar til å søke om forsøk som bidrar til betre offentleg tenesteyting eller betre oppgåvedeling
- arbeide for ein heiltidskultur og fleire heile stillingar
- jobbe fram og spreie modellar som stimulerer til auka grunnbemanning og mindre vikarbruk
- bidra til å rekruttere og behalde tilsette gjennom *Jobbvinner* og *Menn i helse*
- vurdere å etablere rettleiingsordningar for sjukepleiarstudentar og nyttilsette i helse- og omsorgstenesta

Tillitsreforma

Tillitsreforma er ein sentral del av arbeidet med å fornye og utvikle offentleg sektor. Formålet med

reforma er betre tenester og ein betre offentleg sektor. Innhaldet i reforma skal skapast i tett samspel med brukar- og pårørandeorganisasjonar, tilsette, tillitsvalde og leiingar i offentlege verksemdar. Dette er viktig for å skape tillit til offentleg sektor og for å bygge opp under den felles helse- og omsorgstenesta vår, redusere marknads-tenkinga og hindre privatisering som kan bidra til å forsterke sosiale forskjellar.

Tillitsreforma skal legge til rette for at stat og kommune kan tenke nytt, prøve ut nye løysingar og jobbe på andre måtar enn før. Pilotar vil vere ein del av reforma, og det vil vere viktig at moglegheita for oppskalering er til stades. Vektlegginga av pilotar i tillitsreforma kan støtte opp under lokale initiativ som gir erfaringar med til dømes ulike turnusordningar eller vedtakspraksis, jf. kapittel 5.3.2 om gode vedtak.

Gjennom meir tillitsbasert styring og leiing er målet å redusere tidkrevjande rapportering, overdriven kontroll og detaljstyring av arbeidsoppgåver. På denne måten vil tillitsreforma kunne bidra til å frigjere tid, slik at personellet får brukt meir av arbeidstida si på brukarane og til utvikling av gode tenester. Fleire kommunar er allereie i gang med å innføre tillitsbasert styring og prøve ut alternative modellar for tenesteyting. Oslo og Bergen var tidleg ute med å innføre dette. Målet er myndiggjorde og motiverte medarbeidarar som gir kunnskapsbaserte tenester, og at dette gir auka trivsel på arbeidsplassen, betre kvalitet i tenestene og betre utnytting av fagleg kompetanse.²

Som ein del av tillitsreforma vil regjeringa gi større fridom til kommunale og regionale styresmakter. Kommunal- og distriktsdepartementet har på vegner av regjeringa invitert kommunar og fylkeskommunar til å søke om å gjennomføre forsøk (frikommuneforsøk) etter gjeldande forsøksregelverk, og med det bli forsøkskommunar. Forsøksordninga er eit av tiltaka som skal bidra til å utvikle kommunesektoren, slik at vi kan nå måla i tillitsreforma. Forsøk er eit verktøy for forvaltningsutvikling der offentleg forvaltning kan få fri-tak frå lov eller forskrift for å kunne teste ut nye arbeidsformer eller prøve ut endringar i oppgåvefordelinga mellom forvaltningsnivåa. Kommunane og fylkeskommunane er ofte dei næraste til å vurdere kva tiltak som er eigna til å møte utfordringane dei står overfor. Kommunane kan søke om forsøk innan alle sektorar eller på tvers av sektorar.

² 1) Bergen kommune – temaside om tillitsreforma. 2) Oslo kommune – Tillitsmodellen sluttrapport for Prosjekt Tillitsmodellen.

Kommunar som får forsøk godkjende etter forsøksordninga, vil få tilbod om eit opplegg for erfaringsutveksling, og forsøka vil bli evaluerte.

5.1.1 Heiltid og deltid

Heiltid er viktig for moglegheita den enkelte har til å forsørge seg sjølv, og for at arbeidstakarane skal kunne oppleve medverknad, tryggleik og føreseielegheit. Auka omfang av heiltidsstillingar byr på moglegheiter for årsverksvekst og verkar i tillegg positivt på rekruttering til tenestene. Det kan vidare bidra til redusert sjukefråvær og vikarbruk. Deltid kan vere negativt for arbeidsmiljøet og for kvalitet og kontinuitet i arbeidet. Heiltids-/deltidsarbeid og turnusproblematikken er tema som også blir løfta i rapporten frå Helsepersonellkommisjonen. Det finnes fleire døme på prosjekter som jobbar for auka heiltid, jf. boks 5.1. Regjeringa kjem tilbake med oppfølging av Helsepersonellkommisjonen igjennom stortingsmeldinga Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Basert på forslag frå regjeringa har Stortinget vedtatt endringar i arbeidsmiljølova for å styrke retten til heiltid. Endringane tredde i kraft 1. januar 2023 og inneheld ei ny normgivande føresegn om at hovudregelen i arbeidslivet skal vere tilsetning på heiltid, og at behov for deltidstilsetning skal bli dokumentert av arbeidsgivar.

Arbeidsgivaren skal drøfte spørsmålet om deltidstilsetning med tillitsvalde, og Arbeidstilsynet har fått mynde til å handheve at dokumentasjons- og drøftingsplikta blir etterlevd.

Lovendringane inkluderer også ei styrking av føreretten til deltidstilsette ved å lovfeste at føreretten til utvida stilling også skal gjelde framfor ny innleige i verksemda, og ved å gi deltidstilsette førerett til «ekstravakter og lignende».

Desse lovendringane er berre ein del av arbeidet til regjeringa for å nå målet om auka bruk av heiltid i arbeidslivet. Framleis samarbeid med og mellom partane i arbeidslivet og innføringa av pensjon frå første krone, som gir deltidstilsette i privat sektor rett på medlemskap i tenestepensjonsordningar uavhengig av stillingsbrøken, er døme på andre viktige bidrag.

Det er også vedtatt ein heiltidspott med midlar ein kan søke på, til gjennomføring av forsøksprosjekt for redusert bruk av deltid og auka bruk av heiltid. Heiltidspotten vil gi verksemdar med eit stort omfang av deltidstilsetning høve til å gjennomføre konkrete forsøk som verksemdene sjølve ønsker, og som partane har tru på vil verke. Lignande forsøk som har vore gjennomførte tidlegare, har vist at alternative arbeidstidsordningar kan bidra til å auke stillingsstorleikar og talet på heiltidsstillingar, i tillegg til at det kan bidra til å betre arbeidsmiljøet for dei tilsette.

Boks 5.1 Døme på heiltidsprosjekter

Lambertseterhjemmet

Lambertseterhjemmet er ein ny og moderne sjukeheim i Oslo. Sjukeheimen er klar for innflytting i juni 2023 og skal huse 130 bebuarar. Det er lagt til rette for at Lambertseterhjemmet skal bli drifta med berre heile stillingar. Det vil bidra til at alle bebuarane har få og faste hjelparar som kjenner den enkelte og behova hans. I tillegg vil pårørande oppleve at dei har færre medarbeidarar å forhalde seg til. På denne måten bidrar ein til kontinuitet, med kjende medarbeidarar gjennom heile veka, også i helgar og feriar.¹

Årsturnus i Sarpsborg

Sarpsborg kommune har innført eit prosjekt med årsturnus. Målet er auka heiltidsandel og deltidstilsette kan auke stillingsprosenten sin. Dei tilsette kan kome med ønske for arbeidstid og fritid. Det betyr at kjend fråvær blir lagt inn i planen for eit heilt år. Resultata tyder på at innføringa av den nye turnusordninga har ført til at dei tilsette har fått fleire fridagar i løpet av året og at ledige vaktar i større grad blir dekkja inn av faste tilsette i deltid, som igjen aukar stillingsstørrelsen deira. På denne måten bidrar dette til å redusere vikarbruken og virker i tillegg positivt på rekruttering, sjukefråværet og kontinuiteten i bemanninga.²

¹ Kjelde: Oslo kommune

² Kjelde: Sykepleien

Boks 5.2 Intensjonsavtalen om eit inkluderande arbeidsliv (IA)

Både sjukehus og kommunale omsorgstenester er ein del av bransjeprogramma under intensjonsavtalen om eit inkluderande arbeidsliv (IA-avtalen).

IA-bransjeprogram for sjukeheimar

IA-bransjeprogrammet for sjukeheimar skal sette i verk og gjennomføre målretta tiltak for å redusere sjukefråvær og fråfall hos tilsette i sjukeheimar i perioden 2019–2024. Bransjeprogrammet er inngått mellom offentlege styresmakter og dei følgjande organisasjonane: Fagforbundet, LO, Unio, Delta, Virke, KS, NHO Service og Handel, Sjukepleiarforbundet, Arbeidstilsynet og Nav.

IA-bransjeprogrammet for sjukeheimar blir gjennomført på ein smidig måte for å skape

verdi nærast verksemdene. Dette inneber kontinuerleg dialog, testing, læring og utvikling saman med aktørane nærast sjukeheimane. Tenestedesign er brukt som metode for å sikre djup innsikt i dei strukturelle utfordringane knytte til sjukefråværet. Det er 80 sjukeheimar med i bransjeprogrammet, og alle er eller har vore med i minimum to av tiltaka i programmet. I 2023 og 2024 skal ein bygge vidare på erfaringane frå 2021 og 2022. IA-bransjeprogrammet for sjukeheimar skal breidde, tilpasse og tilgjengeleggjere eksisterande tiltak til alle sjukeheimar. Framover vil det bli lagt auka vekt på dialog for å nå ut til sjukeheimar som ikkje deltar i bransjeprogrammet i dag.

Kjelde: Spekter og KS

Grunnbemanning, sjukefråvær og vikarbruk

Dei kommunale helse- og omsorgstenestene er prega av høgt sjukefråvær, jf. kapittel 2. Det medfører at ein stor del av personalet må erstattast av vikarar. Helsedirektoratet har i arbeidet med *Kompetanseløft 2020* og *Kompetanseløft 2025* peikt på at høgt sjukefråvær er éi av fire hovudutfordringar i dei kommunale helse- og omsorgstenestene. Sjukefråvær er ei samansett problemstilling, og det stabilt høge sjukefråværet i helse- og omsorgstenesta viser at det er krevjande å redusere det.

Helsepersonellkommissjonen peiker på at det er behov for styrkt innsats mot sjukefråvær. Tett oppfølging av sjukmelde og tilrettelegging i jobben kan bidra til å redusere sjukefråvær. Trivsel og gode arbeidsforhold, blant anna handterbare arbeidstidsordningar og arbeidsplanar for dei tilsette, er grunnleggjande. Tiltak for betre oppgåvedeling, leiing, kompetanseheving og så vidare har også ein positiv innverknad på trivsel og arbeidsforhold.

Høgt sjukefråvær i kombinasjon med vikarbruk svekker kvaliteten og kontinuiteten i tenestene for pasientar og pårørande. Regjeringa vil jobbe fram og spreie modellar som stimulerer til auka grunnbemanning og mindre vikarbruk, som tiltak for å styrke rekrutteringa og redusere sjukefråværet i omsorgstenesta. Dette vil bidra til at

fleire eldre kan oppleve føreseielegheit i eigen heim, og vil hjelpe til å redusere talet på tilsette som brukarane må forhalde seg til.

5.1.2 Rekruttere og behalde tilsette

Regjeringa vil jobbe for å sikre nok fagfolk med rett kompetanse i helse- og omsorgstenesta. Derfor tar regjeringa nokre målretta grep for å rekruttere og behalde tilsette i tenestene gjennom konkrete rekrutteringstiltak som *Jobbvinner* og *Menn i helse*. Helsepersonellkommissjonen har i utgreiinga si foreslått ei rekke tiltak for å rekruttere og behalde personell, i det kommissjonen kallar «hus-og-hytte»-stillingar.³ Regjeringa vil vurdere forslaga til tiltak frå Helsepersonellkommissjonen og kjem tilbake til oppfølging i stortingsmeldinga Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Regjeringa tar sikte på å legge frem Nasjonal helse- og samhandlingsplan i løpet av 2023.

Jobbvinner

Mange kommunar har utfordringar med å rekruttere og behalde personell. Dette går utover stabili-

³ «Helsepersonellkommissjonen bruker begrepet hus-og-hytte om stillinger som helsepersonell har, og som gir dem forskjellige arbeidssteder, avdelinger innenfor samme helseforetak, eller der det er forskjellige arbeidsgivere» (NOU 2023: 4 *Tid for handling*, s.217).

Boks 5.3 Jobbvinner – praksismodellen Trippel P

Eitt av resultatata frå *Jobbvinner* er praksismodellen Trippel P, som består av følgjande tre P-ar:

1. *Praksis i par*: To studentar går saman i «tospann» og bruker kvarandre som læringspartnarar.
2. *Profesjonsretta fordjuping*: Fag- og fordjupingstid er eit fast møtepunkt kvar veke for studentgruppa på praksisstaden.
3. *Pedagogisk møteplass*: Rettleiing, erfaringsdeling og informasjonsutveksling er samlingar for rettleiarar på praksisstaden og for praksislærar.

Kjelde: KS; Helsedirektoratet (2021d).

teten og kontinuiteten i tenestene. Eit tiltak som er sett i gang for å bøte på dette, er *Jobbvinner*.

Jobbvinner er eit nasjonalt prosjekt for å rekruttere og behalde sjukepleiarar og helsefagarbeidarar i kommunale helse- og omsorgstenester. KS er prosjektansvarleg, på oppdrag frå Helsedirektoratet. Målet er at kommunen skal vere ein attraktiv arbeidsplass og ein god læringsarena for helsepersonell, studentar og lærlingar. Det blir jobba med å fremme dei attraktive sidene ved å jobbe i dei kommunale helse- og omsorgstenestene. Eit av dei sentrale tiltaka i prosjektet er å etablere samarbeid mellom kommunar og utdanningsinstitusjonar for å utvikle tiltak som styrker praksisopplæringa. Gode praksisopplevingar er avgjerande for val av framtidig arbeidsgivar og for at ein held fram med å jobbe i kommunen etter praksis.

Det er utarbeidd ein eigen rettleiar i *Jobbvinner*-prosjektet for bruk i studentpraksis.

Rettleiing av studentar og nyutdanna

Rekruttering er krevjande og kostbart, og det er viktig at studentar og nyutdanna blir i yrket. For mange kan det vere eit gap mellom det ein er førebudd på gjennom utdanninga, og det ein møter i praksis. God rettleiing er viktig for å gjere studentar og nyutdanna trygge og hindre fråfall frå yrket. Bruk av mentor til nyutdanna sjukepleiarar har vore testa ut i Trondheim kommune på bakgrunn av at mange sjukepleiarar slutta i jobben før prøve-

tida var omme. Slike ordningar finst også i andre sektorar, medrekna for nyutdanna barnehagelærarar og lærarar, som eit viktig tiltak for å forhindre fråfall frå yrket. Forsøket i Trondheim inngår i prosjektet *Jobbvinner* og er eit rekrutterings-tiltak forvalta av KS. Helsedirektoratet vurderer at erfaringar frå tiltak som *Jobbvinner* og mentorordningar har god effekt når det gjeld å rekruttere og behalde nyutdanna helsepersonell i helse- og omsorgstenestene.

På bakgrunn av dei gode erfaringane vil regjeringa vurdere å etablere rettleiingsordningar for sjukepleiarstudentar og nyttilsette i helse- og omsorgstenesta. Tiltaket vil særleg rette seg mot heimesjukepleia og heimebaserte tenester. Tiltaket blir sett i samanheng med *Jobbvinner*, jf. omtalen over.

Ei betre kjønnsfordeling blant tilsette i tenestene

Helse- og omsorgstenesta er ein arena som i all hovudsak har vore og er dominert av kvinner. Mangfald er bra for pasientar og pårørande, og også for faktorar som arbeidsmiljø og sjukefråvær. Det vil også ha betydning for rekrutteringa av den neste generasjonen tilsette i helse- og omsorgstenesta.

Menn utgjer ein låg del av elevane og studentane på helsefagutdanningane og ein tilsvarende låg del av personellet i tenestene. Menn utgjer eit stort rekrutteringspotensial som det tidlegare har vore vanskeleg å realisere. For å bidra til auka rekruttering av menn til omsorgssektoren er *Menn i helse* lansert som eit eige tiltak. Gjennom tiltaket er det eit mål å rekruttere menn i alderen 25–55 år som har ei eigna yting frå Arbeids- og velferdsetaten. Målet er fagbrev som helsefagarbeidar gjennom eit komprimert utdanningsløp. *Menn i helse* er eit samarbeid mellom kommunar, Nav, fylkeskommunar, KS og Helsedirektoratet. Prosjektet blir leia av KS og inngår i *Kompetanseløft 2025*.

Sidan oppstarten i Trondheim i 2010 har *Menn i helse* vakse i omfang og innhald. Ei evaluering gjennomført av Austlandsforskning konkluderer med at prosjektet bidrar positivt til arbeidsmiljøet, at deltakarane blir verdsette, og at brukarane er positive til å møte både kvinner og menn som tenesteytarar. I tillegg er det økonomiske og samfunnsmessige positive effektar knytte til aktivisering av personar som står langt frå arbeidsmarknaden.

Regjeringa vil føre vidare satsinga på *Menn i helse*.

Helse- og omsorgstenesta som arena for inkludering

Nav samarbeider med helse- og omsorgstenesta om å rekruttere arbeidskraft. Nav kan blant anna bistå kommunar med å finne rett kompetanse, rekruttere og avklare aktuelle kandidatar. Som ein del av dette blir det også gjennomført samarbeidsprosjekt lokalt, slik som *Menn i helse*. Andre døme er Trøndelags-modellen og Gloppen-modellen, der fylkeskommunen, Nav og arbeidsgivaren samarbeider om å legge til rette for arbeidstrening og utdanning som fører til fagbrev, gjennom individuell tilpassing og tett oppfølging av den enkelte. Målgruppene er blant anna minoritetsspråklege og ungdom som har brukt opp retten til vidaregåande utdanning. Integreringslova legg stor vekt på formell kvalifisering, og minoritetsspråklege med rett til introduksjonsprogram kan ta fag- og yrkesopplæring innanfor ramma av programmet.

Nav kan tilby ulike arbeidsmarknadstiltak til ledige og personar med nedsett arbeidsevne etter ei individuell vurdering av behova til den enkelte og moglegheitene i arbeidsmarknaden. Dette kan vere aktuelt i tilfelle der arbeidsgivaren er usikker på føresetnadene den enkelte har for å bli tilsett. Flyktningar kan bli tilbydde deltidsarbeid som ein del av introduksjonsprogrammet eller delta i arbeidspraksis. Gjennom dette får dei tilgang til det norske arbeidslivet og til norsk språk, samtidig som dei får vist fram og auka kompetansen sin.

Arbeidstreningstiltaket skal gi moglegheiter for å prøve ut den enkelte, gi relevant arbeidserfaring og bidra til å styrke moglegheitene for å få ordinær tilsetning. Lønnstilskot kan bli ytt i ein avgrensa periode for å kompensere for at arbeidstakaren har lågare produktivitet. Nav kan også gi tilskot til oppfølging og tilrettelegging, som til dømes mentor og inkluderingstilskot, ofte i kombinasjon med andre arbeidsmarknadstiltak.

Nav kan også gi opplæringstiltak i form av fagbrevløp som kvalifiserer til arbeid i helsetenesta. For ledige og personar med nedsett arbeidsevne som ikkje har føresetnader for å starte på eit fagbrevløp, kan Nav arrangere opplæringstiltak i form av AMO-kurs som gir meir kunnskap og betre kompetanse for å arbeide innan helse- og omsorgssektoren, med mål om at deltakarane etter kvart startar på utdanning innan helse og omsorg. Det kan gjennomførast eigne kurs for minoritetsspråklege deltakarar som har behov for å auke norskferdigheitene samtidig. Innhaldet følger læreplanen i vg1 helse- og oppvekstfag og blir tilpassa etterspurnaden frå arbeidsgivarar etter ufaglært kompetanse. Deltakarane får prak-

tisk opplæring hos ein eller fleire relevante arbeidsgivarar, og dei får kursbevis og attest frå arbeidsstaden som har stått for den praktiske opplæringa.

Dei tre første månadene i 2023 formidla Nav 393 personar med yrkesbakgrunn innan helse og omsorg ut i arbeid. I 2022 var det 19 prosent av tiltaksdeltakarane på arbeidstrening og lønnstilskot som hadde tiltak innan næringa helse- og sosialtenester. Det gjer det til ei av næringane der dei nemnde arbeidsmarknadstiltaka blir mest nytta.

5.2 Kompetanse

For å legge til rette for at fleire eldre kan bli buande heime lenger, vil regjeringa hjelpe kommunar med å sikre nok personell med rett kompetanse. Vidare har tiltak knytte til leiing, arbeids- og fagmiljø og kompetanseheving positiv innverknad på rekrutteringa og det å behalde personell i tenestene.

Det er dei heilskaplege behova til brukarane og deira pårørande som er utgangspunktet. Behova deira vil variere, og det er viktig at brukarar og pårørande blir involverte, slik at tenestene blir tilpassa den enkelte. Tenestene bør oppmode til å rekruttere breiare enn dei tradisjonelle utdanningsgruppene. Auka vektlegging av helsefremmande tiltak betyr at det er behov for større fagleg breidde og tverrfagleg samarbeid, med blant anna kompetanse om levevanar, bustadtilpassing, aktivitet, psykisk helse, velferdsteknologi med meir. Andre personellgrupper kan også bli brukt til oppgaver som aktivisering, matlaging, logistikk og så vidare. I tillegg kan tenestene bli nytta som arena for arbeidstrening. Slik blir helsepersonell frigjort og kan bruke tid på kjerneoppgåver som krev helsefagleg kompetanse.

Regjeringa vil

- bidra til auka kompetanse gjennom gode utdanningar, også desentraliserte utdanningstilbod
- vurdere om retningslinjene i RETHOS møter behovet til brukarar og pasientar
- vidareføre arbeidet med å rekruttere lærebudrifter innanfor alle utdanningsprogram
- følge utviklinga for helsefag i høgare yrkesfagleg utdanning
- bidra til kvalifisering av tilsette i omsorgstenesta gjennom grunn- og vidareutdanning
- bidra til opplæring av ufaglærte fram til fagbrev som helsefagarbeidar
- bidra til auka kvalitet og kapasitet på praksisplassar i kommunane

- lansere «verktøykasse» for personsentrert omsorg og miljøbehandling for personar med demens

5.2.1 Auka kvalifisering av tilsette gjennom grunn- og vidareutdanning

Regjeringa vil bidra til auka kvalifisering av tilsette gjennom grunn- eller vidareutdanning. Dette er ein viktig måte for kommunane å skaffe seg fagkompetansen dei treng. Det føreset tilgjengeleg utdanningstilbod og ordningar som er tilpassa føresetnadene og behova til vaksne. Dei særskilde behova til distriktskommunane vil bli varetatt gjennom desentraliserte studiar og ved å opprette attraktive praksisplassar i fleire kommunar.

Auka kompetanse gjennom gode utdanningar

Regjeringa ønsker at utdanning ved vidaregåande skular, fagskular, høgskular og universitet skal vere tilgjengeleg for alle, uavhengig av kvar i landet dei bur, og kva livssituasjon dei er i. På grunn av den demografiske utviklinga må vi i endå større grad enn tidlegare satse på vaksne studantar som ikkje kan flytte til ein sentral campus og studere på fulltid. Regjeringa har derfor satsa på desentraliserte utdanningstilbod gjennom *Opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten* og dei søknadsbaserte ordningane for studiesenter og desentralisert og fleksibel utdanning som blir forvalta av Direktoratet for høgare utdanning.

Utdanningsinstitusjonane har ansvar for å dimensjonere studieporteføljen sin og sørge for at dei utdannar kandidatar i tråd med behova for kompetanse i samfunnet. Utdanningskapasiteten for helse- og sosialpersonell og kompetansen deira må vere i samsvar med behova i tenestene og bli innretta etter utviklinga i demografien, sjukdomsbyrda, organiseringa av tenestene og utviklinga av nye, kunnskapsbaserte behandlingsmetodar. Studieplassar innan helsefag er etterspurde av studentane, og mange får ikkje plass sjølv om dei er kvalifiserte. I Meld. St. 14 (2022–2023) *Utsyn over kompetansebehovet i Norge* signaliserte regjeringa at ho forventar at utdanningsinstitusjonane vil prioritere helsefag, blant anna sjukepleiarutdanningane, i dimensjoneringa si.

Regjeringa er opptatt av kvalitet og kapasitet i utdanningane som rettar seg mot helse- og omsorgstenesta. Profesjonsutdanningane er viktige for at tenestene i velferdsstaten skal ha god tilgang på kompetent arbeidskraft. Innhaldet i

utdanningane må halde tritt med ei helse- og omsorgstenesta i stor utvikling, slik at studentane får oppdatert og relevant kunnskap. Det er også viktig at utdanningane er inkluderande, ettersom det bidrar til auka representativitet i arbeidslivet. Våren 2024 vil regjeringa legge fram ei melding til Stortinget om profesjonsutdanningane. Meldinga vil ha hovudvekt på helse- og sosial-, lærar-, og ingeniørutdanningane.

Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningane (RETHOS)

Gjennom RETHOS blir det utvikla nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningar. Formålet er at utdanninga skal vere tilpassa behovet til pasientane, brukarane og tenestene. Sidan oppstarten i 2017 er det fastsett nasjonale retningslinjer for 31 utdanningar og ein felles rammeplan for alle helse- og sosialfaglege grunnutdanningar. Målsettinga med RETHOS er at utdanningane skal vere framtidsretta, og at både tenestene og brukarane får auka innverknad på det faglege innhaldet i utdanningane. Det er viktig å sikre at tenestesektoren er representert i programgruppene på ein god måte. Mange av programgruppene i RETHOS har gått over i ein revisjonsfase, og ved revidering av relevante retningslinjer skal det vurderast om dei møter behovet til pasientar og brukarar på ein tilfredsstillande måte.

Implementeringa av RETHOS blir evaluert av NOKUT. Ei evaluering av RETHOS som styringsystem vil ligge føre i 2024.

Fagarbeidarutdanninga

Helsefagarbeid er den største utdanningsgruppa i omsorgstenesta. Helsepersonellkommissjonen peiker på at fagarbeidarutdanningane, som helsefagarbeidarutdanninga, er både tilgjengelege og attraktive for mange, men samla sett er det for låg etterspurnad etter denne arbeidskrafta. Auka merksemd på breidde- og generalistkompetansen til helsefagarbeidaren kan bidra til å gjere yrket meir attraktivt og bidra til auka rekruttering.

Samfunnskontrakt for fleire læreplassar dannar (2022–2026) eit systematisk og målretta grunnlag for samarbeid mellom partane i arbeidslivet og nasjonale styresmakter om læreplassar. Samarbeidet er synleggjort gjennom at det er inngått ein ny samfunnskontrakt for perioden 2022–2026. Det er behov for fleire fagarbeidarar, og arbeidet med å rekruttere lærebedrifter innanfor alle utdanningsprogramma skal derfor vidareførast og styrkast.

Fagskulen som læringsarena

Det er viktig at fagarbeidarar har gode utviklingsmoglegheiter og blir gitt høve til å spisse kompetansen sin i tråd med behova i arbeidslivet. Ei fagskuleutdanning kan vere eit naturleg val for fagarbeidarar. Fagskular tilbyr korte, yrkesretta utdanningar som ofte er lagt til rette slik at ein kan kombinere utdanninga med jobb. Fagskule, eller høgare yrkesfagleg utdanning, er ein utdanningssektor i vekst, som regjeringa satsar på. Fagskulane er sentrale for å svare på det aukande behovet for tilsette med høgare yrkesfagleg utdanning.

Ein kan søke fagskule med relevant fagbrev, fullført vidaregåande skule eller realkompetanse. Det betyr at fagskulen rettar seg mot ein brei studentmasse. Mange av studentane i høgare yrkesfagleg utdanning er først og fremst arbeidstakarar, og dernest studentar. Slik skil dei seg frå studentar ved universitet og høgskular. Til saman er det 6000 fagskulestudentar innan helse og velferd. Helse og velferd er fagområdet med flest utdanningstilbod, til saman 495 tilbod, og gir verdifull kompetanse til tilsette i helse- og omsorgstenestene. Fagskulane har også tilbod retta mot matfag som kan bidra til å førebygge underernæring, der blant anna dei som kan tenke seg arbeid som «matvertar» eller «postvertar», kan ta kortare kurs eller liknande.

Studietilboda ved fagskulen er svært yrkesnære og fleksible. Over 70 prosent av fagskulestudentane studerer på deltid, og utdanning ved fagskular er ofte lagt til rette for å bli kombinert med jobb. Det er eit stort behov for tilsette med høgare yrkesfagleg utdanning, og regjeringa har lagt til rette for 500 nye studieplassar ved fagskulane i 2023.

Kunnskapsdepartementet vil saman med Helse- og omsorgsdepartementet følge utviklinga for helsefaga i høgare yrkesfagleg utdanning gjennom den årlege *Tilstandsrapport for høgere yrkesfaglig utdanning*, som blir utarbeidd av Direktoratet for høgare utdanning og kompetanse. Departementa vil vurdere tiltak dersom talet på fagskulestudentar i helsefag ikkje samsvarer med kompetansebehova i arbeidslivet.

Det er behov for meir kunnskap om korleis høgare yrkesfagleg utdanning best kan utnytte potensialet sitt, og korleis utdanningssektoren bør bli utvikla vidare. Regjeringa varsla i Meld. St. 14 (2022–2023) *Utsyn over kompetansebehov i Norge* at helse- og omsorgsfag vil bli prioriterte saman med tekniske fag og område som er særleg viktige for det grøne skiftet, ved framtidige til-

delingar av studieplassar til fagskulane. Regjeringa vil også sette i gang arbeidet med ei ny melding til Stortinget om korleis fagskulane kan spele ei endå viktigare rolle i å møte kompetansebehovet i arbeidslivet framover.

Fagbrev på jobb

Mange tilsette i helse- og omsorgstenesta manglar formell kompetanse. For å legge til rette for at fleire kan opparbeide seg formell kompetanse og samtidig stå i jobb, har ein etablert fagbrev på jobb. Dette er ei ordning for vaksne som er i eit arbeidsforhold, som får høve til å få fag- eller sveinebrev på grunnlag av allsidig praksis, realkompetansevurdering og opplæring kombinert med rettleia praksis i vanleg arbeid. I ordninga blir det stilt same krav til kompetanse i faget og til gjennomføring av eksamenar og fag- og sveineprøven som for praksiskandidatar. Målgruppa er vaksne i arbeidslivet som har fullført grunnskulen eller tilsvarande opplæring. Eit vilkår for å ta i bruk denne ordninga er at den vaksne er i eit arbeidsforhold og har minimum eitt års praksis i faget. Fagbrev på jobb føreset eit samarbeid mellom arbeidsgivaren, den tilsette og fylkeskommunen. Fylkeskommunen har ikkje ei plikt til å tilby fagbrev på jobb. Erfaringane i fylkeskommunane er at fagbrev på jobb har blitt ei populær og etterspurd ordning. Ho gir vaksne høve til å oppnå fag- eller sveinebrev samtidig som dei er i vanleg lønt arbeid, og på den måten er sikra livsopphald under opplæring.

Kvalifisering av ufaglærte

I dei kommunale helse- og omsorgstenestene er andelen tilsette utan relevant fagutdanning høg. Personell utan helse- eller sosialfagleg utdanning er ei samansett gruppe, men er ein viktig ressurs og representerer samla sett eit stort potensial for tenestene. Regjeringa vil bidra til at fleire tilsette utan relevant fagutdanning får høve til å kvalifisere seg til fagbrev eller anna helse- og sosialfagleg utdanning.

Kurspakke for ufaglærte blir tilbydd av Nasjonal kompetanseteneste for aldring og helse. Formålet er opplæring av ufaglærte fram til fagbrev og autorisasjon som helsefagarbeidar eller kompetansebevis for delar av opplæringa dei har gjennomført. Målgruppa er tilsette i omsorgstenesta utan relevant helse- eller sosialfagleg utdanning, til dømes tilsette med framandspråkleg bakgrunn. Regjeringa vil i det vidare arbeidet med *Opptrappingsplan for heltid og god bemanning*

i omsorgstjenesten legge til rette for opplæring av ufaglærte.

Avansert klinisk allmennsjukepleie (AKS)

God kompetanse er ein føresetnad for gode, effektive og trygge tenester. Kommunane har behov for personell med høgare og breiare kompetanse enn i dag. På denne bakgrunnen blei det etablert ei masterutdanning i avansert klinisk allmennsjukepleie (AKS) retta mot behova i kommunale helse- og omsorgstenester. Ein avansert klinisk allmennsjukepleiar vil vere ein viktig del av helse- og omsorgstenesta i framtida. Ein AKS er utdanna til å sjå heilskapen, både hos pasienten og i tenestene. Dei gjer systematiske kliniske undersøkingar og vurderingar, fungerer som koordinator og fagleg støtte og rettleiar andre kollegaer. Ein AKS har avansert breiddekompetanse og kliniske ferdigheiter som trengst i møte med pasientar med komplekse, uavklarte og samansette helsetilstandar. Tilgang på personell med masterutdanning i avansert klinisk allmennsjukepleie bidrar til førebygging og aukar tryggleiken hos pasientar, pårørande og i det faglege miljøet.

Det er innført spesialistgodkjenning for denne gruppa. Vidare er det innført eit eige lønnstilskot, som har til formål å stimulere kommunar til kompetansebygging gjennom å vidareutdanne sjukepleiarar i avansert klinisk sjukepleie.

Auke omfanget av praksis i kommunane

Auka kvalitet og kapasitet på praksisplassar i kommunane er avgjerande for å kunne utdanne tilstrekkeleg mange kvalifiserte tilsette til helse- og velferdstenestene og for å rekruttere til dei kommunale helse- og omsorgstenestene. Det er utfordrande å få tilstrekkeleg tilgang på praksisplassar for helse- og sosialfagstudentar. For kvar studieplass som blir oppretta, må det følge praksisplassar.

Regjeringa har derfor inngått ein bilateral samarbeidsavtale med KS om kvalitets- og kapasitetsauke i praksis for helse- og sosialfagstudentar. Partane vil vere pådrivarar for å få til meir og betre samarbeid mellom universitet og høgskular og kommunar, for å bidra til meir praksis for helse- og sosialfagstudentar i den kommunale helse- og omsorgstenesta. Samtidig vil dette kunne bidra til gode overgangar mellom studiar og arbeidsliv, som igjen sikrar nødvendig rekruttering til kommunane i heile landet. Dermed vil dette bidra til kvalitet og kontinuitet for brukarar

og pårørande, og dessutan eit styrkt fagmiljø i ein sektor prega av store bemanningsutfordringar.

I 2022 løyvde regjeringa 50 millionar kroner for å dekke bu- og reiseutgifter for helse- og sosialfagstudentar som er i praksis langt unna campus. Tiltaket omfattar meir enn 3500 studentar, og så langt har studentar gjennomført praksis i heile 47 kommunar som er nye tilbydarar av praksisplassar. Dermed blir større delar av landet tatt i bruk som praksisarena, noko som kan bidra til å styrke fagmiljøet og rekrutteringa i mange distriktskommunar.

5.2.2 Særlege kompetansebehov

Til liks med samfunnet elles har befolkninga sitt behov for helse- og omsorgstenester endra seg. Helse- og omsorgstenestene har eit omfattande mandat og møter ei rekke ulike tilstandar, diagnosar og behov. Som følge av dette er det behov for kompetanse på ei rekke ulike område. Uavhengig av kompetanse er det eit gjennomgåande behov for at brukarar og pårørande i større grad blir involverte. Skal vi lykkast med å få fleire til å lære å meistre eigen sjukdom, må det skje i samarbeid med den det gjeld.

Generalistkompetanse

Personell som har generell medisinsk, sjukepleiefagleg og annan fagkompetanse, er viktig for eit velfungerande og berekraftig tenestetilbod i kommunane. Gitt den demografiske utviklinga med stadig fleire eldre og pasientar med samansette behov, er personell med generell medisinsk, sjukepleiefagleg og annan generalistkompetanse grunnleggande for tenestetilbodet i både kommunane og spesialisthelsetenesta. Det gjeld i små og store kommunar, og i distrikta og i sentrale strøk.

I spesialisthelsetenesta er generalistkompetanse viktig for at sjukehus i distrikta skal kunne haldast oppe. Den demografiske utviklinga med stadig fleire eldre og pasientar med samansette behov gjer at slik kompetanse i aukande grad er viktig også for større sjukehus. Generalistane utgjer dessutan ein viktig kanal for samarbeid og samhandling mellom kommunane og helseføretaka.

Varetaking av behovet for generell fagarbeidarkompetanse og sjukepleiefagleg breiddekompetanse i tillegg til styrking av rekrutteringa til spesialiteten generell indremedisin kan bidra til å styrke eit heilskapleg generalisttilbod i helse- og omsorgstenestene. Dette blei tatt opp i rapporten

til Helsepersonellkommissjonen, og blir følgd opp i Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Geriatrisk kompetanse er ein generalistkompetanse som inneber ei heilskapleg og tverrfagleg tilnærming til eldre. Denne kompetansen er relevant innanfor dei fleste delane av helse- og omsorgstenesta og omhandlar tematikk som blant anna legemiddel, kognitiv funksjon, psykisk helse, ernæring, aktivitet og fellesskap og mobilitet og fallførebygging.

Kompetanse om demens

Det er anslått at over 100 000 personar i Noreg har demens, og talet er venta å stige kraftig dei neste åra. Fleirtalet av dei med demens bur heime. For å legge til rette for at personar med demens kan bli buande trygt heime, er det viktig med gode tenester som bidrar til tryggleik og føreseielegheit for den enkelte og deira pårørande.

Å fange opp teikn på utvikling av sjukdom er ein føresetnad for å komme tidleg i gang med tiltak. Det er derfor viktig at dei som jobbar i tenestene, har kunnskap og kompetanse, både for å avdekke og diagnostisere sjukdommen og for å kunne planlegge, utvikle, yte og forbetre tenestene til personar med demens. Regjeringa vil som oppfølging av *Demensplan 2025* føre vidare kompetansehevande tiltak som *Demensomsorgens ABC* og *Eldreomsorgens ABC*, og dessutan arbeidet med utvikling og spreining av personsentrert omsorg og miljøterapeutiske metodar og arbeidsformer.

Det er framleis altfor få personar med demens som får ein diagnose, jf. kapittel 2. Eit sentralt mål i *Demensplan 2025* er å sikre at personar med demens blir diagnostiserte til rett tid. Nasjonal fagleg retningslinje om demens gir føringar for korleis ein bør gjennomføre ei forsvarleg demensutgreiing. For å rettleie legar har Helsedirektoratet fått i oppdrag å utarbeide ei e-læring om basal demensutgreiing for legar og anna helsepersonell, som baserer seg på føringar i demensretningslinja. E-læringsverktøyet vil bli ferdigstilt i løpet av 2023.

Personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg er ein omsorgsfilosofi som handlar om å ta omsyn til korleis ein person opplever situasjonen sin og verda rundt seg.⁴ Personsentrert omsorg bygger på at alle menneske har same verdi, og at utgangspunktet for teneste-

tilbodet skal vere det som er viktig for den enkelte. Det handlar om å sjå heile mennesket, ikkje berre sjukdommen og funksjonssvikten.

Målet er at kvart enkelt menneske skal ta i bruk ressursane sine og vere sjølvstendig så langt som mogleg. Ein må ta omsyn til behova og situasjonen til den enkelte og skape eit sosialt miljø og ei individuelt tilpassa omsorg. Det inneber også å respektere og ta omsyn til språk, kultur og identitet. For å få til dette må helse- og omsorgstenesta blant anna kartlegge behovet til den enkelte, forme ut ein individuell plan og sørge for jamlege samtalar med brukaren og deira pårørande.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide ei «verktøykasse» for personsentrert omsorg og miljøbehandling for personar med demens. Her vil ein samle ulike verktøy som kan bidra til å skape gode dagar for personar med demens, og førebygge og behandle åtferdsmessige og psykologiske symptom. Materiellet omfattar også tre e-læringsmodular. Regjeringa tar sikte på å lansere verktøykassa i løpet av 2023.

Nasjonal fagleg retningslinje om demens tilrår at det blir etablert rutinar for personsentrert omsorg og behandling for pasientar med demens. Denne omsorgsfilosofien bør også bli nytta i møte med andre pasientar uavhengig av diagnose. Involvering og medverknad er heilt sentralt for å nå målet om at fleire eldre skal kunne bu trygt heime.

Miljøbehandling og integrert bruk av musikk og song

Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg er ansvarleg for opplæringsprogrammet musikkbasert miljøbehandling (MMB). Formålet med programmet er å vidareutvikle og spreie opplæringsprogram om miljøbehandling og integrert bruk av musikk og song til tilsette i helse- og omsorgstenestene. Studiar viser at systematisk og integrert bruk av musikk og song i miljøbehandling kan fungere mot uro og depresjon og redusere bruken av psykofarmakum. Opplæringsprogrammet blei evaluert gjennom ei kvalitativ undersøking i 2019. Resultata viste at song og musikk kan gi ein helsefremmande effekt ved redusert forbruk av legemiddel. Desse funna støttar opp under tidlegare forskning. I 2021 deltok nesten 1500 deltakarar frå alle fylka på dei ulike kursa og vidareutdanningane som blir tilbydde. Regjeringa foreslår å føre vidare løyvinga til opplæringsprogrammet i 2023. Tiltaket inngår i *Kompetanseløft 2025*.

I arbeidet med å utarbeide ei «verktøykasse» for personsentrert omsorg og miljøbehandling, skal det bli utarbeidd ein e-læringsmodul om

⁴ Nasjonalt senter for aldring og helse.

miljøbehandling og meningsfulle aktivitetar. Ein tar sikte på å slutføre arbeidet med verktøykassa i løpet av 2023.

Kompetanse om rusmiddelbruk og psykisk helse

Eldre menneske har lågare toleranse for alkohol og rusmiddel, jf. kapittel 2. I nasjonal fagleg retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblem og avhengnad tilrår Helsedirektoratet alderstilpassa utgreiing, tilrettelagde tiltak og spesifikk kompetanse for eldre med rusmiddelproblem. Opplæringsprogrammet *Eldreomsorgens ABC* tematiserer rus i eldre år og legg til rette for at tilsette i dei kommunale helse- og omsorgstenestene kan drøfte haldningar til rusmiddelbruk hos eldre, ha kunnskap om risikofull bruk av rusmiddel hos eldre og samtidig bevisstgjere og motivere tenestemottakarar til å ta førebyggjande og helsefremmande val. Dette tiltaket inngår i *Kompetanseløft 2025*. Regjeringa vil legge fram ei melding til Stortinget om ei førebyggjings- og behandlingsreform for rusfeltet. Meldinga vil omfatte rusproblematikk i heile befolkninga, også blant eldre.

Dei fleste eldre er tilfredse med livet, og dei yngste av dei eldre er meir tilfredse enn yngre aldersgrupper. Men frå 75–80-årsalderen går livskvaliteten ned, og førekomsten av depressive plager og einsemd aukar.⁵ Vi har minst kunnskap om livskvalitet og psykisk helse blant dei eldste over 80 år. Dette kan komme av at nasjonale målingar av livskvalitet er internettbaserte. I tillegg fell alle personar som bur på institusjon, utanfor målgruppa, slik at det er avgrensa med informasjon om dei sjukaste og om bebuarar på sjukeheimar. Regjeringa vil derfor som del av både Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga* og Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplanen for psykisk helse* kartlegge den psykiske helsa og livskvaliteten blant eldre. Vidare har Helsedirektoratet utarbeidd nasjonale faglege råd om psykiske lidningar hos eldre.

Fleire og fleire får kontakt med heime-tenestene framover. Det er behov for å auke kompetansen om oppfølging av psykiske plager og lidningar hos eldre i dei kommunale helse- og omsorgstenestene, og spesielt i heime-tenestene. Fleire studiar viser at førekomsten av psykiske plager og lidningar er høgare blant unge vaksne enn blant eldre, men at symptoma aukar noko i eldre år, og særleg blant dei aller eldste. Rapporten frå Sintef om status innan kommunalt psykisk

Boks 5.4 FACT eldre

Hausten 2018 blei Noregs første FACT-team for eldre oppretta. Målgruppa er personar som er 65 år og eldre, og som har ei psykisk lidning og alvorleg svikt i funksjonsnivå. Mange av brukarane har også alvorlege somatiske sjukdommar og kognitiv svikt og bruker rusmiddel. Desse brukarane har behov for samordna hjelp og oppfølging. Derfor har teamet eigen nevropsykolog, og det har etablert tett samarbeid med geriatar.

Teamet er etablert som eit samarbeid mellom Diakonhjemmet sjukehus og bydelane Vestre Aker, Ullern og Frogner. Erfaringar viser at det er heilt essensielt at begge nivåa jobbar med brukaren samtidig og i fellesskap. Teamet klarer å få levert helsetenester i dei vande omgivnadene til personen. Brukarane som tar imot tenester frå FACT-teamet, maktar å bu lengre i eigen bustad, og dei blir heller ikkje lagde inn på sjukehus så ofte. Teamet fungerer som brubyggar til andre tenester og aktivitetar og hjelper brukarane med å bygge sosiale nettverk.

helse- og rusarbeid for 2022 viser at kommunane i landet i lita grad er førebudde på å møte dei aukande behova knytte til eldre innan psykisk helse- og rusarbeid.⁶ Vidare viser analysar frå dei regionale helseføretaka at det er behov for auka kapasitet for behandling av eldre.

Regjeringa har nyleg lagt fram Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse* som omfattar heile befolkninga, også eldre.

Samisk språk og kunnskap

Samane har rettar som er regulerte i norsk lov og i internasjonale konvensjonar. Den samiske befolkninga bruker helse- og omsorgstenestene i like stor grad som majoritetsbefolkninga, men er mindre tilfreds med hjelpetilbodet. Det er lite som tyder på at det er forskjellar mellom den samiske befolkninga og majoritetsbefolkninga når det gjeld helsetilstand og førekomst av sjukdom, men ein del litteratur fokuserer på at samar har ei anna forståing av helse, sjukdom og behandling enn

⁵ Hansen og Slagvold (2011).

⁶ Ose og Kaspersen (2022).

majoritetsbefolkninga.⁷ Individuell tilrettelegging og lokal forankring av tiltak er viktig.⁸

Samiske tenestemottakarar har behov for å bli møtte av ei teneste som har kompetanse på samisk språk og kultur. Spesielt eldre samiske pasientar kan ha vanskar med å uttrykke seg på majoritetsspråket, det gjeld ikkje minst personar med demens. For å styrke kvaliteten i helse- og omsorgstenestene til brukarar med samisk språk og kulturbakgrunn er det etablert ei eiga tilskotsordning til kompetansehevande tiltak i omsorgstenestene til samiske brukarar. Formålet med ordninga er å styrke kvaliteten i helse- og omsorgstenestene til brukarar med samisk språk og kulturbakgrunn gjennom fagutvikling og kompetanseheving. Tiltaka skal rettast mot område som omfattar innbyggjarar med både sør-, nord- og lulesamisk språk og kultur.

Det er eit mål at samiske personar skal få informasjon på sitt eige språk. I blant anna *Demensomsorgens ABC* er det utarbeidd informasjonsmateriell retta mot den samiske befolkninga. Regjeringa vil føre vidare arbeidet med informasjon og kunnskapsformidling, og det er eit mål å heve kompetansen blant tilsette i helse- og omsorgstenesta i møte med personar med samisk bakgrunn som utviklar demens.

Velferdsteknologi

Digitale løysingar og auka bruk av teknologi, som digital heimeoppfølging, endrar måten helsefaglege oppgåver blir utførte på. Bruk av teknologi

Boks 5.5 Sårbehandling heime via video

Digital sårteneste er eit samarbeid mellom Vestre Viken HF og tilknytte kommunar. Kongsberg kommune har vore først ut i testfasen. I prosjektet besøker sjukepleiarar i kommunen pasienten i heimen og får rettleiing frå lege ved sårpoliklinikken ved Kongsberg sjukehus via video. Dermed slepp pasienten belastninga med å reise til legekontor eller klinikk. Prosjektet har gode erfaringar, med fornøgd pasientar.

Kjelde: Vestre Viken HF

kan bidra til meir effektiv bruk av personell, samtidig som det gir betre tenester til brukarane. Då trengst det samtidig meir digital kompetanse hos helsepersonell. Helsepersonell må kunne forstå og bruke dei teknologiske hjelpemidla, og det er behov for kulturendring og tilpassing i helse- og omsorgssektoren. Det dreier seg både om kompetanse blant leiarar i å integrere, implementere og støtte endringar i arbeidsoppgåver for personellet, om å utvikle ein kultur i tenestene for fleksibilitet og utvikling og om vilje og evne til å ta innovative løysingar i bruk.

Gjennom *Nasjonalt velferdsteknologiprogram* rapporterer kommunane at manglande kompetanse er ei utfordring for innføring av ny teknologi. Ei utfordring er blant anna kompetanse hos personellet i bruk av teknologi og nye måtar å utøve profesjonen sin på. Helsepersonellkommissjonen peiker blant anna på behovet for digital kompetanse i dei helsefaglege utdanningane og på at det må bli lagt til rette for opplæring av personellet. Sjå kapittel 6.3.2 for nærare omtale av velferdsteknologi.

Pårørandesamarbeid blant helsepersonell

For å sikre betre samarbeid mellom helse- og omsorgstenestene og pårørande tilrår Kvinnehelseutvalet at det blir satsa på å auke kompetansen blant helsepersonell om pårørande og pårørandesamarbeid.⁹ I tråd med den nasjonale pårøranderettleiaren skal behovet for kompetanseheving bli kartlagt regelmessig, og det skal sikrast nøkkelpersonell som har djupnekunnskap om pårørandeinvolvering. Regjeringa vil gå gjennom innretninga på tiltaka i strategien *Vi – de pårørende* før planperioden går ut, og greie ut behovet for nye tiltak, jf. kapittel 6.4.

Etikk

Regjeringa har vidareført og løyvd midlar til etikk-satsinga i KS i 2023. Satsinga hjelper kommunane med nyttige verktøy for etisk refleksjon og praksisnær oppfølging. Tiltaket bidrar til systematisk kompetanseheving knytt til etisk refleksjon i tenestene. Etisk refleksjon kan styrke dei tilsette si evne til å stå i etisk krevjande situasjonar og samtalar med brukarar, pasientar og pårørande, til dømes knytte til lindrande behandling og omsorg ved slutten av livet, vald og overgrep, tvangsgrensing og prioriteringar. Det blir delt ut ein eigen etikkpris i regi av satsinga. KS og Senter for

⁷ Krane (2021).

⁸ Blix (2016).

⁹ NOU 2023: 5.

medisinsk etikk har etablert eit formalisert samarbeid om etikksatsinga, slik at dei samla ressursane blir utnytta til det beste for kommunane.

Regjeringa har også vidareført og løyvd midlar til Senter for medisinsk etikk i 2023. Senteret jobbar med medisinsk og helsefagleg etikk gjennom forskning, undervisning og formidling. Senteret skal blant anna bidra til å auke kunnskapsgrunnlaget for avgjerder og prioriteringar i helse- og omsorgstenesta og bidra til å styrke medverknad i tenestene. Senteret skal også koordinere og kvalitetssikre kliniske etikkomitear i helseføretaka og hjelpe kommunar som ønsker å etablere kliniske etikkomitear.

Mangfald og openheit

Målet til regjeringa er at alle eldre, uavhengig av kjønn, seksuell orientering, etnisk og kulturell tilhøyrse og sosial status, skal kunne ta i bruk ressursane sine og bli møtte ut frå egne behov og føresetnader. Utgangspunktet er at kvar enkelt brukar skal få vurdert behovet sitt for nødvendige tenester, og at tenestene skal finne fram til løysingar som er tilpassa dette behovet. Helse- og omsorgstenester til eldre må bli tilpassa det mangfaldet som bakgrunnen, erfaringane, ressursane og behova til innbyggerane representerer.

Eldre skeive blir gamle i eit samfunn med for lite kunnskap om livsløpserfaringane og aldringsvilkåra til skeive. Ofte har dei også møtt negative haldningar gjennom eit heilt liv og har erfaringar som gjer at det er vanskeleg å skulle «komme ut» som skeiv på nytt i møte med helse- og omsorgstenestene.

Kulturelle og sosiale faktorar er med på å påverke helseåtferd og i kva grad brukarane ønsker, evnar og har moglegheit til å oppsøke helse- og omsorgstenestene. Eldre innvandrarar har ikkje nødvendigvis same behov og preferansar for helse- og omsorgstenester som majoritetsbefolkninga, og mykje tyder på at det er eit stort behov for å tilpasse tenestene til ei samansett og heterogen befolkning for å sikre eit likeverdige tilbod til alle.¹⁰

Ei inkluderande eldreomsorg må baserast på at samfunnet er mangfaldig, og at tenestene skal tilpassast kvar enkelt brukar og pårørande. Det krevst også openheit og kunnskap om at forventningar og normer som har utgangspunktet sitt i majoritetsbefolkninga, ikkje kan vere grunnlag for å realisere målet om ei helse- og omsorgsteneste som er til for alle.

5.3 Omstilling og organisering

Regjeringa vil i tråd med Hurdalsplattforma stimulere til tiltak som bidrar til nye måtar å jobbe på som gir god hjelp, behandling og omsorg til befolkninga i heile landet.

For å sikre ei berekraftig helse- og omsorgsteneste med god kvalitet i framtida er det nødvendig med ei sterkare vektlegging av førebygging og helsefremmande arbeid. Gjennom det kan vi støtte opp under og utløyse dei ressursane som ligg hos brukarane sjølve, hos familien og det sosiale nettverket deira og i nærmiljøet. Gode relasjonar og kjennskap til brukaren er avgjerande for å kunne førebygge riktig og kjenne igjen endringar i helsetilstanden. Sentrale stikkord for å lykkast er betre oppgåvedeling, bruk av nye metodar og verktøy, nye samarbeid, auka bruk av teknologi.

Regjeringa vil

- greie ut modellar for faste team i heimetenesta
- stimulere til utvikling av ei fleirfagleg fastlege-teneste
- utvide *Tørn*-prosjektet i KS til eit program for heile helse- og omsorgstenesta

Boks 5.6 Skeive perspektiv på eldreomsorg

Skeiv kunnskap er kompetansehevingsprogrammet til FRI Oslo og Viken om normer og kjønns- og seksualitetsmangfald. Programmet har utvikla eit nettbasert kurs i normer, kjønn og seksualitet for leiarar og tilsette. Hovudformålet er å skape refleksjon om normer og auke kompetansen om kjønn og seksualitet – og om korleis vi møter tenestemottakarar, brukarar og kvarandre som kollegaer.

Skeiv kunnskap har samarbeidd med Sykehjemsetaten i Oslo og Helseetaten ved Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjeneste om blant anna seminar om personsentrert eldreomsorg og skeive perspektiv i samarbeid. Skeiv kunnskap har også utvikla sertifiseringsordninga Regnbuefyrtårn for arbeidsplassar som har gjennomført kompetanseheving i kjønns- og seksualitetsmangfald, og sett i gang endringsprosessar for å fremme likeverdige tenester og trygt arbeidsmiljø.

¹⁰ Folkehelseinstituttet (2022b).

- bidra til å auke merksemda rundt behovet for klinisk observasjonskompetanse i dei kommunale helse- og omsorgstenestene
- gi Helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide rettleiingsmateriale for gode vedtaksprosessar
- kartlegge bruken av og erfaringane med tildelingskontor

5.3.1 Betre oppgåvedeling

For å legge til rette for gode og trygge tenester og best mogleg bruk av tilgjengeleg personell er det viktig at tenestene driv tenesteutvikling og prøver ut nye måtar å jobbe på. Dette kan blant anna handle om nye måtar å samarbeide på, om delte stillingar og om retten til heiltidsjobb.

Som Helsepersonellkommissjonen har peikt på, er det eit stort potensial i betre oppgåvedeling og effektiv organisering. Korleis oppgåver blir fordelte, påverkar kva kompetanse og kva personellgrupper som blir etterspurde. Betre oppgåvedeling blir dessutan ofte peikt på som ein avgjerande faktor for både god samhandling og ei berekraftig bemanning av helse- og omsorgstenestene. Mange som jobbar i helse- og omsorgstenestene, opplever at dei ikkje får brukt kompetansen sin rett.

Det bør vere eit grunnleggjande prinsipp at betre oppgåvedeling blir gjord med utgangspunkt i fagarbeidarkompetanse, men med fordeling av personell slik at forsvarlegkravet blir varetatt.

For at betre oppgåvedeling mellom personell i helse- og omsorgstenestene skal gi ønskt effekt, er det ein føresetnad at arbeidet er forankra i leiinga. Dernest må ein ha ei strukturert og metodisk tilnærming til arbeidet med endra oppgåvedeling. Måten ansvar og oppgåver blir fordelte og/eller omfordelte på, må vere basert på strategisk kompetansekartlegging og kompetanseplanlegging.

Auka føreseielegheit og fagleg breidde

Regjeringa ønsker i tråd med Hurdalsplattforma ei dreining mot faste team og meir kontinuitet og føreseielegheit overfor kvar enkelt brukar. Dette bidrar til god kjennskap til brukaren og gode relasjonar over tid og har mykje å seie for kvaliteten på tenesta. Det kan vere spesielt problematisk for personar med demens å skulle forhalde seg til stadig nye tenesteytarar. Regjeringa vil greie ut modellar for faste team i heimetenesta. Regjeringa vil rette innsatsen mot heimetenesta, og ei dreining mot faste team er sentrale tiltak i den nye heimetenesta, jf. boks 6.5 i kapittel 6.

Det er eit mål at innsatsen i større grad skal bli retta mot helsefremmande tiltak og førebygging, før behovet for tenester oppstår. Dette kan handle om å bli motivert til å trene, eller at ein får bistand til å vurdere om bustaden er utforma på ein aldersvennleg måte. Her vil fysioterapeutar og ergoterapeutar spele ei sentral rolle ved å bidra til å utløyse ressursane hos den enkelte og dermed kunne redusere eller utsette behovet for helse- og omsorgstenester. Regjeringa vil oppmode helse- og omsorgstenestene til meir fleirfagleg samarbeid, jf. kapittel 6.2, og meir helsefremmande arbeid gjennom tiltak som førebyggjande heimebesøk.

For at fleire skal kunne bu trygt heime og få tenester der, må tenestene vere koordinerte og trekke inn rett kompetanse. Behovet for ny kompetanse og nye samarbeidsformer er løfta fram som ei av fem hovudutfordringar i innspelsprosessen til reforma.¹¹ Behovet for fleirfagleg samarbeid er også framheva av Helsepersonellkommissjonen.¹² Å ta i bruk større breidde i kompetansen i tenestene, som i heimetenestene, kan bidra til betre samordning og oppfølging av den enkelte, og dessutan betre arbeidsdeling og betre bruk av dei samla ressursane. Betre samarbeid med til dømes frivillige vil også bidra til auka breidde. Dette kan bli gjort gjennom å trekke inn frivillige som «matvertar», «spisevennar» eller «besøksvennar», og på den måten bidra til betre matopplevingar og motverke einsemd.

Fleirfagleg fastlegeteneste

For å skape større breidde i tilbodet og som oppfølging av primærhelsetenestemeldinga blei det sett i gang eit forsøk med primærhelseteam (PHT) ved fastlegekontor. Pilotprosjektet blei starta i 2018 med 17 fastlegepraksisar med til saman 110 fastlegar i 9 kommunar. Det var blant anna sett som mål å betre tenestene til brukarar med store og samansette behov. Primærhelseteamforsøket har blitt følgevaluert sidan oppstarten. Evalueringa frå 2023 viser at pasientane opplever ei meir tilgjengeleg fastlegeteneste, større grad av tryggleik og meir regelmessigheit i oppfølginga og kjenner seg betre varetatt. Omtrent halvparten svarer at dei i stor eller svært stor grad opplever betre livskvalitet, betre helse eller meir stabil helse med primærhelseteam. Pasientane får betre oppfølging i form av konsultasjonar, årskontrollar og heimebesøk.

¹¹ Comte Bureau (2022).

¹² NOU 2023: 4.

Boks 5.7 Prosjekt HELTOM

Bergen kommune har prøvd ut tverrfaglege team i heimebaserte tenester gjennom prosjektet *HELTOM*. Prosjektet har hatt som mål å gi gode tenester til brukarane og avgrense talet på tilsette som brukarane må forhalde seg til. I tillegg har formålet vore å bruke kompetansen til medarbeidarane målretta. Sjukepleiarar jobbar i helsetenesteteteam og helsefagarbeidarar og assistentar jobbar i eigne omsorgsteam. Dette medfører at sjukepleiarane får bruke kompetansen sin meir målretta, og helsefagarbeidarane får jobbe meir sjølvstendig. *HELTOM* skal no bli innført i fleire bydelar og vidareutvikla.

Kjelde: Bergen kommune

Erfaringane frå primærhelseteam og fleirfaglegheit på legekontor blir tatt med vidare i arbeidet med utviklinga av allmennlegetenesta. Teamarbeid og fleirfaglegheit vil også bli behandla i Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Hausten 2018 blei det også sett i gang ein pilot for tverrfagleg strukturert oppfølgingsteam. Formålet med piloten er å styrke den strukturerte og tverrfaglege oppfølginga av brukarar/pasientar med store og samansette behov og dermed fremme meistring og funksjon. Mange eldre vil falle inn under målgruppa for denne piloten. Formålet er også å førebygge og/eller utsette behovet for både kommunale helse- og omsorgstenester og spesialisthelsetenester, blant anna ved å legge til rette for at eldre kan halde oppe funksjonsnivået sitt i heimen. Forsøket er eit nasjonalt utviklingsarbeid som skal hauste erfaringar frå pilotkommunane og dokumentere resultat som kan ha nasjonal overføringsverdi. Piloten er vidareført fram til og med 2023 med fire kommunar, og i evalueringa etterpå vil ein kunne hauste nyttige erfaringar frå denne piloten.

Basert på erfaringane frå dei tverrfaglege oppfølgingsteama og primærhelseteama og som oppfølging av rapporten frå ekspertutvalet for gjennomgang av allmennlegetenesta vil regjeringa vurdere korleis ein best kan stimulere til utvikling av ei fleirfagleg fastlegeteneste.

Effektiv organisering og betre oppgåvedeling

I *Tørn* gjer ein forsøk med nye arbeids- og organisasjonsformer i omsorgstenesta. Formålet med prosjektet er å bidra til omlegging av arbeidsformer og organisering av arbeidet for å auke kontinuiteten i tenestene, gi brukarane og dei tilsette større føreseielegheit og tryggleik og bidra til tenester som er tilpassa kvardagen til brukarane. Det kan dreie seg om å prøve ut alternative turnusordningar som blant anna bidrar til fleire heiltidsstillingar, utvikle verktøy som optimaliserer arbeidslister og oppgåvefordeling, eller utvikle andre arbeids- og organisasjonsformer for å sikre meir føreseielegheit i tenestetilbodet til den enkelte. KS har ansvaret for både modellutprøvinga og spreininga av erfaringar og kunnskap til kommunane. Det kan vere aktuelt med eit eige løft for fagarbeidarar i helse- og omsorgstenesta.

Regjeringa vil utvide *Tørn*-prosjektet i KS til å gjelde for heile helse- og omsorgstenesta. Ei utviding av *Tørn* er også foreslått av Helsepersonellkommissjonen.

5.3.2 Tidleg innsats og tiltak mot funksjonsfall

Dersom ein jobbar helsefremmande og førebyggjande, vil fleire bli sette i stand til å klare seg sjølve og på den måten oppleve meistring, verdigheit og auka livskvalitet. Tidleg innsats som bidrar til at rett tiltak blir sett inn til rett tid, støttar opp under dette. Men for å lykkast må ein ha kompetanse eller verktøy for å fange opp endringar i helsetilstanden og vere spesielt merksam på endringar knytte til ernæring, fysisk funksjon, kognisjon, hygiene og så vidare. Tiltak mot funksjonsfall må bli sett i samanheng med andre kompetansehevande tiltak.

Klinisk observasjonskompetanse

Regjeringa meiner det er viktig med eit systematisk arbeid for å auke den kliniske observasjonskompetansen i dei kommunale helse- og omsorgstenestene. Klinisk observasjonskompetanse er viktig for å kunne avdekke sjukdom og funksjonstap, og for å kunne sette i gang dei rette tiltaka til rett tid. Symptom hos eldre kan vere diffuse og atypiske og dermed vanskelege å avdekke. Målet med auka klinisk observasjonskompetanse er å auke pasienttryggleiken i dei kommunale helse- og omsorgstenestene og bidra til trygge og gode

tenester. Det kan bidra til at eldre kan bu heime lenger, i tråd med måla i Bu trygt heime-reforma.

Utviklingssentrene for sykehjem og hjemme-tjenester jobbar med tiltak som til dømes *proACT*-verktøy og *KlinObsKommune*. Dette er godt utprøvde tiltak som har vist svært gode effektar. Helse- og omsorgsdepartementet tilrår bruk av desse tiltaka. Regjeringa vil bidra til å auke merksemda rundt behovet for klinisk observasjonskompetanse i dei kommunale helse- og omsorgstenestene. Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester kan hjelpe kommunane med utdanning av instruktørar, drift av instruktørnettverk, planlegging og gjennomføring av lokale kurs og så vidare.

Ernæringskompetanse

Helsepersonellkommissjonen er tydeleg på at vi må tenke nytt om oppgåvedeling, og bruke personell på andre måtar enn før. Dette gjeld også innan mat og ernæring. Det er behov for meir kompetanse om mat og ernæring i dei kommunale helse- og omsorgstenestene som ein føresetnad for å kunne utføre eit meir systematisk ernæringsarbeid i tenestene. Tiltak innan ernæring blir omtalte samla i kapittel 6.

Fallførebygging

Fallskadar blant eldre er ei stor folkehelseutfordring. Fallskadar som hoftebrot forverrar helsetilstanden og eigenmeistringa til den enkelte. Det er eit stort potensial for å førebygge fall, både i eigen heim og i nærmiljøet.

Helse- og omsorgsdepartementet skal i løpet av 2023 lansere eigne nasjonale faglege råd for helse- og omsorgstenesta for å førebygge fall, både blant heimebuande over 65 år, i sjukeheimar og i sjukehus. Råda omfattar identifisering av eldre med risiko

for fall og kartlegging av risikofaktorar for fall, og dessutan handtering og tiltak. Målgruppa er leiarar og helsepersonell i kommunehelsetenesta og helseføretak. Politikken til regjeringa knytt til førebygging av fall i nærmiljøet er omtalt i Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga*. Regjeringa vil jobbe vidare med ein nullvisjon for fallulykker, både i uteområde og i eigen heim. Gjennom nullvisjonen kan vi få meir systematisk oversikt over årsaker og utfordringar, som gir betre grunnlag for å sette i verk førebyggjande tiltak. Det trengst ei nærare utgreiing av korleis ein skal organisere, lære av og evaluere fallførebyggjande innsats i nærmiljøet og i heimen. Fallførebygging vil også bli omtala i Nasjonal helse og samhandlingsplan.

Mange av dei sentrale tiltaka for førebygging av fall er tiltak som er beskrivne i kapittel 3 og 4, som fysisk aktivitet, universell utforming og tilpassing av bustad og så vidare. Arbeidet med fallførebygging i helse- og omsorgstenestene inngår i det ordinære arbeidet til tenestene, som blant anna førebyggjande heimebesøk, legemiddeloppfølging og ernæringsoppfølging, som er nærare beskrive under og i kapittel 6.

Rett legemiddelbruk

Betre kvalitet i legemiddelbruk og -handtering vil gi færre legemiddelrelaterte skadar, betre helse og auka livskvalitet. Storleiken på effekten er vanskeleg å talfeste, men er truleg betydeleg, spesielt for eldre pasientar og pasientar som bruker fleire legemiddel. Legemiddelrelaterte skadar kan oppstå i alle delar av eit pasientforløp og i alle ledd av prosessen, frå legen ordinerer og rekvirerer behandlinga, fram til pasienten har tatt legemiddelet. For å betre kvaliteten i legemiddelbehandlinga vil det derfor vere behov for ulike tiltak retta mot både helsepersonell og pasientar.

Ein føresetnad for å kunne gi best mogleg helsehjelp og redusere risikoen for legemiddelrelaterte skadar er at relevante og nødvendige opplysningar om sjukdomshistorie og legemiddelbruk følger pasienten gjennom heile pasientforløpet. Digitale løysingar skal støtte opp under heilskapleg samhandling mellom helsepersonell og styrke moglegheita pasientar og innbyggjarar har til å ta aktivt del i eige behandlingssopplegg. Det er behov for å vidareutvikle dagens nasjonale e-helseløysingar og etablere nye tenester og ny funksjonalitet.

Ei felles legemiddeloversikt er høgt prioritert av aktørane i helse- og omsorgstenesta. Det er forventning at ei slik oversikt vil gi auka effektivitet og betre pasienttryggleik og dermed realisere nytte

Boks 5.8 FALLPREVENT – eit prosjekt om fallførebygging

Prosjektet *Implementering av kunnskapsbasert fallførebyggjande program i helsetjenesten: kvalitet, kompetanse og effekt/effektivitet (FALLPREVENT)* får støtte av Forskningsrådet og er ferdig i 2026. Hovudmålet i *FALLPREVENT* er å utvikle og evaluere innovative forskingsbaserte intervensjonar innan førebygging av fall saman med ulike brukargrupper for å implementere forskingsbasert kunnskap.

for både spesialisthelsetenesta, den kommunale helse- og omsorgstenesta, pasientar og innbyggjarar. Regjeringa vil legge opp til ei trinnvis utvikling av legemiddellista til pasienten, som gradvis vil gi helsepersonell på tvers av helse- og omsorgstenesta ei samla oversikt over alle legemidla pasienten bruker. Pasientar og pårørende vil få innsyn i legemiddellista gjennom helsenorge.no. Bruk av velferdsteknologi og andre digitale løysingar vil også kunne betre kvaliteten i legemiddelbehandlninga, til dømes ved bruk av teknologi som sikrar at rett legemiddel blir tatt til rett tid. Erfaringar frå *Nasjonalt velferdsteknologiprogram* viser at der elektronisk medisineringsstøtte gjer brukaren uavhengig av besøk frå heimesjukepleia for å ta medisinarane sine, opplever brukaren auka eigenmeistring og betre livskvalitet. I tillegg viser erfaringar færre medisineringsavvik. Digitalisering i helse- og omsorgstenesta vil vere eit sentralt tema i Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Regjeringa er opptatt av å styrke det nasjonale arbeidet med pasienttryggleik og kvalitet for å redusere omfanget av pasientskadar, inkludert feilmedisinering og feil som skjer i samband med legemiddelhandtering. For å unngå skadelege biverknader eller interaksjonar er det viktig at legemiddelbruken hos eldre blir følgd nøye opp. Der er derfor innført krav om at sjukeheimar skal ha regelmessig legemiddelgjennomgang av bebuarar (ved innkomst og minst ein gong i året), der det blant anna skal bli vurdert om det er legemiddel pasienten ikkje treng, og dermed kan slutte å ta. Det er også eit tilsvarende krav for fastlegar om å gjennomføre legemiddelgjennomgangar for pasientar som bruker fire legemiddel eller meir, når dette blir rekna som nødvendig ut frå ei medisinsk vurdering.

Systematisk arbeid med kvalitetsforbetring og pasienttryggleik, blant anna på legemiddelområdet, skal inngå i Nasjonal helse- og samhandlingsplan som blir lagd fram før nyttår.

Gode og tilpassa tenester gjennom individuelle vedtak

Som det går fram av kapittel 2, er det mange som opplever å bli tildelte tenester utan at kommunen har vore i kontakt med dei før vedtaket blei fatta. Tenestetilbodet til kommunen innan helse og omsorg skal dekke eit bistandsbehov basert på ei individuell vurdering av funksjonsevna til brukaren, og som er tilpassa behovet til den enkelte for tenester. Formålet med kriterium for tildeling av tenester er først og fremst å sikre søkarane ei heilskapleg, tverrfagleg og likeverdig vurdering.

Boks 5.9 Vurderingsteam

Bergen kommune har som ein del av arbeidet sitt med ei tillits- og faglegheitsreform innført vurderingsteam. Vurderingsteamet kartlegg nye personar som søker om tenester. Teamet gir helsetenester til brukarane i inntil fire veker, samtidig som det kartlegg og vurderer behovet hos den som har søkt om tenester. Når teamet er ferdig med vurderinga, gjer ein vedtak om tildeling av konkrete tenester, og ansvaret for brukarane blir overført til tenesteleverandørane som har ansvaret for tenestene dei treng. Brukarane har vore svært fornøgde, og mange blir sjølvhjelpete i løpet av tida vurderingsteamet følger dei opp.

Kjelde: Bergen kommune

Målet er at det blir fatta vedtak om tenester som bidrar til å vareta og utvikle evna til den enkelte til å meistre utfordringane i dagleglivet både i og utanfor heimen.

God saksbehandling skal vareta ei rekke omsyn, som at behova til pasienten/brukaren blir tilstrekkeleg grundig greidd ut og kartlagde, og at pasienten/brukaren skal bli gitt moglegheit for medverknad. Vidare skal rettstryggleiken bli vareteke saman med grunnleggjande personvernomsyn. Desse omsyna må bli balanserte mot omsynet til ei effektiv forvaltning og rett bruk av offentlege ressursar.

Eit viktig prinsipp for all tildeling av tenester vil vere LEON-prinsippet om at mindre ressurskrevjande tenester skal vere vurderte og om mogleg også freista, før kostnads-krevjande tenester blir innvilga. LEON står for Lågaste Effektive OmsorgsNivå. LEON-prinsippet går ut på at tenestetilbodet blir gitt på eit lågast mogleg omsorgsnivå, med fokus på brukaren sine egne ressursar. Målet er at innbyggjarane skal halde oppe størst mogleg grad av eigenmeistring og livskvalitet. Ein eventuell reduksjon i funksjonsnivået skal bli førebyggt og motverka ved først å sette inn tiltak som fremmer eigenmeistring.

Gode vedtak krev gode arbeidsprosessar, beskrivingar og vurderingskriterium for ulike tenester og at brukarar og pårørende deltar og medverkar. Helsedirektoratet vil som ein del av Bu trygt heime-reforma få i oppdrag å utarbeide rettleiingsmateriale for gode vedtaksprosessar

som tar vare på behovet for gode vurderingskriterium og medverknad.

Ei rekke kommunar har oppretta tildelingskontor eller liknande for å vurdere søknadar om tenester, med mål om likebehandling, betre koordinering og å ha éin inngang for førespurnadar frå både innbyggjarar, sjukehus, fastlegar og så vidare. I evalueringa av tillitsmodellen i heime-tenesta i Oslo kjem det fram at nærleiken mellom dei som forvaltar og tildeler tenester, og dei som utøver tenestene, bidrar til betre brukarorientering og tilpassing av tenestene. Samtidig blir det påpeikt at splitting av saksbehandlarar i mindre, geografiske team gir ein viss risiko for at fagmiljø forvitrar, og kan gå på kostnad av likebehandling av brukarar. I evalueringa blir det anbefalt å etablere standardar for tildeling av tenester, som sikrar likebehandling innanfor dei økonomiske rammene ein har til rådighet.¹³ Tildeling av tenester må også sikre at den einskildes individuelle behov blir teke vare på. Det er behov for meir kunnskap om erfaringane med tildelingskontor og liknande funksjonar. Helsedirektoratet vil få i oppdrag å kartlegge bruken av og erfaringane med tildelingskontor.

5.4 Kvalitet og leiing

For å legge til rette for at fleire eldre kan bli buande heime lenger, er det nødvendig med god leiing og planlegging og systematisk arbeid med kvalitetsforbetring og pasient- og brukartryggleik. Dette handlar om å bidra til at leiarar har nødvendig formell leiarkompetanse, at dei har gode verktøy og handlingsrom til å vareta oppgåvene sine og ansvaret sitt, og til at kommunar og verksemdar driv strategisk kompetanseplanlegging. Det kan også handle om å gi leiarar og kommunar større grad av fridom med omsyn til korleis oppgåver blir løyst.

Ein viktig føresetnad for å lykkast med å kvalifisere, rekruttere og behalde personell i verksemdene er at kommunane prioriterer strategisk kompetanseplanlegging.

Forslaga her blir sett i samanheng med tiltaka knytte til kartlegging og planlegging i *Eldrebustadprogrammet*, jf. omtale i kapittel 4.2. Leiing er eit tema som også vil bli omtalt nærare i Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Regjeringa vil

- bidra til å styrke leiingskompetansen i den kommunale helse- og omsorgstenesta

- vidareføre satsinga på nasjonal leiarutdanning for primærhelsetenesta
- legge til rette for utvikling av ei kort nettbasert leiarutdanning for leiarar i kommunale helse- og omsorgstenester
- vidareutvikle og spreie gode modellar for tillitsbasert styring og leiing i den kommunale helse- og omsorgstenesta
- greie ut behovet for å utvikle fleire kvalitetsindikatorar og styrke kvaliteten på dei eksisterande indikatorane

5.4.1 Styrke leiingskompetanse

Utfordringsbiletet er komplekst, og skal vi lykkast med ei omstilling der vi i større grad vektlegg nye arbeidsmetodar, betre oppgåvedeling og nytenking, trengst kompetente leiarar. Det er ei kjensgjerning at leiartettleiken i den kommunale helse- og omsorgstenesta er låg, samtidig som den formelle leiarkompetansen er låg. I innspelsprosessen kom det fram at for mange leiarar går krava til dei administrative og økonomiske oppgåvene dei skal løyse, på kostnad av personalleiing, kvalitetsarbeid og utvikling av eigen leiarkompetanse.¹⁴

Målet om betre oppgåvedeling som er omtalt under kapittel 5.3, gjeld også for leiarar. Betre støttefunksjonar kan bidra til å frigjere tid for leiarar, slik at dei i større grad kan drive med leiing og kvalitets- og tenesteutvikling. Regjeringa vil auke leiarkompetansen, både om leiing og om dei tenestene dei skal leie. Det er heilt sentralt med god leiing for å klare å sjå behovet for tverrfagleg og tverrsektorielt samarbeid og at gode helse- og omsorgstenester heng saman med folkehelsearbeidet, planarbeidet, frivilligpolitikken lokalt og så vidare.

Leiarutdanning og verktøy for leiing

Leiarspennet (talet på medarbeidarar per leiar) i helse- og omsorgstenestene er svært høgt, samtidig som den formelle leiarkompetansen er låg. Tenesta er også prega av eit asynkront leiarskap, der folk sjeldan er på jobb samtidig, som gjer tenesta særskilt vanskeleg å leia. Det har store konsekvensar for arbeidsmiljøet, medrekna sjukefråvær og gjennomtrekk, bemanninga og kvaliteten på tenestene. For å bidra til betre leiing av kommunale helse- og omsorgstenester har ein etablert nasjonal leiarutdanning for primærhelsetenesta.

Nasjonal leiarutdanning for primærhelsetenesta er ei leiarutdanning tilpassa mellomleiarar

¹³ Agenda Kaupang (2022).

¹⁴ Comte Bureau AS (2022).

i den kommunale helse- og omsorgstenesta og den fylkeskommunale tannhelsetenesta, der ein vesentleg del jobbar i omsorgstenesta. Utdanninga svarer til 30 studiepoeng på mastergradsnivå og skal bidra til å styrke leiarane i å gjennomføre nødvendig omstilling og utvikling i tenestene framover. Utdanninga bidrar også til at leiarane handterer krysspress dei står i, på ein betre måte. Utdanninga blir tilbydd på tvers av yrkesgrupper og tenesteområde for å oppnå læring, kommunikasjon og samhandling. Regjeringa vil føre vidare satsinga på nasjonal leiarutdanning for primærhelsetenesta.

Helse- og omsorgsdepartementet vil legge til rette for utvikling av ei kort nettbasert leiarutdanning for leiarar i kommunale helse- og omsorgstenester, etter modell av ei nettbasert leiarutdanning for fastlegar. Leiarutdanninga bør bli forma ut slik at ho når flest mogleg leiarar, og kan bli gjennomført på ein fleksibel måte. Formålet er å bidra til at fleire leiarar kjem opp på eit litt høgare kompetansenivå. For å legge til rette for at leiarar i kommunale helse- og omsorgstenester lett kan få oversikt over ulike verktøy og kompetansetiltak for leiarar, vil Helsedirektoratet få i oppdrag å utvikle denne leiarutdanninga saman med relevante aktørar.

Vidareutvikle tillitsbasert styring og leiing i den kommunale helse- og omsorgstenesta

Regjeringa vil legge til rette for å vidareutvikle og spreie gode modellar for tillitsbasert styring og leiing, basert på erfaringar frå blant anna Oslo kommune. Formålet med ordninga er å bidra til implementering av gode modellar for tillitsbasert styring og leiing i den kommunale helse- og omsorgstenesta, særleg i distriktkommunar med rekrutteringsutfordringar. Samtidig handlar det om å gi leiarar og kommunar større grad av fri-dom med omsyn til korleis oppgåver skal løysast, og om å gi dei tilsette tid og tillit til å gi brukarane betre tenester.

Tiltaket vil bygge på evalueringa av tillitsmodellen i heimetenesta i Oslo og innhente nødvendig erfaringar frå dette pilotprosjektet og tilsvarende prosjekter.¹⁵ Fleire av tilrådingane frå evalueringa kan vere aktuelle å føre vidare til andre kommunar. Dette kan gi eit godt grunnlag for ei felles forståing og for å finne fram til gode modellar for tillitsbasert styring og leiing i den kommunale helse- og omsorgstenesta.

5.4.2 Kvalitetsforbetring og pasient- og brukartryggleik

Kunnskap og kompetanse om, og ikkje minst verktøy og system som legg til rette for, systematisk arbeid med kvalitetsforbetring og pasient- og brukartryggleik, bidrar til gode og trygge tenester. Kvalitetsforbetring er ein kontinuerleg prosess som handlar om å identifisere svikt og forbetningsområde, teste ut tiltak og justere til resultatet blir som ønskt, og sørge for at forbetringa held fram. Kvalitetsforbetring handlar om å forbetre helse- og omsorgstenesta, men også om å teste ut innovative og nytenkande idear. Forskrift om leiing- og kvalitetsforbetring tydeleggjer ansvaret til verksemdene for den lovfesta plikta til å jobbe systematisk med kvalitetsforbetring og pasient- og brukartryggleik. Dette er også ein føresetnad for å lykkast i arbeidet med til dømes betre medisinsk oppfølging, ernæring, rett legemiddelbruk og fallførebygging.

Trongare økonomiske rammer og aukande utfordringar med å rekruttere og behalde kompetent personell indikerer eit aukande behov for at tenesta må jobbe kunnskapsbasert og systematisk med kvalitetsforbetring og pasienttryggleik for å få best mogleg helse- og omsorgstenester ut av kvar krone. I tillegg kjem ei rask medisinsk og teknologisk utvikling som stiller nye krav til kompetanse, og skaper forventningar hos pasientar, brukarar og pårørande.

Det er kommunane som er ansvarlege for gode og trygge tenester. Å legge til rette for openheit om kvalitet og pasient- og brukartryggleik, medrekna resultata på kvalitetsindikatorar, og avdekke og førebygge risikoområde er viktig for både brukarane, pasientane, helse- og omsorgstenesta lokalt og nasjonale styresmakter. Det er viktig at brukarar og pasientar har informasjon om kvalitet og pasient- og brukartryggleik i helse- og omsorgstenesta lokalt i kommunen sin, og at den kommunale helse- og omsorgstenesta bruker resultata i forbetningsarbeidet sitt. Det er utvikla ei rekke kvalitetsindikatorar, men det er likevel behov for å vurdere om det bør bli utvikla fleire, og å styrke datakvaliteten på dei eksisterande, og dessutan sjå på korleis uttrekk av data kan bli gjort betre. Dette vil gi betre moglegheit for å måle kvalitet, gi pasientar, brukarar og pårørande innsyn i tenestetilbodet lokalt og styrke mogleheita til å følge opp resultat på både nasjonalt og lokalt nivå. Helsedirektoratet vil få i oppdrag å greie ut behovet for å utvikle fleire kvalitetsindikatorar og styrke kvaliteten på dei eksisterande.

¹⁵ Agenda Kaupang (2022).

Boks 5.10 SAFE-LEAD

Målet med *SAFE-LEAD* er å auke kompetansen innan kvalitet og tryggleik hos leiarar i sjukeheimar og heimetenesta. *SAFE-LEAD* skal utvikle, implementere og evaluere ein forskingsbasert leiarguide for sjukeheimar og heimetenesta. Utvalet består av fire sjukeheimar og fire heimetenester i Noreg. Spørjeskjema, intervju og observasjon blir nytta for å evaluere intervensjonen. Prosjektet vil også gjere ei samanlikning med ein tilsvarende studie av leiarverktøy i Nederland.

Riksrevisjonen peiker i undersøkinga si av tilgjengelegheit og kvalitet i eldreomsorga på at det manglar nødvendig kunnskap om kvaliteten i eldreomsorga.¹⁶ Regjeringa vil gjennom reforma bidra til å svare ut Riksrevisjonens anbefalingar blant anna gjennom arbeidet med kvalitetsindikatorar og auka openheit om kvalitet og pasient- og brukartryggleik. Auka kompetanse og etablering av rutinar for personsentrert omsorg, skal også bidra til betre ivaretaking av eldres behov, jf. kapittel 5.2. I tillegg er tenesteutvikling, gode vedtak og god leiing tiltak som skal bidrar til at fleire eldre får kvalitativt gode tenester, uavhengig av kor dei bur, jf. kapittel 5.3, 6.3 og 6.4.

Alvorlege hendingar der dødsfall eller omfattande skade på pasient er uventa i forhold til kva som kan sjåast på som pårekeleg risiko, skal i dag varslast frå verksemda Statens helsetilsyn (Helsetilsynet) og Statens granskingskommissjon for helse- og omsorgstenesta (Ukom). Det regjeringsoppnemnde utvalet som skulle gjere ein heilskapleg gjennomgang av varselordningane leverte rapporten sin i april 2023 og er nå på høyring til august 2023. Utvalet meiner det er behov for å gjere endringar i varselordningane og tilrår fleire tiltak som dei vurderer tydeleggjer og underbygger ansvaret til verksemdene.

Det heilskaplege og systematiske arbeidet med kvalitetsforbetring og pasient- og brukartryggleik, vil bli nærare omtalt i Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Læringsnettverk for gode pasientforløp

KS har sidan 2014 drive nasjonale læringsnettverk for *Gode pasientforløp* i tett samarbeid med Folkehelseinstituttet. Formålet med læringsnettverka er å støtte kommunane og helseføretaka i arbeidet med å betre overgangane i pasientforløpet og sikre behova til brukarane gjennom heilskaplege, trygge og koordinerte tenester. Gjennom læringsnettverka får kommunar og helseføretak råd og rettleiing om korleis dei kan arbeide systematisk med pasientforløp, og dokumentere effekten på brukarane. Evalueringsrapporten frå 2020 er tydeleg på at *Gode pasientforløp* har bidratt til drive fram eit nødvendig paradigmeskifte i retning av ei meir personsentrert helse- og omsorgsteneste. Prosjektet går ut 2023, og vidare oppfølging vil bli vurdert nærare.

5.5 Forsking og kunnskapsbasert praksis

Regjeringa ønsker å styrke grunnlaget for kunnskapsbaserte helse- og omsorgstenester og stimulere til innovasjon og næringsutvikling. Ein føresetnad for at fleire skal kunne bu heime lenger, er at dei tilsette har høve til å ta i bruk ny kunnskap og innovasjonar på arbeidsplassen. Helse er eit av dei største tematiske forskingsområda i Noreg og det nest største utdanningsområdet, målt i talet på studentar. Noreg har ei veksande helsenæring og store forskings- og fagmiljø innanfor blant anna nevrovitenskap, kreft og livsvitenskap. Helseføretaka har forskning som ei av dei fire lovpålagde oppgåvene sine og har dei siste tjue åra hatt ei stor utvikling i forskingsaktiviteten sin. Det er eit mål å få meir forskning i og på dei kommunale og fylkeskommunale tenestene og på forhold som påverkar folkehelsa.

Regjeringa vil

- støtte utviklinga av kunnskaps- og forskingsystem i dei kommunale helse- og omsorgstenestene
- legge til rette for auka utvikling og implementering av forskingsresultat i helse- og omsorgstenesta
- legge til rette for meir og betre organisert samarbeid om forskning som er relevant for kunnskapsbehovet til kommunane

5.5.1 Kunnskaps- og forskingsystem

Endringar i samfunnet gjer at vi må levere tenester på andre måtar enn i dag. Gode kunn-

¹⁶ Riksrevisjonen (2018b).

skaps- og forskingssystem er viktige føresetnader i møte med morgondagens utfordringar. Endringar i organisering og oppgåvedeling føreset at helse- og sosialpersonell har høve til å delta i utviklings- og innovasjonsarbeid i samarbeid med forskingsmiljø, næringsliv og brukar- og pasientorganisasjonar for blant anna å kunne utvikle og ta i bruk arbeidssparande innovasjonar. Det føreset også at fleire disiplinær blir involverte, frå helsevitskaplege fag til humaniora, teknologiske fag, og samfunnsvitskap. Det bør bli lagt til rette for lokal tilpassing og effektevaluering ved implementering og spreieing av nye innovasjonar, gjennom systematisk bruk av helsedata og helse-teneste- og implementeringsforskning.

Nasjonalt kompetansenettverk for behovsdriven innovasjon, InnoMed, skal bidra til berekraftige helsetenester gjennom nyskaping og spreieing av kunnskap i heile landet. Nettverket skal blant anna bidra til koordinerte og samanhengande pasientforløp for dei prioriterte pasientgrupper i *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*, som eldre. InnoMed bidrar med auka kompetanse om tenesteinnovasjon, bidrar til å spreie innovative tenester på tvers av kommunar og helseføretak og tilbyr prosessrettleieing.

Helse- og omsorgsdepartementet skal i samråd med departementa som det vedkjem, greie ut ei meir samla organisering av kompetansesentera utanfor spesialisthelsetenesta, med mål om å etablere eit meir heilskapleg system for betre og meir koordinert støtte til kommunesektoren. Utgreiinga legg til grunn ein desentralisert struktur med kompetansemiljø nær tenestene. Regjeringa vil komme tilbake til Stortinget om saka på eigna måte.

5.5.2 Forsking på berekraftige tenester

Regjeringa har helse som ei av seks tematiske prioriteringar i Meld. St. 5 (2022–2023) *Langtidsplanen for forskning og høgere utdanning 2023–2032*. Det inneber blant anna at regjeringa føreset at universitet, høgskular, helseføretak og forskingsinstitutt som får statlege løyvingar, ser det som sitt ansvar å bidra i utviklinga av kunnskaps- og kompetansebasen vår. Berekraftige helse- og omsorgstenester og forskning i, med og for helse- og omsorgstenestene er blant dei områda regjeringa særleg ønsker å prioritere.

For å legge til rette for auka utvikling og implementering av praksisnær forskning på og i helse- og omsorgstenesta har blant anna Senter for omsorgsforskning blitt etablert. Gjennom Senter for omsorgsforskning er det bygd opp ein for-

skingsinfrastruktur som er forankra i universitets- og høgskulesektoren, som kan vise til god forskingsproduksjon og eit godt arbeid med å samle inn, samanfatte og formidle kunnskap til kommunane. Forskinga er i all vesentleg grad finansiert gjennom midlar frå vertsinstitusjonane og søknadsbaserte forskingsmidlar frå Forskringsrådet. Senter for omsorgsforskning består av fem senter som er tett integrerte i vertsinstitusjonane sine i ulike delar av landet, og organiserte i eit nettverk. Forskinga som blir produsert ved sentera, er ikkje avgrensa til berre omsorgstenestene, men omfattar også andre helse- og omsorgstenester i kommunane.

Dei kommunale helse- og omsorgstenestene står overfor store berekraftsutfordringar, særleg knytte til mangelen på personell. Samtidig er dette ein sektor der det blir forska for lite i forhold til storleiken og kompleksiteten på sektoren, sjølv om aktiviteten har auka, jf. kapittel 2.5.7. Auka implementering av forskning i tenestene kan bidra til betre bruk av tilgjengelege personellressursar, samtidig som sterke fagmiljø verkar positivt inn på det å rekruttere og behalde personell.

5.5.3 Meir forskning om, i og med kommunane

Det er behov for forskning som bidrar til betre tenester, auka pasienttryggleik og riktig prioritering, slik at tiltak som har ein dokumentert effekt, og der ressursbruken står i forhold til nytta av tiltaket, blir sette i verk framfor tiltak der effekten er meir usikker. Dette føreset blant anna at det blir jobba meir systematisk med forskning og kunnskapsutvikling for kommunal sektor. Kommunane må i tillegg ha kompetanse til å forstå forskingsresultata og omsette dei til den praktiske kvar dagen sin, slik at dei kan ta i bruk kunnskapen som blir utvikla, og etablere arenaer for erfaringsutveksling og læring.

Dei siste åra har det vore ein auke i forskning relatert til den kommunale helse- og omsorgstenesta, men satsinga står ikkje i forhold til storleiken på sektoren og den samfunnsmessige betydninga. HelseOmsorg21-rådet viser til at den avgrensa forskingsinnsatsen i kommunane bidrar til at fleire av tiltaka og pilotane som blir gjennomførte, ikkje er gjenstand for systematisk og samordna følgeforskning.¹⁷

Gjennom arbeidet med Meld. St. 38 (2020–2021) *Nytte, ressurs og alvorlighet – Prioritering i*

¹⁷ Innspelet frå HelseOmsorg21-rådet til Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

helse- og omsorgstjenesten, fekk Folkehelseinstituttet i oppdrag å foreslå korleis eit kunnskapsstøttesystem for kommunale helse- og omsorgstenester kunne sjå ut. I regjeringas langtidsplan for forskning og høgare utdanning er det varsla at ein som ein del av Nasjonal helse- og samhandlingsplan vil halde fram utviklinga av ein forskingsinfrastruktur for kommunale helse- og omsorgstenester, og dessutan at regjeringa særleg vil prioritere forskning på, i og om den kommunale helse- og omsorgstenesta.

Helsedirektoratet har, som oppfølging av Meld. St. 38 (2020–2021) *Nytte, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten*, fått i oppdrag å utarbeide ein nasjonal fagleg rettleiar for prioritering i kommunale helse- og omsorgstenester. Rettleiaren skal beskrive korleis prin-

sippa for prioritering kan operasjonaliserast og bli nytta i den kommunale helse- og omsorgstenesta, på ulike nivå og i ulike avgjerdssituasjonar. Det skal bli utarbeidd ein plan for implementeringa av rettleiaren.

Rapporten frå Kvinnehelseutvalet viser til at det er store kunnskapshol blant anna når det gjeld helsa til eldre kvinner.¹⁸ Utvalet viser til at det er behov for auka kunnskap blant anna om kva kjønn har å seie for helse i alderdommen. Utgreiinga frå Kvinnehelseutvalet er send på høyring, og regjeringa tar sikte på å legge fram ein eigen kvinnehelsestrategi i løpet av 2024. Rapporten frå utvalet og høyringa vil vere viktige grunnlag for kvinnehelsestrategien.

¹⁸ NOU 2023: 5.



Figur 6.1

6 Tryggleik for brukarar og støtte til pårørande

Mange eldre har god helse og treng ikkje omfattande hjelp eller tenester. Men med aukande alder får dei fleste ein eller fleire sjukdommar dei treng oppfølging for og hjelp til å meistre. God tilgjengelegheit og kvalitet er derfor viktig for alle. Det er eit mål at alle skal ha likeverdig tilgang til helse- og omsorgstenester, uavhengig av bustad, diagnose, personleg økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og livssituasjon. Regjeringa vil vidareutvikle og styrke den felles helsetenesta vår slik at alle får ein trygg og god alderdom.

Regjeringa vil jobbe for helse- og omsorgstenester som arbeider førebyggjande, som er samanhengande og koordinerte. Den viktigaste hjelpa handlar om å gi innbyggjarane høve til å klare seg sjølv, og på den måten oppleve meistring, verdigheit og auka livskvalitet. Samtidig skal vi sørge for tilstrekkeleg kapasitet og god hjelp til dei med behov for helse- og omsorgstenester. Talet på personar med demens vil auke. Regjeringa vil ta aktive grep for å styrke tenestene til menneske med demens og utvikle tilbod som også støttar og avlastar dei pårørande.

Det må tenkast nytt om korleis vi innrettar helse- og omsorgstenestene. Som det går fram av kapittel 2 og 5, kan vi ikkje bemanne oss ut av utfordringane. Samtidig peiker Helsepersonellkommissjonen på at innsatsen knytt til personellbehov må bli styrt mot dei kommunale helse- og omsorgstenestene. Kommunesektoren spelar ei viktig rolle i å møte framtidens behov for meir berekraftige løysingar, og det går føre seg mykje godt arbeid lokalt. Det er eit aukande medvit om førebygging og helsefremmande innsats og om behovet for tverrsektoriell og langsiktig planlegging og samanhengande og koordinerte tenester.¹ Mange kommunar har innført nye måtar å jobbe på, som kvar dagsrehabilitering og auka bruk av digitale løysingar. Nokre har vore med å pilotere ei fleirfagleg fastlegeteneste, og det er fleire døme på godt samarbeid med spesialisthelsetenesta. Regjeringa vil støtte opp under og vidareutvikle denne typen tiltak.

Pårørande er ein viktig ressurs både for sine næraste og for helse- og omsorgstenestene. For at pårørande skal kunne hjelpe sine næraste over tid, må dei bli tilbydde opplæring, støtte og avlasting, slik at dei kan meistre situasjonen og oppgåvene over tid. Pårørande skal ikkje oppleve å vere aleine om å vareta eit aukande omsorgsbehov. Regjeringa vil derfor utvikle pårørandeavtalar og gjere permisjonsrettane til pårørande betre kjend.

6.1 Den nye heimetenesta

Innanfor innsatsområdet tryggleik for brukarar og støtte til pårørande blir den heilskaplege innsatsen til regjeringa for eldre med behov for helse- og omsorgstenester og deira pårørande samla under overskrifta «Den nye heimetenesta». I tillegg inngår tiltak frå andre kapittel i den nye heimetenesta, som faste team og gode vedtak, jf. kapittel 5.

Ambisjonane til regjeringa for den nye heimetenesta blir sortert under tre område som skal bidra til tryggleik og føreseielegheit for brukarar og pårørande:

- førebyggjande og aktivitetsfremmande tenester
- kvalitet og kapasitet
- støtte til pårørande

Dei aller fleste mottakarane av helse- og omsorgstenester bur heime. Derfor vil regjeringa rette innsatsen mot heimetenesta. Gode og behovsstyrte tenester i heimen er viktig for auka tryggleik og eit godt liv. Det må bli sett saman gode lag for å vareta behova til den enkelte. Med utgangspunkt i spørsmålet «Kva er viktig for deg?» skal tenestene tilpasse seg ønska og behova til den enkelte, både fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle. På den måten kan den enkelte leve eit liv med mening og meistring og oppleve at dei grunnleggjande verdiane og interessene blir varettatt. Kjernen i den nye heimetenesta er at brukarane og pasientane skal få gode tenester i heimen, og at ein set inn rett kompetanse og tiltak, som set dei enkelte i stand til å bu heime så lenge dei kan og vil.

¹ Zeiner et al. (2022).

Regjeringa førar ein politikk som bygger på fellesskapsløysingar, og ønsker ikkje ei kommersialisering av helse- og omsorgstenestene. Ei sterk offentleg helse- og omsorgsteneste, styrt og finansiert av fellesskapet, er avgjerande for å handtere aukande sosiale og geografiske forskjellar og for å hindre ei todeling av helsetenesta. Den offentlege helsetenesta skal sørge for beredskap og tryggleik i kvardagen og tilgang på helsehjelp av høg kvalitet ut frå behov.

Tenestene som blir ytte, må i størst mogleg grad vere retta inn mot førebygging, aktivitet og meistring, og dei må samhandle godt med andre tenester. For å lykkast med dette må vi samarbeide og jobbe på tvers av profesjonar, jf. betre oppgåvedeling i kapittel 5.3.1. På denne måten kan vi skape eit meir samanhengande tilbod til eldre og pårørande.

6.2 Førebyggjande og aktivitetsfremmande tenester

Dei kommunale helse- og omsorgstenestene skal bidra til at den enkelte får høve til å leve og bu sjølvstendig, og til å ha eit aktivt og meningsfylt tilvære i fellesskap med andre. Dette er grunnleggjande verdiar som er nedfelte i helse- og omsorgstenestelova, og som kommunane må legge til grunn når dei formar ut tenestetilbodet sitt.

Aktivitet og meistring er sentrale område for å utvikle ei helse- og omsorgsteneste som arbeider førebyggjande, og som gjer det trygt for eldre å bu heime. Aktivitet og meistring er særleg viktig for personar med demens og deira pårørande. Å utvikle gode aktivitetstilbod bidrar til tryggleik og føreseielegheit. Omtalen og tiltaka blir sett i samheng med dei generelle satsingane for å skape eit meir alders- og demensvennleg samfunn, jf. kapittel 3.

Mat og ernæring er ein viktig del av livet og helsa til folk. I tillegg til betydninga maten har for den fysiske helsa, er måltids glede og måltidsfellesskap viktige førebyggjande element i mat- og ernæringsarbeidet i tenestene. Regjeringa vil derfor, som ein del av den nye heimetenesta, auke merksemda på det systematiske arbeidet med mat og ernæring.

Regjeringa vil

- greie ut korleis ein nasjonal aktivitetsgaranti kan bli forma og innført i løpet av planperioden for reforma
- bidra til betre psykisk helse og førebygge psykiske plager og einsemd blant eldre, blant anna ved å kartlegge den psykiske helsen og livskvaliteten

- lage ein vegvisar for folkehelseiltak mot einsemd
- ta initiativ til eit samarbeidsprosjekt med komunesektoren og frivillig sektor om fleksible, varierte og tilpassa aktivitetstilbod til personar med demens
- stimulere til at fleire kommunar tar i bruk førebyggjande heimebesøk
- sette i verk tiltak som bidrar til at eldre blir tilbydde tilpassa rehabiliteringstilbod, blant anna kvardagsrehabilitering
- gjennomføre tiltak for auka mat- og ernæringskompetanse i tenestene
- gjennomføre tiltak for meir systematisk ernæringsarbeid i tenestene

6.2.1 Aktivitet

Meiningsfulle aktivitetar og sosialt fellesskap er viktig for alle menneske gjennom heile livsløpet og har mykje å seie for helse og funksjon.² Mange eldre er einsame og opplever ofte funksjonsfall, noko som kan vere ein konsekvens av manglande aktivitet. Einsemd og sosial isolasjon er forbunde med ei rekke negative psykiske og fysiske helsekonsekvensar, reduserer livskvaliteten og påverkar evna til meistring.³ Regjeringa legg vekt på at alle skal få moglegheit til å ha eit aktivt og meningsfullt tilvære i fellesskap med andre.

Tilbod om aktivitet og sosialt fellesskap

Aktiv omsorg har vore eit område for satsing gjennom fleire år, og det er utvikla lokale aktivitetstilbod i kommunane og i samarbeid med frivillige og næringsliv. Samtidig blir sosiale og kulturelle tilbod ofte nedprioriterte på arenaene til helse- og omsorgstenesta, både på sjukeheimar og i heimetenestene. Det er behov for tiltak som førebygger og reduserer einsemd hos heimebuande, tiltak som gir avlastning for pårørande, og tiltak som bidrar til meir livskvalitet for bebuarar på sjukeheimar. Tilbodet om aktivitet og sosialt fellesskap må bli tilpassa individuelle behov hos eldre og pårørande, og representere det same mangfaldet av interesser og bakgrunn som i befolkninga elles. Tilbodet må bli utvikla med bakgrunn i ei forståing av at aktivitet kan femne både fysiske, sosiale, intellektuelle, kulturelle og eksistensielle behov. Aktivitane må også vere tilpassa ønske om å bidra til fellesskapet, til dømes gjennom frivillig aktivitet, og nye måtar å vere aktiv på,

² Eliassen og Hartviksen (2020).

³ Courtin og Knapp (2017).

til dømes gjennom digitale møteplassar og aktivitetar.

Regjeringa vil greie ut korleis ein nasjonal aktivitetsgaranti kan bli forma ut og innført i løpet av planperioden for Bu trygt heime-reforma. Forslaget blir sett i samanheng med forslaget om dagaktivitetstilbod til personar med demens. Som grunnlag for utgreiinga bør det bli kartlagt kva som fremmer og kva som hemmar utvikling og etablering av gode og tilpassa aktivitetstilbod, der ein blant anna ser på korleis andre sektorar kan bli trekt inn for å skape interessante og gode tilbod. Regjeringa vil derfor be Helsedirektoratet gjennomføre ei slik kartlegging. Kartlegginga bør omfatte tilbod til både heimebuande og bebuarar på sjukeheimar. Vidare vil geografiske omsyn bli inkluderte i kartlegginga.

Aktivitetstiltak for å motverke einsemd og passivitet

For mange vil gode aktivitetstiltak vere godt eigna for å redusere sosial isolasjon og einsemd. Tilskotsordninga aktivitetstiltak for å motverke einsemd og passivitet er etablert for å motverke einsemd og passivitet og skape aktivitet, deltaking, sosialt fellesskap og møteplassar. Målgruppa er vaksne som står i fare for å oppleve einsemd, passivitet og sosial tilbaketrekking.

Boks 6.1 Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg

Kompetansesenter for kultur, helse og omsorg er eit avtalefesta partnerskap mellom HUNT forskingssenter, Levanger kommune, Trøndelag fylkeskommune, Helse Nord-Trøndelag og Nord universitet. Senteret skal bidra til å utvikle og spreie miljøterapeutiske behandlingstiltak, vidareutvikle samspel og vareta ein innovativ samanheng mellom forskning, utdanning og praksis. Studiar viser at systematisk og integrert bruk av musikk og song i miljøbehandling kan fungere mot uro og depresjon og redusere bruken av psykofarmakum. Nord universitet har sidan 2015 vidareutvikla opplæringsprogram i musikkbasert miljøbehandling (MMB) for tilsette i helse- og omsorgstenestene.

Kjelde: Helsedirektoratet

Ordninga rettar seg mot kommunar og fylkeskommunar, og det blir oppmoda til samarbeid med frivillige. Det er gjennom ordninga oppretta ei rekke tiltak og prosjekt som har bidratt til auka sosialisering og aktivisering av personar som opplever einsemd og passivitet. Det blir jobba med å spreie erfaringane til fleire kommunar. Regjeringa vil bidra til betre psykisk helse og førebygge psykiske plager og einsemd blant eldre, blant anna ved å kartlegge den psykiske helsen og livskvaliteten.

Regjeringa vil lage ein vegvisar for folkehelse-tiltak mot einsemd, vurdere einsemd som tema i siste periode av folkehelseprogrammet og fremme pilotstudiar for samarbeid mellom frivilligheita og kommunar, jf. Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga*.

Særleg om tilbodet til menneske med demens

Aktivitetstilbod bidrar til å halde oppe god livskvalitet for heimebuande personar med demens. Mangel på aktivitet og sosialt samvær kan bidra til at ein demenssjukdom blir forverra raskare. Pårande til heimebuande eldre med demens treng ofte avlastning for å kunne ta vare på sine næraste. Gode og fleksible avlastingstilbod er nødvendig for at fleire som ønsker det, skal kunne bu trygt heime.

I nasjonal fagleg retningslinje om demens blir det sagt at eit tilrettelagt og tilpassa dagaktivitetstilbod til personar med demens bør innehalde både sosialt, kognitivt og fysisk stimulerande aktivitetar. Tilbodet bør ha meningsfulle aktivitetar som deltakarane kan mestre, og det bør legges vekt på ressursane og interessene til deltakarane, og dessutan lokal kultur. Tilbodet kan bli gitt for å dekke til dømes behova til deltakaren for aktivisering, tilsyn og omsorg, oppfølging av ernæring og personleg assistanse, eller som avlastning for pårande.

Kommunane har sidan 2020 hatt plikt etter helse- og omsorgstenestelova til å tilby dagaktivitetstilbod til heimebuande personar med demens. Likevel viser nasjonale kvalitetsindikatorar at berre rundt 30 prosent av heimebuande personar med demens har vedtak om dagtilbod. Innspela til reformarbeidet viser at mange opplever dagens aktivitetstilbod som standardiserte, at dei ofte ikkje er forma ut med tanke på interessene og behova til eldre. Og vidare at tilboda manglar fleksibilitet med omsyn til opningstider. Det er eit mål å bidra til at fleire personar med demens blir tilbydde dagaktivitetstilbod.

Samtidig finst det mange gode døme på (dag)aktivitetstilbod til personar med demens

Boks 6.2 Inn på tunet og Ut på vidda

Inn på tunet er tilrettelagde og kvalitetssikra velferdstenester på gardsbruk. Tenestene skal gi meistring, utvikling og trivsel. Eit gardsbruk er ein eigedom som blir nytta til jord-, skog-, eller hagebruk. Aktivitetane i tenestetilbodet er knytte opp til garden, livet og arbeidet der.

Inn på tunet-handboka er eit verktøy for planlegging, etablering og drift av dagaktivitetstilbod for personar med demens på *Inn på tunet*-gardar. Hovudmålsettinga med handboka er at ho skal vere eit støtteverktøy og oppslagsverk for *Inn på tunet*-tilbydarane og kommunane. Ho skal også bidra med idear slik at *Inn på tunet*-tilbydarane og kommunane kan vidareutvikle alle-reie etablerte *Inn på tunet*-tilbod. Handboka er

utvikla i eit samarbeid mellom Stiftelsen Norsk Mat og Nasjonal kompetanseteneste for aldring og helse.

Det er no etablert *Ut på vidda*-tilbod innanfor alle dei samiske reinbeiteområda. *Ut på vidda* rettar seg mot ei rekke ulike brukargrupper. Ei sentral brukargruppe er personar med tidleg demens. Gjennom *Ut på vidda* får no personar med tidleg demens eit tilbod som bidrar til fysisk aktivitet, sosialt fellesskap, varierte aktivitetar og gjerne også tilhøyrse til eigen samisk bakgrunn. Gjennom dette tilbodet blir det gitt eit unikt høve til å bruke det samiske språket, smake på tradisjonsmat og få oppleve livet i rein-drifta på nytt.

rundt omkring i norske kommunar, tilpassa interessene til den enkelte og med fleksible opningstider. Gjennom satsinga *Inn på tunet* er det utvikla lokale tilbod med dagaktivitetar på gardsbruk og det er gjennomført eit nasjonalt pilotprosjekt om korleis kunnskap og informasjon om *Inn på tunet*-tilbod kan bli spreidd og vidareutvikla. Nasjonalt senter for aldring og helse skal i løpet av 2023 revidere handboka om *Inn på tunet*-tilbod.

Regjeringa vurderer at det er behov for tiltak som stimulerer til læring og erfaringsutveksling mellom kommunane både om innhald og om korleis ein kan inkludere nærmiljøet og frivillig sektor i større grad. For å bidra til utvikling av fleksible, varierte og tilpassa aktivitetstilbod til personar med demens vil regjeringa ta initiativ til eit samarbeidsprosjekt med kommunesektoren og frivillig sektor. Der skal ein blant anna sjå nærare på potensial som ligg i samskaping, innbyggjarinvolvering og nye måtar å løyse utfordringar på. Tilboda som blir utvikla, bør også kunne omfatte aktivitetar som normalt ikkje blir rekna som dagaktivitetstilbod i tradisjonell forstand. Døme på dette kan vere aktivitetar som blir utvikla i samarbeid med lokalt næringsliv, og som held oppe kontakten mellom tidlegare arbeidstakarar og bedrifta. Det kan også vere kulturaktivitetar som mogleggjer samarbeid med frivillige, slik som til dømes idrettslag, korps- eller kortilbod, eller tilbod som varetar den språklege og kulturelle bakgrunnen til brukaren. Målet er at fleire personar med demens skal få eit godt dagaktivitetstilbod. Tiltaket blir sett i samanheng med for-

slaget om å greie ut ein aktivitetsgaranti for eldre.

6.2.2 Meistring og mobilisering

Den viktigaste hjelpa handlar om å gi innbyggjarane høve til å klare seg sjølv, og på den måten oppleve meistring, verdigheit og auka livskvalitet. Regjeringa vil derfor bidra til at den enkelte kan bu heime så lenge hen ønsker, gjennom førebyggjande og helsefremmande tiltak. Det handlar blant anna om helsekompetanse, digitale og praktiske ferdigheiter og tryggleik i heimen.

Førebyggjande heimebesøk

Ei rekke kommunar tilbyr i dag ei eller anna form for oppsøkande verksemd retta mot eldre, som førebyggjande heimebesøk. Førebyggjande heimebesøk er eit oppsøkande, individretta råd- og rettleiingstilbod til heimebuande eldre. Kommunen vel sjølv kva aldersgrupper dei ønsker å rette tilbodet mot, men det er eit poeng å komme i kontakt på eit tidleg nok tidspunkt. Område som ofte blir vurderte, er ernæringsstatus, bustadtilpassing, fysisk funksjon, fallførebygging, brannførebygging og bruk av legemiddel. Tenesta skal bidra til auka meistring og redusere framtidig behov for helse- og omsorgstenester. Dette gjerast gjennom å førebygge sjukdom, skade og einsemd, og dessutan fremme helse, funksjonsevne og deltaking, til dømes innan frivilligheit.

Førebyggjande heimebesøk blir rekna som eit konkret og effektivt tiltak som kan føre til at fleire kan leve lengre i eigen bustad, og oppleve større meistring i eigen kvardag og dermed auka livskvalitet. Helsedirektoratet har utarbeidd rettleiingsmateriell om førebyggjande heimebesøk, men ei utfordring er at materialet primært tar for seg helsefaglege perspektiv. Det er behov for å utvide og oppdatere materialet med blant anna eit tydelegare bustad- og hjelpemiddelperspektiv.

Heimebesøka kan også vere ein god arena for å mobilisere seniorkrafta, blant anna til frivillig innsats i nærmiljøet. Undersøkingar viser at ei av dei største utfordringane med rekruttering av eldre til frivillig arbeid, er at eldre ikkje blir spurde direkte. Å anerkjenne og utvikle ressursane i dei eldre er viktig for den enkelte og viktig for fellesskapet. Førebyggjande heimebesøk kan vidare bli nytta til å involvere og hente tilbagemeldingar frå dei eldre i kommunen. Dette kan gi betre oversikt over livssituasjonen til eldrebefolkninga og kan bli brukt til planlegging og utvikling av kommunale tenester og ulike aktivitetstilbod.

Regjeringa vil stimulere til at fleire kommunar tar i bruk førebyggjande heimebesøk og på den måten bidrar til at fleire eldre skal kunne bu trygt heime, blant anna gjennom oppdatering og samordning av rettleiingsmateriell. Tiltaket blir sett i samanheng med forslaget om styrkt bustadrådgiving som ein del av *Eldrebustadprogrammet*, jf. omtale i kapittel 4.2.3.

Kvardagsrehabilitering

Kvardagsrehabilitering er eit rehabiliteringstilbod som blir gitt i heimen, og er ei personsentrert, heilskapleg tilnærming som tar utgangspunkt i moglegheitene den enkelte har sjølv til å bidra til å halde oppe funksjonsnivået sitt.⁴ Brukaren sine egne ressursar, ønske og personlege mål er utgangspunktet for tenesta som blir levert. Tenesta blir organisert som eit tverrfagleg samarbeid med heimetenestene. Det går fram av forskning og utprøving at kvardagsrehabilitering har god effekt på eldre med omsyn til fysisk funksjon, helserelatert livskvalitet og meistring.⁵ Evalueringa av *Omsorg 2020* viser at tilbodet om kvardagsrehabilitering har hatt ein sterk auke etter 2015, og at tre firedelar av kommunane hadde etablert dette tilbodet eller liknande tenester i 2019.⁶ Utbreiinga har ført til at eldre med funksjonsfall

har fått eit betydeleg utvida heimebasert rehabiliteringstilbod.

Evalueringa av *Opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering* viser at kvardagsrehabilitering har vore eit populært tiltak i planperioden, der mange kommunar har fått tilskot til å etablere eit tilbod.⁷ Vidare viser evalueringa at tiltaket har bidratt til å styrke rehabiliteringstilbodet retta mot eldre heimebuande med begynnande funksjonssvikt. Samtidig viser evalueringa at det er utfordringar knytte til å vidareføre prosjekter til varig drift. Det bør bli utvikla tiltak for å bidra til at fleire eldre får rehabiliteringstilbod, blant anna kvardagsrehabilitering, i tråd med Hurdalsplattforma.

Det er behov for å støtte opp under den positive dreininga i tenestetilbodet som kvardagsrehabilitering representerer. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å sette i verk tiltak som bidrar til at eldre blir tilbydde tilpassa rehabiliteringstilbod, blant anna kvardagsrehabilitering.

Helsekompetanse

Alle innbyggjarar må sikrast høve til å vere aktive deltakarar i eiga helse og behandling. Samtidig viser ei kartlegging frå Helsedirektoratet at kvar tredje person i Noreg har mangelfull helsekompetanse. Mange har problem med å finne fram til, forstå, vurdere og nytte seg av helseinformasjon og helse- og omsorgstenester.⁸ Rundt halvparten opplyser at dei har problem med å finne informasjon om kvaliteten på bestemte tenester, og med å finne ut av kva rettar dei har som pasient og brukar.

Helsekompetanse er evna ein person har til å få tilgang til, forstå, vurdere og nytte helseinformasjon for å kunne ta kunnskapsbaserte helserelaterte avgjerder i kvardagen. Det handlar om å vurdere både når det er behov for helse- og omsorgstenester, korleis ein skal førebygge sjukdom, og kva helsefremmande tiltak som held oppe eller forbetrar livskvaliteten gjennom livsløpet.⁹ Befolkninga må ha kunnskap om og høve til å vareta helsa si på best mogleg måte, samtidig som helse- og omsorgstenesta må imøtekomme behov og yte helsekommunikasjon tilpassa pasientar og brukarar med ulik helsekompetanse, ulik digital kompetanse, ulik språkleg og kulturell bakgrunn og ulike kognitive føresetnader. Helsekompetanse bidrar til å betre evna til den enkelte til å ta kunn-

⁴ Tuntland og Ness (2021).

⁵ Hedlund et. al. (2021).

⁶ Tjerbo et al. (2022).

⁷ KPMG (2020).

⁸ Helsedirektoratet (2021d).

⁹ Helsedirektoratet (2021d).

skapsbaserte helsefremmande og sjukdomsførebyggande val, finne fram til adekvate behandlingar og tenester for eigne eller pårørande sine lidingar eller sjukdommar, og kunne forhindre moglege tilbakefall eller følgesjukdommar.

Det er utvikla ein eigen nasjonal strategi for å auke helsekompetansen til befolkninga. Strategien skal bidra til å auke helsekompetansen i befolkninga generelt og har helse- og omsorgspersonell, avgjerdstakarar og leiarar i helse- og omsorgstenesta og pasient- og brukarorganisasjonar som hovudmålgruppe. Regjeringa ønsker at helsekompetanse skal vere integrert i all planlegging, utvikling, implementering og evaluering av helse- og omsorgstenestene på alle nivå.

Digital helsekompetanse

Digital kontakt med helse- og omsorgstenesta har blitt meir utbreidd, men nokre grupper tar mindre del i det digitale tilbodet, jf. kapittel 2. Samfunnet stiller stadig høgare krav til digital helsekompetanse og evna til å bruke digitale verkty i kontakt med offentlege verksemder og helsetenester. Digitale løysingar har eit stort potensial i heile spekteret av helsetenester, frå førebygging til samhandling, rehabilitering og meistring av kronisk sjukdom. Gode og tilpassa digitale løysingar kan gjere tenester meir tilgjengelege. Og digitalt støtta forløp kan både vere kostnadseffektive og gi betre resultat. For å møte den auka andelen personar med demens i åra framover må teknologi og digitale hjelpemiddel også vere eigna for og tilpassa menneske med kognitiv svikt. Vidare blir det arbeid for å tilrettelegge helsenorge.no betre for å drive digital opplæring, som moglegheit for dummy-brukar.

Det må bli lagt betre til rette for å sikre at ikkje eldre blir avskorne frå samfunnsdeltaking, tilgang til tenester og høve til å halde oppe eigen helsekompetanse på grunn av digitalt utanforskap. Strategien *Digital hele livet* har som mål å motverke dette. Ein rapport om tilskot og støtte til digital kompetanse og deltaking tilrår å samle og koordinere innsatsen til staten i større grad enn i dag. Regjeringa vil følge opp strategien *Digital hele livet* og vil legge fram ein konkret handlingsplan basert på strategien i 2023.

I *Nasjonalt velferdsteknologiprogram* er det i dag ei tilskotsordning for å heve den digitale kompetansen blant eldre. Målet med tilskotsordninga er å gi IKT-opplæring og rettleiing som kan heve den digitale kompetansen til eldre, for å

- motverke einsemd og redusere digitalt utanforskap ved å legge til rette for møteplassar som

kan bidra til å halde ved like og styrke moglegheitene til eldre for å halde oppe sosiale nettverk

- betre den digitale helsekompetansen slik at eldre kan tileigne seg digital helseinformasjon og ta i bruk digitale helsetenester på nett via pc, nettbrett, smarttelefon og anna
- gjere eldre betre i stand til å få digitale helsetenester (til dømes via videokonsultasjon og e-konsultasjon) gjennom auka meistring og betre brukaroppleving

Målgruppa er eldre som har behov for å styrke den digitale helsekompetansen og den digitale deltakinga. Eldre er i denne samanhengen seniorar som ikkje lengre er yrkesaktive.

Av evalueringsrapporten frå Nasjonalt senter for e-helse om tilskotsordninga går det fram at opplæring i bruk av teknologi kan gjere eldre meir sosiale og mindre einsame.¹⁰ Føresetnaden er at dei får oppfølging og rettleiing etter kurset for varig effekt, noko som heng saman med tryggleik i teknologibruk. Med utgangspunkt i tilskotsordninga vil Helsedirektoratet vurdere varige strukturar i kommunane, som skal vere på plass innan utgangen av 2024, der kommunane i samarbeid med frivillige organisasjonar jobbar aktivt for å tilby eldre IKT-opplæring. Vidare vil regjeringa gjennom handlingsplanen for *Digital hele livet* følge opp dei digitale barrierane som eldre møter, og digitalt utanforskap, jf. kapittel 3.

6.2.3 Mat og ernæring

God og rett mat er grunnleggande for god helse og livskvalitet gjennom heile livet, men med ein aukande andel eldre vil det bli fleire med ernæringsutfordringar. Utfordringsbiletet viser at det framleis er eit stort behov for ein målretta innsats for å auke merksemda på mat og ernæring i helse- og omsorgstenestene. Innsats for betre ernæringsstatus har vist seg å betre livskvaliteten, førebygge sjukdom og redusere behovet for spesialisert helsepersonell. Auka kompetanse og meir systematisk arbeid i kommunane vil også kunne førebygge reinnleggingar på sjukehus. Så langt har mykje av arbeidet i kommunane gått føre seg på sjukeheimar. Regjeringa vil derfor vri innsatsen meir mot den heimebuande delen av befolkninga, i tråd med ambisjonane for den nye heimetenesta.

¹⁰ Nasjonalt senter for e-helseforskning (2019).

Auka mat- og ernæringskompetanse i tenestene

Regjeringa følger opp *Nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre i sykehjem og som mottar hjemmetjenester*. Blant anna har regjeringa vidareført midlar til eit eige modellutviklingsprogram for kliniske ernæringsfysiologar som ein ressurs for omsorgstenesta. Tilskotet bidrar til å utvikle ulike modellar for korleis kliniske ernæringsfysiologar kan bli nytta som ein ressurs for omsorgstenesta i det systematiske mat- og ernæringsarbeidet. Modellutviklingsprogrammet inkluderer fag- og kvalitetsutviklingsarbeid, kvalitetssikring av mattilbodet og ernæringsoppfølginga, bistand i læringsnettverk, team, strategi- og planarbeid og så vidare. Modellutviklingsprogrammet vektlegg tverrfagleg samarbeid mellom tilsette i kjøkken og tilsette i helse- og omsorgstenestene for å sikre ei mat- og ernæringsoppfølging som er i tråd med både ønska og behova til brukaren, jf. nasjonale tilrådingar. Erfaringa frå tilskotsordninga så langt er at for mange kommunar er ein klinisk ernæringsfysiolog ein etterlengta ressurs, då det er eit stort behov for auka kompetanse og systematikk. Regjeringa vil samle og spreie utprøvde modellar for kliniske ernæringsfysiologar som ein ressurs i kommunale helse- og omsorgstenester, basert på erfaringane frå tilskotsordninga.

Helsepersonellkommissjonen er tydeleg på at vi må arbeide systematisk for å fremme riktig oppgåvedeling, og bruke personell på andre måtar enn før. Dette gjeld også innan mat og ernæring. Det er behov for meir kompetanse om mat og ernæring i tenestene, som ein føresetnad for å kunne utføre eit meir systematisk ernæringsarbeid i tenestene. Gjennom eit meir systematisk og kunnskapsbasert arbeid vil den persontilpassa oppfølginga kunne bli meir målretta etter faktiske og individuelle behov og ønsker. Det trengst kompetanse på fleire nivå, både generell og spesialisert kompetanse. Regjeringa vil bidra til spreieing av kunnskap og rettleingsressursar om ulike matvertordningar som kan løfte mattilbodet på sjukeheimar og i heimetenestene. Matvertar kan avlaste anna helsepersonell og bidra til at mattilbodet får auka kvalitet, og at rammene for måltida bidrar til auka appetitt hos eldre. Gjennom bruk av matvertar kan det bli auka fokus på det sosiale og kulturelle aspektet ved måltid og måltidsfellesskap. Regjeringa vil også vurdere korleis ein kan bruke samarbeid med frivillig/ideell sektor for å auke bruken av matvertar.

Kunnskap om statusen for mattilbod og ernæringspraksis i kommunane er viktig for å vurdere

effektive tiltak og vidare oppfølging. Helsedirektoratet gjennomfører derfor nasjonale kartleggingar av mattilbodet og ernæringsoppfølginga blant leiarar og tilsette i sjukeheimar og heimetenester. Rapportane frå kartleggingane vil ligge føre i 2023/2024. Kartleggingane er ei oppfølging av tiltak i *Nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre i sykehjem og som mottar hjemmetjenester*.

Landbruks- og matdepartementet har i samarbeid med statsforvaltarane i fleire år jobba med prosjektet *Gylne Måltidsøyeblikk* med mål om å motivere til matglede og betre matomsorg for eldre. Arbeidet inkluderer aktivitetar som kåringer av Noregs beste institusjonsmat, gode matleveringsordningar, etablering av nettverk, kurs og inspirasjonsdagar. Som ein del av prosjektet er *Matgledekorps* etablert fleire stader i landet. Matgledekorpsa består av personar med både mat- og helsefagleg kompetanse. Dei skal inspirere til auka medvit om, forståing for og lyst til å skape mat- og måltidsglede til eldre på institusjon og til dei som får mat servert heime. *Matgledekorpsa* hjelper tilsette i helse- og omsorgstenesta og lokalpolitikarar til å sjå matomsorg i ein heilskap. Dette inkluderer tema som innkjøp, bruk av tradisjonsråvarer og -rettar, matsvinn, auka brukarinvolvering og valmoglegheiter. Tiltaket skaper møteplassar og gode rutinar for å forbetre mat- og måltidsopplevingane for eldre. Nettsida *matgledekorps.no* fungerer som inspirasjonskjelde gjennom å samle, synleggjere og spreie kunnskap om kva som skal til for å gi mat- og måltidsglede hos eldre. Landbruks- og matdepartementet har også utvikla eit enkelt e-læringskurs om mat og måltid for dei utan ernæringsfagleg kompetanse.

Systematisk ernæringsarbeid i tenestene

Gjennom eit meir systematisk ernæringsarbeid på kommunalt nivå kan tenesta bidra til å førebygge og avdekke ernæringsutfordringar på eit tidleg tidspunkt. Regjeringa oppfordrar kommunane til å utvikle og implementere lokale ernæringsstrategiar i tråd med *Nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre i sykehjem og som mottar hjemmetjenester*. Eit meir systematisk samarbeid mellom kommunale helse- og omsorgstenester og spesialisthelsetenesta innan ernæring er viktig for trygge overgangar og førebygging av blant anna reinleggingar, jf. kapittel 2.6.5. Spesielt ved utskrivning av pasientar er det viktig at dei kommunale tenestene får god innføring i kva pasienten treng vidare av systematisk ernæringsoppfølging. Målet er å sikre at fleire eldre blir vurderte for feil-

og underernæring. Det kan spare samfunnet for store kostnader. Dette vil også bli omtalt i Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Ifølge nasjonal fagleg retningslinje for førebygging og behandling av underernæring, skal alle personar over 18 år som får helsetenester i heimen, bli vurderte for risiko for underernæring. Risikovurderinga bør bli gjennomført innan to veker etter oppstart av tenestene. Personar som ikkje er i risiko, bør bli vurdert på nytt kvar månad dersom dei får heimesjukepleie, og minimum kvar sjette månad ved andre helsetenester i heimen. Undersøkingar viser at dette ikkje alltid blir gjennomført. Gjennom auka bruk av førebyggjande heimebesøk vil også systematisk ernæringskartlegging hos heimebuande bli utført i større grad. Regjeringa vil bidra til at nasjonale retningslinjer for å førebygge og behandle underernæring blir gjorde kjende og implementerte i den kommunale helse- og omsorgstenesta.

Frå og med 2017 har det blitt publisert nasjonale kvalitetsindikatorar for å følge opp ernæringa i sjukeheimar og for eldre heimebuande, i tråd med dei nasjonale faglege retningslinjene for å førebygge og behandle underernæring. Formålet med kvalitetsindikatorane er å bidra til kvalitetsforbetring i tenestene og gi eit grunnlag for planlegging og styring. Kvalitetsindikatorane bidrar til openheit om kvalitet og variasjon i tenestene, og bidrar til å styrke det systematiske ernæringsarbeidet i tenestene. Regjeringa vurderer å gi Helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide kvalitetsindikatorar for ernæring i sjukehus og spesialisthelsetenesta, i tråd med den nasjonale retningslinja for førebygging og behandling av underernæring.

Helsedirektoratet vil få i oppdrag å foreslå fleire nasjonale kvalitetsindikatorar innan ernæring i den kommunale helse- og omsorgstenesta. Regjeringa vil også bidra til utvikling av enkle digitale verktøy for meir effektiv ernæringsoppfølging i helse- og omsorgstenesta, blant anna planverktøy for kommunale ernæringsstrategiar. Regjeringa vil undervegs i reformperioden vurdere andre tiltak innan mat og ernæring for eldre.

6.3 Kvalitet og kapasitet

Ein føresetnad for ein god og trygg alderdom er at den enkelte og deira pårørande opplever tryggleik for at eit tenestetilbod med tilstrekkeleg kapasitet, kompetanse og kvalitet er tilgjengeleg når behovet oppstår. Det handlar både om at innbyggjarane har enkel tilgang til tenestene, og om

at det tilbodet dei får, er forsvarleg og dekker behova den enkelte og pårørande har. På same måte som innbyggjarar i andre aldersgrupper har eldre ulike behov og ønsker.

Eit kvalitativt godt helse- og omsorgstenestetilbod til eldre inneber blant anna at tenestene må vere bygde opp rundt eit verdigrunnlag som sikrar integriteten og verdigheita til den enkelte. Det betyr til dømes å kunne behalde retten til eit privatliv, retten til sjølvråderett, rett til individuelt tilpassa tenester og moglegheit for aktiv medverknad – uavhengig av om tenesta blir ytt på sjukeheim, i omsorgsbustad eller i eigen heim. Tenestene må derfor bli innretta slik at retten til den enkelte til tryggleik og moglegheit for eit meningsfylt liv blir sikra.

Det er vidare behov for å tenke nytt om korleis vi kan samarbeide og nå ut med gode tenester til befolkninga. Det er behov for å involvere fleire i utforminga av tenestene, slik at vi stimulerer til innovasjon og nytenking. Det handlar også om å ta i bruk ny teknologi og gode arbeidsmetodar som bidrar til gode tenester for eldre.

Regjeringa vil

- vidareutvikle og styrke allmennlegetenestene og utvikle ei fleirfagleg fastlegeteneste
- bidra til auka kapasitet av heildøgns omsorgsplassar i sjukeheimar og omsorgsbustader
- følge opp oppfølgingsplanen for lindrande behandling og omsorg og vurdere innretninga og behovet for nye tiltak
- følge opp *Demensplan 2025* og evaluere erfaringane
- oppmode kommunane til å ha éi dør inn til informasjon om og kontakt med kommunale tenester for eldre
- etablere ei helseteknologiordning for å avlaste risiko og stimulere til investeringar i ny helse- og velferdsteknologi i kommunane
- sette ned eit utval som skal greie ut nye moglegheiter og modellar for å skape velferd saman med innbyggjarane, dei tilsette, frivilligheita, brukar- og pårørandeorganisasjonar, ideelle leverandørar og næringslivet

6.3.1 Gode og trygge helse- og omsorgstenester

Regjeringas vil vidareutvikle og styrke den felles helsetenesta vår og motverke sosiale og økonomiske helseforskjellar. Regjeringa ønsker ei sterk offentleg helse- og omsorgsteneste, som skal sørge for beredskap og tryggleik i kvardagen til folk. Regjeringa vil utvikle ei berekraftig helse- og omsorgsteneste og ei kommunal teneste som er

nær, oppdatert og førebudd på å møte helse- og omsorgsbehovet til ei befolkning i endring.

Allmennlegetenestene

Allmennlegetenesta er grunnmuren i helse-tenesta. Det har over lengre tid vore utfordringar med å rekruttere fastlegar, og tilgjengelegheita i fastlegeordninga har gått ned.

I Prop. 1 S (2022–2023) beskriv regjeringa målbiletet for allmennlegetenestene. Regjeringa vil jobbe for sterke fastlegetenester, legevaktordningar og andre kommunale allmennlegetenester. Det skal vere breidde og kvalitet i allmennlegetenestetilbodet, tilstrekkeleg kapasitet og faglege fellesskap som legg til rette for gode tenester og trivsel. Det skal vere tillit til at kommunane leiar og innrettar tenestene ut frå lokale behov.

Eldre innbyggjarar er dei som i snitt bruker fastlegen mest. Eldre får også allmennlegetenester ved kommunale institusjonar. Kapasitet og tilgjengelegheit i allmennlegetenester i sjuke-

heimar, helsehus og ØHD (akutthjelp døgnopp-hald) heng tett saman med berekraft i fastlegeordninga. Fastlegar har ofte, spesielt i distrikta, kombinerte stillingar, der også bistillingar ved sjukeheimar, helsehus eller kommunal akutt døgneining (KAD) inngår. Den endra demografien og det at meir komplisert behandling og oppfølging av pasientar vil skje utanfor sjukehusa, fordrar tilstrekkeleg kapasitet, kontinuitet og kvalitet i fagutøvinga overfor eldre.

Regjeringa løyvde midlar til ei historisk satsing på allmennlegetenesta i 2023. Midlane blir brukte til å styrke basistilskotet og gjere det pasienttilpassa (sjå under), til ALIS-avtalar for legar som er under spesialisering i allmennmedisin, for å auke rekrutteringa, og til forskning. Tilskotet til legevakt, som blei innført av regjeringa i 2022, er vidareført.

Regjeringa satte også ned eit hurtigarbeidande ekspertutval hausten 2022 som skulle greie ut korleis fastlegeordninga kan bli gjort meir berekraftig. Det skal bidra til at dei samla ressursane i helse- og omsorgstenesta blir brukte

Boks 6.3 Bo trygt hjemme – med integrerte tenester

Lillehammer kommune har etablert prosjektet *Bo trygt hjemme – med integrerte tenester*, der ulike tenester i kommunen, sjukehus og ambulanseteneste samarbeider om felles tenesteutvikling. Prosjektet er forankra i Helsefellesskap Innlandet.

Formålet med prosjektet er at innbyggjarane skal kunne kjenne seg trygge med å bu heime så lenge som mogleg. Dette skal ein oppnå ved å auke kvaliteten og tilgjengelegheita på tenester, gjennom blant anna fleire ambulante og integrerte helseressursar, felles kompetanse og digitale løysingar. Sårbare pasientar, som til dømes eldre, skal sleppe unødvendige transportar og oppleve meir samanheng i og mellom tenestene. Innbyggjarane skal møte ei samordna helseteneste når det oppstår sjukdom eller forverring av ein kjend tilstand.

Mål med prosjektet:

- godt samarbeid og opne båsar mellom ulike tenester, med pasienten i fokus
- betre og meir samhandling i den akuttmedisinske kjeda
- felles og lik kompetanse på tvers av tenester, med meir samtrening og bygging av kompetanse i fellesskap

- VI-kjensle i og mellom tenestene, der ein har respekt for og tillit til kvarandre og stolar på kompetansen og vurderingane til dei andre
- system som underbygger samhandling
- felles praksis for informasjonsdeling og systemstøtte
- felles standardar for behandling og tydelege behandlingsplanar
- flytskjema/forløp som gir rett behandling på alle nivå

I prosjektet inngår legevaktbil og tryggleikspatrolje, som utgjer ambulante ressursar som skal samarbeide om tenester til heimebuande. I tillegg blir det gjennomført felles samtrening og kompetanseheving for fleire tenester som del av ein arbeidspakke. Det er også arbeidspakkar i prosjektet der kommunar og Sjukehuset Innlandet utviklar betre samhandling i den akuttmedisinske kjeda, og betrar pasientforløpet til pasientar som har hyppige innleggingar på sjukehus. Digitale løysingar, som blant anna hovudkamera og digital heimeoppfølging, skal takast i bruk og bli utvikla i prosjektet.

Kjelde: Lillehammer kommune

på best mogleg måte. Utvalet skulle blant anna vurdere og foreslå tiltak knytta til korleis kapasiteten kan bidra til å rekruttere fleire legar, legge til rette for fleire profesjonar ved allmennlegekontora og ved hjelp av digitalisering. Ekspertutvalet leverte ein utfyllande rapport i april i år med fleire interessante forslag til forbetringar. Utvalet har sett på allmennlegetjenesta samla, inkludert legevakt, kompetanse, organisering og finansiering. Regjeringa vil vurdere tilrådingane nøyte og komme tilbake til oppfølginga av desse.

Pasienttilpassa basistilskot i fastlegeordninga

Sidan fastlegeordninga blei innført i 2001, har det skjedd større endringar i den kommunale helse- og omsorgstenesta. Meir oppfølging er overført frå spesialisthelsetenesta til kommunen og fastlegen. Fastlegen følger opp pasientar med meir omfattande og samansette behov enn før, samtidig som fastlegen også varetar innbyggjarar med lite behov for tenester. Regjeringa har derfor gjort endringar i finansieringa av fastlegane. Finansieringa består av basistilskot, refusjonar og eigenandelar. Basistilskotet er eit per capita-tilskot som inneber at fastlegen får eit fast tilskot per innbyggjar på fastlegelista. Regjeringa meiner at basistilskotet må reflektere endringane i innhaldet i tilbodet legane skal levere. Per capita-tilskotet blir derfor differensiert frå mai 2023. Det betyr at tilskotet som følger med kvar pasient/innbyggjar, blir gjort avhengig av behovet det er forventa at innbyggjaren vil ha for fastlegetenester. Omlegginga vil gi fastlegane eit likeverdig utgangspunkt for å tilby likeverdige helsetenester. Legen får meir tilskot for ein listeinnbyggjar med eit større forventa behov for tenester. Det betyr at legen kan sette av meir tid til å følge opp pasientane som treng det mest. Det vil følge med meir tilskot til eldre pasientar, kvinner, pasientar som treng meir tenester på grunn av helsetilstanden, pasientar i desentrale kommunar og til kommunar/bydelar med eit lågt utdanningsnivå, fordi utdanning har noko å seie for behovet for fastlegetenester. Gjennom denne endringa vil fastlegen ha betre kapasitet til å følge opp eldre menneske, noko som kan bidra til at dei kan bu trygt heime, også med eit større tenestebehov.

Rehabilitering

Det er behov for auka merksemd på tidleg innsats og førebyggjande tenester. Tenestene bør derfor legge vekt på å greie ut rehabiliteringsbehovet og -potensialet for brukarane sine før det blir sett i

Boks 6.4 Helsestasjon for eldre

Larvik kommune har i samarbeid med sjukehuset i Vestfold opna helsestasjon for eldre. Utgangspunktet for tilbodet er å ta tak i det som er viktig for pasienten for at han eller ho skal kunne bu heime og føle seg trygg. Tilbodet er eit supplement til andre helse- og omsorgstenester. Helsestasjonen kan kontakte fastlege og andre helsetenester i kommunen, eller gi råd og rettleiing om kva pasienten sjølv kan gjere ved lettare helseproblem.

Dei som søker om rullator eller tryggleiksalarm, blir kontakta av helsestasjon for eldre og får tilbod om ei breiare kartlegging med ein tilsett ved helsestasjonen.

Kjelde: Larvik kommune

verk permanente tiltak som kompenserer for tap av funksjonsevne. Ei slik vurdering vil vere eit viktig grep for å få til ei heilt nødvendig omstilling med større vekt på habilitering og rehabilitering i dei kommunale helse- og omsorgstenestene. Dette er eit budskap styresmaktene har signalisert ved fleire høve, blant anna i rundskriv I-5/2017 *Om å utrede potensialet for rehabilitering*.

Det er ei utfordring at rehabiliteringsstenestene som blir ytte i den kommunale helse- og omsorgstenesta, er lite beskrivne med tanke på innhald og omfang. Mangelfull tilgang på informasjon og registerdata er element som går igjen i fleire evalueringar, blant anna evalueringane av *Omsorg 2020* og *Opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering*. På oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet har Helsedirektoratet begynt å jobbe med forbetringar av datakvaliteten innan habilitering og rehabilitering, blant anna ved å greie ut kvalitetsindikatorar for rehabiliteringsfeltet. Regjeringa vil følge nærare opp utviklinga på områda habilitering, rehabilitering og meistring i den kommande Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Omsorgstenesta

Omsorgstenestene utgjør nesten ein tredel av den samla verksemda til kommunane og omfattar helsetenester i heimen, opphald i institusjon, personleg assistanse eller annan praktisk bistand, støt-

tekontakt, omsorgsstønad, pårørandestøtte og avlastning og brukarstyrt personleg assistanse (BPA). Helsepersonellkommissjonen peiker på at den store veksten i talet på eldre i aukande grad må bli handtert i omsorgstenesta. Dei kommunale helse- og omsorgstenestene er i kontinuerleg utvikling. Kommunane har over tid fått nye oppgåver, og samtidig har dei hatt ein tilvekst av nye brukargrupper med behov for både fysisk, psykisk og sosial omsorg, støtte og bistand. Som det går fram av kapittel 2, har det vore ei dreining frå tradisjonelle institusjonstenester til heimebaserte tenester.

Mange kommunar har over tid jobba godt med å utvikle modellar for systematisk oppfølging av heimebuande gjennom tverrfaglege og fleirfaglege team. Gjennom å jobbe i team eller liknande kan ein bidra til betre og meir heilskapleg oppfølging. Det kan også bidra til ei betre organisering som gir auka føreseielegheit for mottakaren. I arbeidet har fleire peikt på at ein må forhalde seg til mange tilsette. Regjeringa vil vurdere modellar som støttar opp under meir effektiv bruk av helsepersonell, til dømes betre arbeidsfordeling og bruk av personellsparende teknologi. Dette er omtalt nærare i kapittel 5.

Heimetenester

Dei fleste brukarane til omsorgstenesta får tenester i sin eigen heim. Dei heimebaserte tenestene er heilt avgjerande for om vi skal nå målet om at fleire eldre skal kunne bli buande trygt heime. Trygge og føreseielege heimetenester kan bidra til å utsette eller førebygge behovet for heildøgns omsorgstenester. Det er derfor behov for at ein tenker nytt om korleis ein organiserer heimetenestene. For å legge til rette for gode og trygge tenester og best mogleg bruk av tilgjengeleg personell er det, som det går fram av kapittel 5.3, behov for tenesteutvikling og nye måtar å jobbe på.

For eldre vil det å forhalde seg til få og kjende menneske også vere viktig for tryggleiken til den enkelte og til dei pårørande. Regjeringa ønsker ei dreining mot faste team og meir kontinuitet og føreseielegheit overfor kvar enkelt brukar. Det bidrar til god kjennskap til brukaren og gode relasjonar over tid og har mykje å seie for kvaliteten på tenesta. Regjeringa vil greie ut modellar for faste team i heimetenesta, jf. kapittel 5.3.

Tilstrekkeleg kapasitet av heildøgns omsorgsplassar

Utvikling av meir aldersvennlege lokalsamfunn, betre planlegging, nye arbeidsformer og auka

vekt på førebygging kan ikkje aleine erstatte det aukande behovet for heildøgns omsorgstenester. Som framskrivingane frå Statistisk sentralbyrå i kapittel 2 viser, vil etterspurnaden etter heildøgns omsorgsplassar auke frå om lag 65 000 plassar i 2017 til om lag 87 000 i 2025 og 133 000 plassar i 2060.

Det vil framleis vere behov for både å sikre tilstrekkeleg kapasitet og å utvikle kvaliteten i tenesta. Å bu heime vil ikkje vere ei løysing for alle, og det vil framleis vere eit stort og aukande behov for sjukeheimplassar, spesielt for personar med demens og eldre i siste livsfase. Når det ikkje lengre er forsvarleg å vareta behova til ein

Boks 6.5 Tiltak som støttar opp under den nye heimetenesta

Den nye heimetenesta handlar om at medarbeidarar skal få brukt kompetansen sin slik at vi finn dei gode løysingane for og saman med brukarane. Det blir lagt vekt på helsefremmande tiltak og førebygging, slik at rett kompetanse blir sett inn til rett tid. Den nye heimetenesta blir derfor understøtta av tiltak frå andre kapittel, blant anna desse:

- greie ut modellar for faste team i heimetenesta
- vurdere å utvide *Tørn*-prosjektet i KS til eit program for heile helse- og omsorgstenesta
- greie ut korleis ein nasjonal aktivitetsgaranti kan bli forma ut
- gjennomføre tiltak for auka førebygging i tenesta, inkludert fallførebygging
- vurdere meir fleksible, varierte og tilpassa aktivitetstilbod til personar med demens
- stimulere til at fleire kommunar tar i bruk førebyggjande heimebesøk
- sette i verk tiltak som bidrar til at eldre blir tilbydde tilpassa rehabiliteringstilbod, blant anna kvardagsrehabilitering
- gjennomføre tiltak for auka mat- og ernæringskompetanse i tenestene
- gjennomføre tiltak for meir systematisk ernæringsarbeid i tenestene
- vidareutvikle og styrke allmennlegetenestene og utvikle ei fleirfagleg fastlegeteneste
- gi Helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide rettleingsmateriale for gode vedtaksprosessar
- kartlegge bruken av og erfaringane med tildelingskontor

person heime, må det bli etablert eit anna butilbod. Tryggleiken for at det finst ein omsorgsplass, er viktig for den enkelte og deira pårørande. Eit tilstrekkeleg tilbod om korttids- og avlastingsplassar vil ofte vere avgjerande for om den enkelte kan bu heime lenger. Tilsvarande vil dette gjelde for om og kor lenge pårørande kan stå i langvarige omsorgsoppgåver. Det er derfor nødvendig å ha ein heilskapleg politikk som ser samla på innsatsen i omsorgstrappa, dersom vi skal nå målet om at fleire skal bli buande trygt heime lenger.

Framskrivningane og Kostra-tala frå Statistisk sentralbyrå, jf. kapittel 2, viser at utan opptrapping i investeringane til heildøgns omsorgsplassar vil det bli eit stort udekt behov innan få år. Ein stor andel av dagens sjukeheimar og omsorgsbustader er av eldre årgang og treng rehabilitering eller å bli erstatta med plassar i nye bygg. For å møte framtidens behov for heildøgns omsorgsplassar må kommunane investere i utbygging og rehabilitering av heildøgns omsorgsplassar.

Heildøgns omsorgsplassar og sjukeheimar er heimane til bebuarane, og dette bør komme til uttrykk ved utforminga av både bygga og omgivingane. Som det går fram av kapittel 2, er det mange bebuarar som opplever lange dagar og som saknar aktivitetar. Tilrådingane om små einingar både i omsorgsbustader og på sjukeheimar gjeld framleis. Det inneber få bebuarar per eining, oversiktleg buareal og lett og trygg tilgang til uteareal, som sansehagar eller liknande. Det er vidare behov for å sjå bygg til helse- og omsorgsformål i samheng med samfunnet elles. Sambruk av areal bidrar til generasjonsmøte og motverkar alderssegregering.

Investeringstilskotet til heildøgns omsorgsplassar er det øyremerkte verkemiddelet til regjeringa for å stimulere kommunane til å fornye og auke kapasiteten av heildøgns omsorgsplassar i institusjonar og omsorgsbustader. Regjeringa vil følge utviklinga i kommunane nøye og bidra til å auke kapasiteten på heildøgns omsorgsplassar i sjukeheimar og omsorgsbustader gjennom investeringstilskotet til heildøgns omsorgsplassar. Utbygging av heildøgns omsorgsplassar er eit kommunalt ansvar, og regjeringa vil på sikt vurdere ei innretting av ordningar som verkar meir nøytralt på kommunane sine val av bustadtilbod for eldre med pleiebehov.

Smittevern i utforminga av heildøgns omsorgsplassar

Erfaringar frå koronapandemien viser at det er behov for merksemd på smittevern også i plan-

legginga og utforminga av heildøgns omsorgsplassar. Smittevern i sjukeheimar blir drive etter forskrift om smittevern i helsetenesta, men mange innspel har peikt på at dei fysiske rammevilkåra har mykje å seie for organiseringa og drifta. Fleire rapporterer om at lite tenlege bygg har gjort det vanskeleg å handtere, avgrense og stoppe smitten. Eit døme er delte bad og dobbeltrom.

Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og Husbanken har fått i oppdrag å vurdere behovet for eventuelle krav og råd om smittevern i eit bygningsmessig perspektiv for både rehabiliteringsprosjekt og nye omsorgsbygg med heildøgns omsorgsplassar. Regjeringa vil på grunnlag av dette vurdere behovet for endringar i investeringsordninga for heildøgns omsorgsplassar for å sikre at omsynet til smittevern er tilstrekkeleg varetatt.

Tryggleiksstandard i sjukeheimar

Etter arbeid med utvikling, pilotering og evaluering sidan 2015 blei verktøyet Tryggleiksstandard i sjukeheimar lansert i 2021. Tryggleiksstandard er eit leiarverktøy som sjukeheimane kan bruke for å forbetre kvaliteten på tenestene. Målgruppa er leiarar på alle nivå i sjukeheimar. Tryggleiksstandard er tilgjengeleg og gratis for alle. Utviklingssentrene for sykehjem og hjemme-tjenester har sidan lanseringa jobba systematisk med å implementere verktøyet i kommunane gjennom ulike opplæringsstiltak. Helsedirektoratet jobbar med vidareutvikling av verktøyet og jobbar i 2023 blant anna med eit eige kapittel om vald, overgrep og omsorgssvikt i tryggleiksstandard. Regjeringa vil be Helsedirektoratet vurdere korleis tryggleiksstandard-verktøyet kan ha overføringsverdi til heimetenesta, og korleis systemet kan bli tatt i bruk i den nye heimetenesta.

Lindrande behandling og omsorg

Regjeringa vil bidra til å legge til rette for at personar som treng lindrande behandling og omsorg får den hjelpa dei treng, og at dei pårørande blir godt ivareteke, uavhengig av kor ein oppheld seg. Mange ønsker meir heimetid med dei næraste i den siste fasen av livet. Dette krev blant anna førebuingar og samtalar, både med pasient og pårørande, om ønske og behov for den siste perioden av livet, trygge tenester og smertelindring. Samarbeid mellom tenestene frå kommunen og spesialisthelsetenesta om pasienten og deira pårørande er viktig for å legge til rette for ei god

avslutning på livet, også for dei som skal leve vidare. Regjeringa følger opp St. Meld. 24 (2019–2020) *Lindrende behandling og omsorg*.

Regjeringa har i 2023 vidareført midlar til eit treårig program for utvikling av ulike modellar for korleis ein kan legge til rette for meir heimetid og heimedød for personar i siste fasen av livet. Tilskotsordninga blei etablert i 2021. Målet med ordninga er å legge til rette for lindrande behandling og omsorg i heimen for døyande pasientar og deira pårørande, for ein verdig død i heimen. Målgruppa for utviklingsprogrammet er blant anna sentrale aktørar i kommunalt palliativt team, inkludert fastlegen, heimesjukepleia og andre aktuelle faggrupper og kommunal eller interkommunal palliativ eining, anten i kommunen eller i spesialisthelsetenesta. Regjeringa vil vurdere korleis resultatane frå modellane kan bidra til å legge til rette for meir heimetid og heimedød for dei som ønsker det.

Helsedirektoratet følger opp tiltaka i oppfølgingsplanen og har fått i oppdrag å gi ein status på feltet ved utgangen av 2023, og vurdere behov for vidare arbeid etter at oppfølgingsplanen er gjennomført.

Tilbodet til menneske med demens

Mange kommunar har lagt ned stor innsats for å styrke tilbodet til personar med demens og deira pårørande i løpet av planperiodane for dei norske demensplanane. Men som det går fram av *Demensplan 2025*, står det framleis att utfordringar for personar med demens og deira pårørande – som at altfor få blir diagnostiserte, eller at ein blir overlata til seg sjølv etter at diagnosen er stilt. Gjennom *Demensplan 2025* rettleiar utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester kommunar i arbeidet med å etablere systematisk oppfølging etter diagnose og gode forløp for personar med demens, slik at dei får tilbod om rette tiltak eller tenester til rett tid i sjukdomsforløpet. Vidare er ei styrkt allmennlegeteneste viktig for at den enkelte skal vere sikra utgreiing og diagnostisering ved mistanke om demens, jf. kapittel 6.2.2.

Personar med demens vil som regel ha stort behov for tenester frå kommunen over lengre tid. Det er behov for både å tilby tilrettelagde tenester og å finne nye måtar å gi støtte og hjelp på, både til kvar enkelt mottakar og til dei pårørande. Sjølv om velferdsteknologi kan bidra til større grad av tryggleik og fridom for personar med demens og deira pårørande, er dette ei brukargruppe som gjennomgåande får eit tiltakande behov for personbistand etter kvart som sjukdommen utviklar

seg. Tilboda som blir utvikla, må gi lett tilgang til sosiale arenaer og aktivitetstilbod, både dagaktivitetstilbod der ein blir tildelt plass, og lågterskeltilbod. Tenestetilbodet bør også bli planlagt slik at det kan skalerast opp ved behov, og utan at det krev at personen med demens må flytte.

Det følger av nasjonal fagleg retningslinje for demens at kommunane bør ha eigne eller interkommunale tverrfaglege team som del av tilbodet sitt til personar med demens. Funksjonen til teamet bør vere å hjelpe legen under demensutgreiinga, å sikre at personar med demens og pårørande blir gitt oppfølging etter diagnose, og å sikre eitt fast kontaktpunkt i kommunen vidare i sjukdomsforløpet. Kommunane skal vidare tilby ein koordinator til personar med demens med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstenester. Om tenestemottakaren ønsker det, skal ein individuell plan bli utarbeidd.

Å få bevege seg så fritt som mogleg har stor verdi for livskvaliteten til personar med demens. Lokaliseringsteknologi gir auka tryggleik for både personar med demens og pårørande. Det er eit mål at fleire heimebuande med demens skal bli tilbydde lokaliseringsteknologi, som GPS.

Demens er ein sjukdom som gradvis svekker evna til å ta godt gjennomtenkte avgjerder og gi samtykke. Det kan derfor oppstå gråsoner der det er uklart om noko er frivillig, eller om personen viser motstand mot eit tiltak. Dersom personen viser motstand, blir tiltaket rekna som tvang. God kompetanse hos personell er viktig for å redusere tvang. For nokre vil også verjemål vere eit alternativ, jf. omtale under.

For å følge opp *Demensplan 2025* skal dei regionale helseføretaka greie ut ei formålstenleg organisering av utgreiing av kognitiv svikt og demens i spesialisthelsetenesta, med modellar/mekanismer for samarbeid med fastlegar og eventuelt andre delar av den kommunale helse- og omsorgstenesta, som hukommelsesteam. Ei meir einsarta organisering av utgreiing av demens vil bidra til å redusere ikkje grunngitt variasjon i spesialisthelsetenesta.

For personar med demens kan det vere utfordrande å orientere seg inne i sjukehusa. Det kan dreie seg om fysiske forhold som kronglete korridorar, forvirrande skilting, utilgjengeleg eller uforståeleg informasjon og så vidare, men også organisering og rutinar i sjukehusa. I tillegg kan manglande bruk av kartleggingsverktøy og generelt manglande kunnskap og kompetanse blant helsepersonell om korleis dei skal forhalde seg til personar med kognitiv svikt, opplevast som krevjande. Dei regionale helseføretaka skal

Boks 6.6 Veiviser demens

Nasjonalt senter for aldring og helse har utarbeidd *Veiviser demens* som gir råd, tips og informasjon om aktuelle tiltak i dei ulike fasane av demenssjukdom. Vegvisaren skal gjere det enklare for helse- og omsorgstenestene å gi gode tenester til personar med demens og deira pårørande. Han gir råd og tips om korleis tenester kan organiserast, og forslag til aktuelle tiltak i dei ulike fasane av demenssjukdommen. Vegvisaren viser korleis tilrådingane i nasjonal fagleg retningslinje om demens kan følgast, og bygger på nasjonale og internasjonale erfaringar og forskning. Vegvisaren er først og fremst retta mot avgjerdetakarar og helse- og omsorgspersonell, men kan også vere aktuell å lese for personar med demens og pårørande.

Kjelde: Nasjonalt senter for aldring og helse

fremme utvikling av demensvennlege sjukehus gjennom auka merksemd på fysisk tilrettelegging, nye rutinar og meir og betre kommunikasjon mellom helsepersonell, pasient og pårørande for å gjere sjukehusopplevinga betre.

Bu trygt heime-reforma bygger på tiltaka i *Demensplan 2025*. Regjeringa vil følge opp *Demensplan 2025* og evaluere erfaringane med planen. Vidare vil gode og tilpassa aktivitetstilbod vere viktige tilbod for personar med demens, jf. omtale i kapittel 6.2.

Verjemål

Å få bestemme over sitt eige liv er ein av dei viktigaste føresetnadane for eit godt liv. Derfor må vi sikre at den enkelte i størst mogleg grad beheld sjølvrådet. Men for enkelte med store bistandsbehov vil det å ta hand om eigne interesser vere krevjande. For desse vil verje vere eit alternativ. Verjemål er eit frivillig hjelpetiltak for personar som på grunn av skade, sjukdom eller funksjonsnedsetting ikkje kan ta vare på interessene sine sjøve. For dei som ikkje har samtykkekompetanse, må tenesta ha nær kontakt med pårørande eller verje som hjelper brukaren.

Det finst også eit privatrettsleg alternativ til vanleg verjemål, der ein kan opprette ei framtidfullmakt. Ei framtidfullmakt er ei fullmakt til ein

eller fleire personar om å representere fullmakts-givaren etter at fullmakts-givaren på grunn av sjukdom eller andre årsaker ikkje lengre er i stand til å ta vare på interessene sine innan dei områda som blir omfatta av fullmakta. Ei framtidfullmakt gir deg større grad av sjølvstyre også etter at du ikkje lengre er i stand til å ta stilling til spørsmål på eigne vegner. Dersom framtidfullmakta dekker behova dine, blir det ikkje nødvendig å peike ut ei verje sjølv om du ein gong i framtida skulle bli så sjuk at du ikkje lenger er i stand til å ta vare på eigne interesser.

Psykisk helse

For å nå målet til regjeringa om at eldre skal kunne bu trygt heime lenger, er det viktig at eldre held oppe god psykisk helse, mellom anna gjennom helsefremmande og førebyggjande tiltak. Lågterskeltilbod om fysisk aktivitet i lokalsamfunnet (til dømes på eldresenter, aktivitetssenter og seniorsenter) har vist seg å ha god effekt for trivselen og den psykiske helsa hos eldre. Systematisk førebyggjande heimebesøk i kommunane er eit tiltak som kan vareta mange aspekt ved førebygging, også knytte til einsemd og psykisk helse. I tillegg vil ei oppleving av tryggleik i eigen heim kunne bidra til mindre bekymring og uro. Gode aktivitetstilbod og førebyggjande heimebesøk vil vere sentrale tiltak for å fange opp psykiske lidningar, men også for å vareta og halde oppe god psykisk helse for eldre.

Regjeringa vil bidra til å utvikle metodar for å fremme god psykisk helse gjennom å gi tilskot til Trøndelag fylkeskommune for å gjennomføre piloten ABC for god psykisk helse – ein folkehelsekampanje. ABC står for Act, Belong, Commit. Det er godt dokumentert at aktivitet, sosial tilhøyrse og engasjement i meningsfulle aktivitetar bidrar til å fremme god livskvalitet og psykisk helse. Kampanjen skal fremme aktivitetar og engasjere og motivere folk til å styrke si eiga psykiske helse, og eldre menneske inngår i målgruppa.

Ved mistanke om ei psykisk lidning hos eldre skal tilstanden bli følgt opp aktivt, og ikkje berre bli oppfatta som ein del av aldringa i seg sjølv. Fastlegen er den viktigaste aktøren for å avdekke og følge opp psykiske helseutfordringar hos eldre. Førekosten av psykiske lidningar aukar med alderen og er ulik i ulike grupper av eldre.¹¹ For eldre som har oppfølging av heimesjukepleia, og i mindre grad oppsøker fastlegen sjølv, er eit tett

¹¹ Rosenvinge og Rosenvinge (2003); Skoog (2011).

samarbeid med fastlegen viktig. Nokre gongar vil det vere behov for å vise til vidare utgreiing og behandling i spesialisthelsetenesta. Regjeringa vil vidareutvikle og styrke allmennlegetenestene, jf. kapittel 6.2.2. Vidare bør dei nasjonale faglege råda frå Helsedirektoratet om psykiske lidingar hos eldre blir gjorde kjende i tenestene.

Analysar frå dei regionale helseføretaka viser behov for å auke kapasiteten for behandling av eldre. Regjeringa har nyleg lagt fram Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse*. Planen omfatter heile befolkninga, medrekna eldre.

Rusmiddelbruk

Generelt er bruk av rusmiddel, og særleg alkohol, knytt til ei rekke somatiske sjukdommar og tap av friske leveår, i tillegg til akutte skadar og ulykker. Dagens eldre drikk meir alkohol enn tidlegare generasjonar. Som det går fram av kapittel 2, aukar sårbarheita for alkohol og andre rusmiddel ved aukande alder. Det er eit potensial for å redusere behovet for helsetenester for eldrebefolkninga ved å førebygge risikofylt og skadeleg rusmiddelbruk.

Førebygging av risikofylt rusmiddelbruk handlar langt på veg om dei same forholda som er beskrivne under avsnittet om psykisk helse og andre helsefremmande innsatsar og tiltak. Heimebaserte tenester og fastlegetenesta er sentrale kommunale tenester som kan identifisere og kartlegge risikofylt eller skadeleg bruk av alkohol eller andre rusmiddel hos eldre.

Hjelpeapparatet må tore å spørje om rusmiddelbruk på lik linje med andre tema det er relevant å snakke om med eldre. Rettleiaren frå Helsedirektoratet om førebyggjande heimebesøk nemner bruk av alkohol som eit av samtaleemna som bør bli tatt opp. Det å sette rusmiddelbruk på dagsordenen er viktig i alle tenester og kan bidra til å redusere negative konsekvensar for den enkelte og for barn og andre pårørande.

Rusmiddelbruk gir ulike konsekvensar og påverkar livssituasjonen og funksjonsnivået til den enkelte i ulik grad. Rusmiddelbruk, og samtidig legemiddelbruk og aldring gir komplekse problemstillingar. Helsedirektoratet tilrår at tilbod retta mot eldre med begynnande rusmiddelproblem blir støtta av fagpersonell med både rusfagleg og geriatrisk kompetanse. Fleire av dei regionale kompetansesentera på rusområdet (Korus) tilbyr kompetansehevingsprosjekt om eldre og rus.

Regjeringa vil legge fram ei melding til Stortinget om ei førebyggings- og behandlingsreform

for rusfeltet. Meldinga vil omfatte rusproblematikk i heile befolkninga, også blant eldre.

Vald og overgrep

Vald og overgrep er eit alvorleg samfunnsproblem, jf. kapittel 2. Alder er eit av fleire forhold som har noko å seie for kor stor risiko den enkelte har for å bli utsett for vald og overgrep. Ingen skal oppleve frykt for å bli utsett for vald og overgrep, og alle har rett på ei trygg og god alderdom og eldreomsorg. Ei av dei aller viktigaste oppgåvene til samfunnet er å verne borgarane sine, og det at menneske blir utsette for vald og overgrep, vedkjem oss alle. Regjeringa har derfor løyvd midlar til *TryggEst*. *TryggEst* er ein modell som er utvikla for å hjelpe kommunar å vareta vaksne innbyggjarar som i lita eller inga grad er i stand til å verne seg sjølve, til dømes personar med fysisk eller kognitiv funksjonsnedsetting, høg alder, demens og så vidare. *TryggEst* skal blant anna sikre at saker blir avdekte, at saker ikkje blir oversett eller gløymde, og at den utsette blir varetatt. Regjeringa har i statsbudsjettet for 2023 styrkt arbeidet med *TryggEst*, i eit samarbeid mellom Kultur- og likestillingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å gi ei heilskapleg vurdering og prioritering av kva tiltak som bidrar til å styrke innsatsen for å førebygge, avdekke, hindre og handtere eldrevald i omsorgssektoren. Direktoratet er også bedt om å vurdere nasjonale faglege retningslinjer eller andre normerande verkemiddel for å greie ut og handtere eldrevaldssaker. Vidare skal direktoratet gå gjennom dagens verkemiddel og prosedyrar for utgreiing og handtering av saker der det er grunn til å tru at eldre blir utsette for vald og overgrep, og vurdere effektive meldesystem for å ta vare på behovet for oppfølging frå tilsynsstyresmaktene. Oppdraget skal svarast på i løpet av 2023 og er svar på eit oppmodingsvedtak gitt av Stortinget i mai 2021.

Regjeringa skal i 2023 legge fram ein opptrappingsplan mot vald og overgrep mot barn og vald i nære relasjonar. Opptrappingsplanen omfattar vald i nære relasjonar i heile den vaksne befolkninga, også eldre. Han skal legge til rette for utviklinga av ein heilskapleg og samordna politikk mot vald i nære relasjonar, som involverer relevante sektorar, etatar, institusjonar og organisasjonar. Opptrappingsplanen vil også omfatte vald mot særleg sårbare utført av omsorgs- eller tillitspersonar. Personar som har store omsorgsbehov og er avhengige av andre menneske i dag-

leglivet, er meir valdsutsette enn andre grupper, og har derfor eit særleg behov for vern mot vald og overgrep.

Tannhelse

Ein aukande del eldre som får helse- og omsorgstenester, har eigne tenner og derfor eit stort behov for førebyggjande tiltak og oppfølging og behandling av tannpleiar eller tannlege. Mange har behov for hjelp til dagleg munnstell. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å prøve ut ei ordning med kommunal tannpleiar, blant anna basert på eit forsøk med tannpleiar i heimebaserte tenester i Hamar kommune (2015–2017).¹² God samhandling har vist seg særleg krevjande å få til rundt heimebuande eldre. Tannpleiarar som er tilsette i kommunen, skal bidra til samhengande helse-tenester, etablering av rutinar for oppfølging av tann- og munnstell og opplæring av personell i kommunal helse- og omsorgsteneste. Regjeringa vil vurdere korleis prosjektet skal bli følgt opp vidare.

Regjeringa har sett ned eit utval som skal komme med forslag som kan sikre at tannhelse-tenestene blir likestilte med andre helsetenester. Utgreinga kan bidra til å redusere sosiale og geografiske forskjellar i tilgang til og bruk av tannhelsetenester. Dette kan komme grupper med auka risiko for redusert tannhelse til gode og kan bidra til betre tannhelsetenester for heimebuande eldre.

Dårleg oral helse er ein av mange faktorar som kan ha noko å seie for matinntak og ernæringsstatus hos eldre. Tygge- og svelgevanskar, smerter og infeksjonar i munnhøla og munntørreleik kan påverke ernæringsstilførselen og matlysta. Ei dårleg varetatt munn- og tannhelse kan gi infeksjonar som kan føre til at ein mistar tenner og tyggefunksjon, som kan gi smerter, og igjen bidra til underernæring.

Nedsett funksjonsevne og redusert evne til eigenomsorg, inkludert nedsett evne til å halde oppe god oral hygiene, er hovudårsaka til orale helseplager hos personar med demens. Eldre med demens har gjennomgåande dårlegare oral helse enn eldre utan demens, blant anna har dei meir karies og færre tannrøter att. Gjennom oppfølginga av den nasjonale ernæringsstrategien for eldre skal Helsedirektoratet samle, vidareutvikle og spreie gode erfaringar frå kommunar

som jobbar systematisk med mat og ernæring, inkludert systematisk arbeid med munn- og tannhelse.¹³

6.3.2 Innovasjon og samhandling

Mange eldre vil ha behov for fleire tenester frå ulike tenesteytarar, på tvers av sektorar og gjerne samtidig. Mange opplever at det glepp i overgangar, eller at tenestene ikkje samhandlar godt nok. Regjeringa ønsker samhengande og gode tenester som bidrar til heilskaplege og saumlause pasientforløp for kvar enkelt pasient og pårørande.

Helse- og omsorgstenestene har gjennom fleire tiår vore gjenstand for stadig utvikling og innovasjon. Det blir utvikla stadig nye arbeidsmodellar, behandlingsmetodar og teknologi. I møte med ei aldrande befolkning er det behov for å tenke nytt om korleis vi skal sikre berekraftige tenester også for framtidige generasjonar. Regjeringa støttar lokale initiativ som utforskar nye løysingar, og tar i bruk ny teknologi og nye faglege tilnærmingar og metodar.

Brukarmedverknad er viktig av fleire grunnar – både for brukaren sjølv og som eit verkemiddel for å forbetre og kvalitetssikre tenestene. Medråderett og brukarmedverknad er heilt vesentleg for at den enkelte skal få tenester tilpassa behova sine. Reell innverknad og medverknad bidrar også til auka tryggleik og tillit. I tillegg har eldre erfaringar som er viktige for politikkkutforming og utvikling av samfunnet.

Samhandling og samarbeid

Mange eldre er sårbare og utsett for å få fleire samtidige sjukdommar, og har ofte behov for behandling, tenester og oppfølging frå fleire aktørar i helse- og omsorgstenesta samtidig. Dette stiller krav til samarbeid og samhandling mellom aktørane. Med fleire eldre og fleire med langvarige helseproblem og samansette behov aukar krava til godt tverrfagleg samarbeid for å sikre gode pasientforløp og gode overgangar internt i og mellom helse- og omsorgstenestene og mellom tenestene og heimen. God samhandling og informasjonsflyt er viktig for at pasientar og brukarar skal oppleve ei samhengande helse- og omsorgsteneste, og har mykje å seie for om eldre skal kunne bu trygt heime.

¹² Forren et. al. (2018).

¹³ Helsedirektoratet (2019a).

Heilskaplege forløp internt og på tvers av nivå

Overgangar, i form av både inn- og utskrivningar, representerer sårbare delar i eit pasientforløp. Pasientar og pårørande som er godt førebudde i forkant av ein overgang, opplever overgangen som betre enn dei som ikkje er førebudde.¹⁴ Kontinuitet hos fastlegen, til dømes, har betydning for risikoen for å bli lagd inn på sjukehus.¹⁵ Dersom ein grip inn tidleg, kan ein unngå at sjukdom inntreffer og utviklar seg. På denne måten kan vi unngå unødvendige innleggingar eller reinnleggingar. Dette er betre for brukarar og pasientar. For mange eldre vil det vere betre å få helsehjelpa der dei er, enn å bli flytta, så lenge det er forsvarleg. Fleire kommunar har oppretta ambulante tenester, som legevakt på hjul eller liknande, som er effektive tiltak for å tilby tenester nærare brukaren.

Regjeringa har ført vidare samarbeidsavtalen med KS om innføring av 19 helsefellesskap mellom kommunar og helseføretak. Formålet med helsefellesskapa er å skape meir samanhengande, berekraftige helse- og omsorgstenester. Det har blitt peikt på fire pasientgrupper som kommunar og helseføretak skal prioritere å planlegge og utvikle gode tenester til og eldre er ei av gruppene. Felles for desse fire gruppene er at dei har eit særleg behov for heilskaplege og samanhengande tenester frå den kommunale helse- og omsorgstenesta og spesialisthelsetenesta. For desse gruppene vil også samarbeid med og involvering av pårørande vere viktig.

Mange eldre har stort behov for og forbruk av helse- og omsorgstenester og er sårbare for flyttingar. Blant dei vanlegaste årsakene til innlegging på sjukehus er fall, influensa, lungebetennelse og lidningar i sirkulasjonssystemet. Ved ei sjukehusinnlegging er det auka risiko for biverknader og komplikasjonar. Analysar utførte av Folkehelseinstituttet viser at kvart sjette sjukehusopphald for eldre pasientar resulterer i ei reinnlegging (ny sjukehusinnlegging innan 30 dagar). Betre samarbeid om førebygging av sjukdomsforverring og tidleg innsats og dessutan ein betre utskrivingsprosess bidrar til betre pasientforløp, færre uønskte reinnleggingar og rettare ressursbruk. Pasientsentrert helsetenesteteteam er eit godt døme på ei arbeidsform som gir tryggare overgangar, redusert bruk av akutthjelpinnleggingar og stor reduksjon i seksmånadars dødelegheit.

¹⁴ Bergh et al. (2017).

¹⁵ Sandvik et al (2022).

Helse- og omsorgsdepartementet vil legge fram ei melding til Stortinget om Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Meldinga vil omhandle samhandling både mellom dei kommunale helse- og omsorgstenestene og spesialisthelsetenesta og internt i den kommunale helse- og omsorgstenesta. Betre samhandling er sentralt for å kunne gi pasientar og brukarar den hjelpa dei har behov for, til rett tid, på rett stad og med personell som har rett kompetanse. Gode pasientforløp og gode tenester der folk bur, vil vere eit sentralt tema i Nasjonal helse- og samhandlingsplan, der ein blant anna vil vurdere tiltak for å støtte opp under heilskaplege, samanhengande tenester til pasientar med store og samansette behov og gode pasientforløp med trygge overgangar.

Koordinerte tenester

For å legge til rette for at eldre kan bli buande heime lengst mogleg, er det viktig med gode tenester som bidrar til tryggleik og føreseielegheit for den enkelte og deira pårørande. Å skulle ta omsyn til stadig nye tenesteytarar kan vere utfordrande, særleg for personar med demens. Ein koordinator som koordinerer tenestene betre, kan vere éi løysing. Tilsvarande kan til dømes betre arbeidsdeling eller teamorganisering bidra til auka kontinuitet, jf. kapittel 5.3.1.

For brukarar med behov for langvarige og koordinerte tenester har kommunen ei plikt til å tilby koordinator, og brukarane har også ein lovfasta rett til individuell plan (IP). Helsedirektoratet har i innspel til reforma kommentert at det er forskjell mellom målgrupper når det gjeld korleis lovkrav om koordinering blir etterlevde. Direktoratet peiker på at eldre er blant målgruppene med særleg låg etterleving av lovkrav på dette området, men at det kan vere andre ordningar som heilt eller delvis varetar dette. Helsedirektoratet ser det som viktig at det blir prioritert tiltak for implementering og etterleving av lovkrav for alle målgruppene.

Nasjonalt senter for aldring og helse utarbeidde på oppdrag frå Helsedirektoratet ein eigen vegvisar om demens som blei lansert i 2022, med råd og rettleiing blant anna om korleis ein kan legge til rette for koordinerte tenester til personar med demens.

Det har dei seinare åra blitt etablert ei rekke ulike koordinatorordningar. Regjeringa vil i arbeidet med Nasjonal helse- og samhandlingsplan vurdere dei lovregulerte koordineringsordningane i både kommunane og spesialisthelsetenesta.

Digitalisering og velferdsteknologi

Digitalisering gir store moglegheiter for å utvikle helse- og omsorgstenesta til det beste for pasientar, helsepersonell, pårørande og innbyggjarar. Dei nasjonale e-helseløysingane, helsenettet, nasjonal kjernejournal, e-resept og helsenorge.no bidrar i dag til samhandling i tenesta. Det skal byggast stegvis vidare på dei nasjonale e-helseløysingane og bli utvikla ny funksjonalitet som kan møte lokale behov og legge til rette for at fleire kan bu heime lenger.

Det er også gjort investeringar i digitale samhandlingsløysingar som éi felles legemiddellover-sikt (legemiddellista til pasienten), dokument-delning, kritisk informasjon og éi nasjonal løysing for deling av laboratorie- og radiologisvar (prøve-svara til pasienten). Dette er løysingar som vil bli viktige for å legge til rette for at fleire pasientar kan bli følgde opp heime.

Det skal etablerast éi helseteknologiordning for å avlaste risiko og stimulere til investeringar i ny helse- og velferdsteknologi i kommunane.

Fleire av dei digitale løysingane og velferdsteknologi som i dag blir nytta for å legge til rette for at folk kan bu heime så lenge som mogleg, er avhengige av tilgjengelege og moderne mobil- og breibandsnett med god kvalitet. Gode og framtid-retta mobil- og breibandsnett i heile landet er derfor ein viktig føresetnad for at eldre skal kunne bu trygt heime. Regjeringa vil legge til rette for dette og har lagt ambisiøse mål for breibandstilbodet i Noreg.

Velferdsteknologi

Helse- og velferdsteknologi vil spele éi viktig rolle i helse- og omsorgstenesta i framtida og blir sett på som ein føresetnad for å sikre berekrafta i tenesta. Digitalisering og auka bruk av teknologi er sentralt for å legge til rette for at fleire eldre kan bu heime lenger. Det går fram av Hurdals-plattformen at regjeringa vil etablere éi helseteknologiordning som skal bidra til å utløyse investeringar i ny helse- og velferdsteknologi i helse-tenestene. Helseteknologiordninga skal stimulere kommunane til å samordne seg i arbeidet med betre journalløysingar og innføring av helse- og velferdsteknologi og digital heimeoppfølging. Etablering av éi helseteknologiordning skal bli sett i samanheng med velferdsteknologioprogrammet og skal kunne byggast ut over tid. Arbeidet skal støtte opp under heilskap og samanheng i tenesta og vil bli nærare konkretisert i Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Boks 6.7 Helsevakta – responscenter i Fredrikstad kommune

Helsevakta er éi responscenter teneste for mottak av alarmer frå tryggleiks- og meistringsteknologiar frå heimebuande i fleire kommunar i Viken og Innlandet. Per 2023 inn-går 16 kommunar i helsevaksamarbeidet. Helsevakta er lokalisert i og blir drifta av Fredrikstad kommune. Helsepersonell ved helsevakta responderer på alarmer, vurderer, avklarar, dokumenterer og set i verk nødvendige tiltak. Responstenesta er éi avgjerande brikke i tilnærminga kommunane har til teknologistøtta helse- og omsorgstenester. Kommunesamarbeidet gir stordriftsfordelar i form av eit samla kompetansmiljø med god vurderingskompetanse som kjem brukarar og den oppfølgande tenesta til gode. Tilsette ved helsevakta har dagar i turnus ved tryggleikspatroljen til Fredrikstad kommune. Tryggleikspatroljen følger opp brukarar som har nytta tryggleiksalarmen. Ved å veksle mellom dagar inne ved helsevakta og ute i tryggleikspatroljen blir den kliniske kompetansen halden oppe, noko som synest effektivt for vurderingskompetansen ved eit responscenter. Helsevaksamarbeidet omhandlar også samarbeid mellom e-helsemiljøa til kommunane, der tenesteutvikling innanfor velferdsteknologiområdet står sentralt. Fagmiljøet rundt e-helse blir styrkt med regionalt samarbeid ved at kommunane drar veksle på kunnskapane og erfaringane til dei andre kommunane.

Kjelde: Fredrikstad kommune

Nasjonalt velferdsteknologioprogram (NVP) blei etablert i 2014 og er eit samarbeid mellom KS, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet. Gjennom NVP har over 70 prosent av kommunane i landet tatt i bruk éin eller fleire ulike former for velferdsteknologiske løysingar i perioden 2014–2021, som til dømes lokaliseringsteknologi (GPS), elektronisk medisineringsstøtte, elektroniske dørlåsar, digitalt tilsyn og digitale tryggleiksalarmer.¹⁶ Volumet er fortsatt lavt totalt sett.

¹⁶ Helsedirektoratet (2021e).

Kommunane som har deltatt i programmet, rapporterer at bruk av velferdsteknologi gir gevinstar, hovudsakleg langs tre aksar: spart tid, unngåtte kostnader og auka kvalitet. Blant gevinstane for brukarane er auka livskvalitet og enklare tilgang på tenestene. Tilsette rapporterer om redusert stress som følge av ei jamnare arbeidsmengd i kvardagen, betre samhandling og rolegare arbeidsmiljø, færre avvik og auka pasienttryggleik. Pårørande svarer at dei opplever auka tryggleikskjensle som følge av mindre stress og bekymring for sine næraste. Fleire kommunar kan vise til unngått ressursbruk og økonomiske gevinstar på aggregert nivå. Tal frå kommunane si gevinstrapportering til Nasjonal velferdsteknologiprogram viser for eksempel at nesten 50 prosent av gevinstane er knytt til frigjort tid som følge av elektronisk medisineringsstøtte. Det har gitt personellet i heimetenesta færre besøk og mindre køyring.¹⁷ Samtidig er det fleire mindre og mellomstore kommunar som ikkje har implementert velferdsteknologi. Det er også område innanfor helse- og omsorgstenesta der utviklinga og implementeringa av velferdsteknologi ikkje har begynt, eller har komme kort. Potensialet ved auka bruk av helse- og velferdsteknologi blir framleis vurdert å vere høgt, og det er eit mål at fleire tar det i bruk som ein integrert del av tenesta. Erfaringane frå NVP viser at velferdsteknologi i dei kommunale helse- og omsorgstenestene kan gi resultat i form av spart tid, og dermed vere personellsparende. Helsepersonellkommissjonen viser til at ny teknologi og digitale løysingar har eit stort potensial for å forbetre helse- og omsorgstenesta.

Kommunenettverket for innføring av velferdsteknologi, som er etablert i regi av KS, har som formål å drive aktivt forankrings- og erfaringsdelingsarbeid i kommunane, og å dra nytte av kommunane sine eigne ressursar. Kommunenettverket bidrar med kompetanseoverføring for kommunar som ønsker å implementere ny teknologi, eller som møter på utfordringar ved å gå frå tilskotsfinansiert prosjekt eller utprøving og over i ordinær drift.

Effektiv dataflyt mellom utstyret i heimen og journal- og fagsystem er viktig for at helsepersonell skal unngå manuelle rutinar og dobbeltregistrering av journalverdig informasjon, og for at dei enkelt skal få oversikt over relevante opplysningar. For å ta ut gevinstar i samband med bruk av velferdsteknologi og digital heimeoppfølging (DHO) må data også kunne delast mellom helse-

personell og ulike verksemdar i ulike delar av helse- og omsorgstenesta. Gjennom velferdsteknologisk knutepunkt (VKP) er det mogleg å dele informasjon mellom velferdsteknologiske løysingar og journalane til kommunane. Dette er ei etterspurd løysing, og Norsk helsenett SF vil vurdere om kommunar kan kople seg på løysinga i 2023, og eventuelt kor mange. VKP blir rekna som ein komponent i helsenettet og inngår dermed som ei av dei nasjonale e-helseløysingane. Sidan velferdsteknologisk knutepunkt kan sjåast på som ein del av helsenettet, vil det kunne bli gitt føresegnar i forskrift om plikt til å ta tenesta i bruk og betaling for forvaltning og drift. Det vil då vere mogleg at fleire kommunar tar i bruk løysinga, som kan sjåast på som eit første steg i eit journalløft for kommunane.

For å bidra til at fleire kommunar tek i bruk helse- og velferdsteknologi, vil regjeringa etablere ein helseteknologiordning med mål om at fleire kommunar tek i bruk velferdsteknologi og annan personellsparende teknologi som ein integrert del av tenestene.

Å skape velferda saman

I innspela til Bu trygt heime-reforma er det peikt på at tenestene ikkje blir tilstrekkeleg samskapte med eldre menneske og pårørande. Og at eldre ikkje blir involverte i lokale planprosessar i tilstrekkeleg grad. Innovasjon og nye løysingar gjennom blant anna medverknad og samskaping skjer ofte for seint i utviklingsløpa. Friskare aldring medfører at fleire eldre er klare til å bidra med kompetanse og ressursar også etter pensjonsalderen. Slike bidrag kan gi lokalsamfunnet viktige ressursar, samtidig som vi veit at den fysiske og psykiske helsa til den enkelte blir betra av aktiv deltaking.

NOU 2011: 11 *Innovasjon i omsorg* er innstillinga frå eit utval som blei sett ned for å greie ut moglegheiter og foreslå nye innovative grep og løysingar for å møte omsorgsutfordringane i framtida. Meld. St. 29 (2012–2013) *Morgendagens omsorg*, som bygde på NOU-en, sette ei ny retning for dei kommunale helse- og omsorgstenestene, og det har skjedd ei positiv utvikling i kommunane på fleire område. Samtidig er det behov for å sjå nærare på korleis vi i større grad kan styrke samhandlinga mellom offentleg sektor og sivilsamfunnet, og korleis vi kan legge til rette for innovasjon og utvikling som utviklar løysingar og mogleggjer samspel mellom dei mange og ulike aktørane i lokalsamfunnet. Vidare er det behov for å greie ut nye former for brukarmedverknad og

¹⁷ Helsedirektoratet (2021e)

utvikle løysingar som støttar opp under målet om aktiv innbyggardialog og -involvering i utviklinga av dei kommunale helse- og omsorgstenestene. Ein slik innsats er nødvendig i møtet med ei aldrande befolkning og for å mogleggjere at utfordringane ikkje må bli løyst i helse- og omsorgssektoren aleine, men at ein tar i bruk dei samla ressursane i samfunnet for å sikre trygge og gode velferdstenester til eldre.

Regjeringa vil derfor sette ned eit utval som skal greie ut nye moglegheiter og modellar for å skape velferd saman med innbyggerane, dei tilsette, frivilligheita, brukar- og pårørandeorganisasjonar, ideelle leverandørar og næringslivet. Utvalet skal greie ut barrierar som hindrar utvikling, og finne nye løysingar i mellomromma mellom helse- og omsorgstenestene og dei andre kommunale sektorane, mellom kommunen som forvaltning og kommunen som lokalsamfunn, og mellom kommunar, næringsliv og forskings- og utdanningsmiljø. Utvalet skal bygge på og utvikle målet til regjeringa om å støtte opp om ideell sektor og ideelle tilbydarar i helse- og omsorgssektoren og å sikre frivillige og ideelle tilbydarar gode rammevilkår. Utgreiinga skal vidare legge til grunn arbeidet til regjeringa med tillitsreforma.

Næringsliv

Næringslivet kan bidra med nye løysingar som gjer at eldre kan bu trygt heime lenger. Gjennom det næringsretta verkemiddelapparatet kan føretak søke om tilskot eller lån til prosjekt. Aktuelle verkemiddel er til dømes ulike støtte- og låneordningar i Innovasjon Noreg, som innovasjonskontraktar og innovasjonspartnarskap. Offentlege aktørar innanfor helse og omsorg har også ei rolle i å fremme innovasjon gjennom anskaffingar. Her kan *Nasjonalt program for leverandørutvikling (LUP)* bidra med kompetanse på korleis offentlege aktørar kan bidra til innovasjon. I tillegg kan føretak søke om frådrag for delar av utgiftene i forskings- og utviklingsprosjekt gjennom Skattefunn.

Brukarmedverknad

Brukarmedverknad er ein lovfesta rett for alle pasientar, brukarar og pårørande. Tenesta har derfor ei plikt til å involvere dei relevante partane i undersøkingar, behandling og val av tenestetilbod. Samtidig er det mange som opplever å ikkje bli involverte i utforminga av tenester, slik Riksrevisjonen har påpeikt, jf. kapittel 2.¹⁸ Sam-

arbeid med pasientar, brukarar og pårørande er grunnleggjande for å legge til rette tenestene på ein god måte. Pasientar, brukarar og pårørande har nødvendig informasjon og erfaring som ein må legge meir vekt på.

For å nå målet om auka førebygging og helsefremmande innsats, trengst det samarbeid med dei det gjeld. Gjennom involvering kan vi mobilisere og styrke sjølvstende slik at ein så langt som mogleg blir sett i stand til å halde oppe fungering i kvardagslivet, og til å oppleve tryggleik og kontroll over eige liv. Dette krev god kommunikasjon som er tilpassa føresetnadene til den enkelte, inkludert den kulturelle og språklege bakgrunnen. Det handlar om å vareta det heilskaplege behovet til den enkelte, og ikkje berre sjukdommen eller funksjonsnedsettinga deira. Gjennom ei meir personsentrert tilnærming kan den enkelte også få varetatt psykiske, sosiale og eksistensielle behov, som bidrar til auka tillit og tryggleik.

Gjennom satsinga på Nasjonalt læringsnettverk for *Gode pasientforløp* har KS og Folkehelseinstituttet sidan 2014 jobba systematisk med å implementere spørsmålet «Kva er viktig for deg?» i helse- og omsorgstenesta. I juni kvart år blir «Kva er viktig for deg?»-dagen markert med aktivitetar over heile landet og i over 40 andre land. Satsinga har bidratt til ei viktig dreining mot ei meir personsentrert teneste.

Regjeringa ønsker at eldre skal bli tatt meir med på råd, også når det gjeld utviklinga av helse- og omsorgstenestene. Ved å involvere brukarane aukar sjansane for at tenestene svarer til det reelle behovet til brukarane. Det å sikre brukarinvolvering er også sentralt i utviklings- og innovasjonsarbeid.

Éi dør inn til informasjon

For å styrke grunnlaget for meistring er det behov for meir og samla informasjon om relevante tilbod til eldre og pårørande i kommunane, også utover informasjon om det offentlege tenestetilbodet. I dialogmøta til reforma var deltakarane opptatt av at informasjon om tilbod som er nyttige for eldre å vite om, må bli samla og spreidd. Eldre opplever å trenge informasjon om både kommunale tenester, kva dei frivillige kan tilby, kva tilbod ideelle verksemder har, og kva det lokale næringslivet kan bidra med. Mange etterlyste tiltak som bidrar til at det er lett for brukarar og pårørande å få informasjon om og kontakt med relevante tilbod i bustadkommunen. Døme på éi digital dør inn som sam-

¹⁸ Riksrevisjonen (2018b).

Boks 6.8 Innbyggartorg som informasjonskanal

Asker kommune har etablert åtte innbyggartorg som er sentralt plasserte over heile kommunen. Dei fungerer som ein open møteplass og kulturarena for alle innbyggjarane, på tvers av kulturar og generasjonar. Innbyggartorga gir også informasjon og rettleiing om tenestene og tilboda til kommunen, og fungerer som ein felles informasjonsarena til innbyggjarane. Innhaldet på innbyggartorget blir skapt i eit samarbeid mellom lokale initiativ, lag og foreiningar, det frivillige, næringslivet og kommunen. Døme på aktivitetar er turgrupper med DNT, språkkafé, dansekurs, bibliotektenester, trening for eldre og så vidare. Innbyggartorga fungerer også som møteplassar utanom aktivitetane og har erstatta tidlegare seniorsenter i kommunen. Asker kommune gjennomførte brei innbyggjarinvolvering gjennom blant anna fokusgrupper då dei utviklinga tilboda.

lar relevant informasjon for målgruppa, er samlesida til Sandefjord kommune for seniorar eller nettsida til Oslo kommune for tenester til eldre. Tiltaka som blir utvikla, må også vareta behovet for å nå fram med informasjon til ikkje-digitale innbyggjarar.

Kommunane er tente med å gi innbyggjarane sine god informasjon om tilbod og tenester og bør ha gode nettsider med lett tilgjengeleg informasjon. Regjeringa vil oppmode kommunane til å utvikle gode og oversiktlege nettsider der innbyggjarane enkelt kan finne fram til relevant informasjon. Kommunane må også ha system som fangar opp dei som tek kontakt, og sørger for at dei blir sette i kontakt med rett instans. Helse- og omsorgsdepartementet har også gitt Helsedirektoratet i oppdrag å greie ut om og korleis det samla tilbodet frå kommunane kan bli formidla til innbyggjarane gjennom éi felles dør inn på kommunenivå.

Regjeringa legg til grunn at helsenorge.no er, og framleis vil vere, hovudinngangen til innbyggjarane til offentlege helse- og omsorgstenester på nett. Til dømes er det på helsenorge.no egne sider med oversikt over rettar, informasjon om tenester, sjølvbeteningsløysingar for informasjon om eiga helse og så vidare.

6.4 Støtte til pårørande

Den norske helse- og omsorgsmodellen er kjenneteikna ved eit nært samspel mellom tenestene og familie og pårørande. I løpet av eit liv vil dei aller fleste av oss vere pårørande for nokon som står oss nær – anten i korte eller lengre periodar. Pårørande er ein viktig ressurs, både for dei næraste og for samfunnet. Berekningar viser at den samla innsatsen frå pårørande er av same omfang som innsatsen frå dei offentlege helse- og omsorgstenestene.¹⁹

Mange pårørande ønsker å hjelpe og støtte sine næraste når det er behov for det. Men som det går fram av kapittel 2.5.2, er det mange pårørande som opplever å stå i svært krevjande omsorgssituasjonar over fleire år. Ein gjen-gangar i pårørandeundersøkingar og innspel til reforma er at pårørande opplever å ikkje bli lytta til, eller at dei bruker mykje ressursar på å finne informasjon, koordinere tenestetilbodet og andre krevjande oppgåver. Det er framleis slik at kvinner tar hovudansvar for mykje av pårørande-omsorga. Kvinnehelseutvalet har vist at denne omsorga ofte får konsekvensar for kvinners eiga helse. Utvalet peiker vidare på at kombinasjonen av å delta i arbeidslivet og yte omsorg for foreldre kan bli sett på som ei ny form for tidsklemme, og påverkar føresetnadene for å delta i arbeidslivet.²⁰

Pårørande gjer ein stor innsats med omsorg for sine nærstående. Hjelp frå pårørande og frivillige er ofte ein føresetnad for at eldre personar med omfattande omsorgsbehov skal kunne bu i sin eigen heim.²¹

Regjeringa vil

- greie ut modellar for systematisk oppfølging av brukar- og pårørandeundersøkingar
- følge opp strategien *Vi – de pårørende* og evaluere erfaringane
- utvikle og implementere verktøyet pårørande-avtalar
- utvikle rettleingsmateriell om fleksible avlastingstilbod i kommunane for pårørande
- gjere permisjonsrettane til pårørande betre kjende

6.4.1 Kunnskap om pårørande

Vi har dei seinare år fått auka kunnskap om pårørande gjennom dei nasjonale pårørandeunder-

¹⁹ Daatland og Veenstra (2012).

²⁰ NOU 2023: 5.

²¹ Blix et al. (2021).

søkingane.²² Pårørandeundersøkingane gir verdifull kunnskap om korleis det blir opplevd å vere pårørande, kva utfordringar og behov pårørande har, og korleis dei opplever å bli møtte av helse- og omsorgstenestene. Med ein stadig høgare andel eldre i befolkninga, kombinert med færre i arbeidsfør alder, er det behov for meir kunnskap om pårørande til eldre. I 2023 vil den nasjonale pårørandeundersøkinga sette søkelyset på pårørande til eldre med omfattande tenestebehov. Kvinnehelseutvalet har peikt på behovet for betre samarbeid mellom helse- og omsorgstenestene og pårørande, og at kompetansen blant helsepersonell om pårørande og pårørandesamarbeid bør styrkast.²³

Det er behov for meir systematisk oppfølging av resultatane av dagens pårørandeundersøkingar og for at kommunane får høve til å følge opp eigne resultat over tid. Regjeringa vil derfor ta initiativ til å greie ut modellar for systematisk oppfølging av lokale og nasjonale brukar- og pårørandeundersøkingar. Arbeidet blir sett i samanheng med og inngå i utviklinga av nye kvalitetsindikatorar.

6.4.2 Støtte og avlastning for pårørande

Dersom omsorgsoppgåvene blir for omfattande eller krevjande, vil dei kunne utgjere ei tung belastning. I dialogmøta til reformarbeidet var mange opptatte av at eit tettare samarbeid med pårørande er nødvendig for at eldre skal kunne bu lengre heime. Forventningsavklaringar og avtalar som tydeleggjer kva pårørande kan og vil gjere, og kva kommunane skal bidra med, blei peikt på som særleg viktig. At tenestene er fleksible nok til å dekke det faktiske behovet til kvar tid, blir også løfta fram. Det er også sentralt at tenestene anerkjenner og støttar dei pårørande i dei sjølvstendige behova deira.

Strategien *Vi – de pårørende* omfattar mange tiltak som vil bidra til å styrke tilbodet til pårørande. Det er likevel behov for å utvikle nye tiltak som gir fleksible, varierte og tilpassa tilbod til dei pårørande. Regjeringa vil derfor følge opp strategien *Vi – de pårørende* i planperioden og evaluere erfaringane med strategien.

Pårørandeavtalar

Den nasjonale pårørandeundersøkinga for 2021 viser at pårørande ønsker større grad av pårørandedmedverknad og -varetaking, betre informasjon og meir føreseielege tenester.²⁴ Dette

behovet blir stadfesta i innspela vi har fått til meldinga og av Kvinnehelseutvalet. Mange pårørande opplever at det er dei sjølve som tar initiativ til samarbeid, og at helse- og omsorgstenestene ikkje alltid imøtekjem kunnskapen til dei pårørande om den dei er pårørande til. Under dei regionale innspelsmøta blei pårørandeavtalar løfta fram som eit tiltak som kan bidra til å redusere belastninga på dei pårørande.

Det er viktig å anerkjenne innsatsen frå dei pårørande. Bruk av pårørandeavtalar kan bidra til ein prosess der pårørande blir trekte inn i samarbeidet med tenesta, og på den måten kjenner seg sett og betre varetatt. Regjeringa har derfor bedd Helsedirektoratet utarbeide eit verktøy i form av ein pårørandeavtale som skal gi grunnlag for gode rutinar for samarbeidet mellom pårørande og helse- og omsorgstenesta. Avtalen skal bidra til strukturering av pårørandesamarbeidet ved å avklare roller og forventningar og gi føreseielegheit og tilstrekkeleg informasjon til dei pårørande. Formålet med ein slik pårørandeavtale skal vere å bidra til:

- varetaking av pårørande sine rettar til informasjon og medverknad saman med pasienten
- dialog mellom pårørande og helse- og omsorgstenesta
- gjensidig informasjonsutveksling mellom partane, med sikte på rolle- og forventningsavklaring
- oppfylging av behovet til pårørande for å bli sett og varetatt

Ein pårørandeavtale bør angi kva arbeidsoppgåver dei kommunale helse- og omsorgstenestene skal bidra med, og på denne måten bidra til ei tydeleg forventningsavklaring. I tillegg kan andre relevante punkt inkluderast, som blant anna om dei pårørande ønsker å utføre nokre oppgåver, og i kva omfang dette i så fall skal vere.

Pårørandeavtalar bør vere eit tilbod til alle pårørande som har behov for det. Avtalane kan berre brukast der det er avklart med pasienten eller brukaren, eller der det finst heimel for å involvere pårørande utan samtykke frå pasienten. Helsedirektoratet har blitt bedd om å greie ut forholdet mellom pårørandeavtalar, vedtak om helse- og omsorgstenester og individuell plan.

Støtte til pårørande til personar med demens

Verdshelseorganisasjonen (WHO) har utarbeidd eit nettbasert opplæringsprogram for omsorgs-

²² Opinion AS (2021); Opinion AS (2022).

²³ NOU 2023: 5.

²⁴ Opinion AS (2021).

personar og pårørande til personar med demens, *iSupport*. Formålet er å gi kunnskap om demens og førebygge fysiske og psykiske påkjenningar for personar som er nærkontaktar til personar med demens, i tillegg til å auke livskvaliteten til personar med demens. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å tilpasse relevante delar av programmet til norske forhold og vil i løpet av 2023 gjere det tilgjengeleg for pårørande gjennom helsenorge.no. Materiellet omfattar både ei e-læring og ein utskriftsversjon.

Informasjon

Mange pårørande synest det er vanskeleg å vite kva dei har rett på, og kva moglegheiter som finst i hjelpeapparatet, både for personen som er sjuk, og for dei pårørande sjølve. Helse- og omsorgstenesta har ei generell rettleiingsplikt som inneber at pårørande som vender seg til ho, skal få generell informasjon, til dømes om aktuelt regelverk og rettar, og generelt om diagnose, symptom og behandling dersom diagnosen er kjend.

Kommunane har eit særskilt ansvar for pårørande med omfattande omsorgsoppgåver og har plikt til å tilby nødvendig pårørandestøtte, blant anna i form av opplæring, rettleiing og avlasting. Avlasting kan vere ulike ting, som til dømes avlasting i heimen eller på institusjon, korttidsopphald, praktisk bistand eller dagtilbod. Også velferdsteknologi som til dømes varslings og lokaliseringssystemer kan bli gitt som avlasting for pårørande. I pårørandeundersøkinga svarer 45 prosent av dei pårørande at personen dei er pårørande til, har eitt eller fleire av dei nemnde avlastingstilboda. Men det er også mange som saknar informasjon om eigne rettar som pårørande, og berre to av ti kjenner pårørandeinformasjonen på helsenorge.no.

For å lykkast med god pårørandeomsorg er det nødvendig med tilgjengeleg, forståeleg og tidleg informasjon. Helsenorge.no er innbyggjarane sin hovudinngang til offentlege helse- og omsorgstenester på nett, og regjeringa vil bidra til å gjere helsenorge.no betre kjend. Vidare vil tiltaket éi dør inn til informasjon, under kapittel 6.3, vere relevant.

Fleksible avlastingsordningar

Pårørande som yter særleg tyngande omsorgsarbeid, har rett til eit vedtak om tiltak for å lette omsorgsbyrda etter pasient- og brukarrettslova. Men mange erfarer at avlastingstilbodet ofte er prega av standardløyisingar og ikkje tar omsyn til

Boks 6.9 Likepersonstilbodet til Nasjonalforeningen for folkehelsen

Ein likeperson er ein frivillig som sjølv har erfaringar som nær pårørande, og som har fått opplæring i korleis best mogleg vere til støtte for andre pårørande i same situasjon. Å ha nokon å snakke med som forstår situasjonen, er viktig for pårørande, og samtalar med andre pårørande som er i same situasjon, kan bidra til auka meistring av eigen kvardag. Gjennom støtte og anerkjenning kan det leggst til rette for at pårørande kan utnytte eigne ressursar i størst mogleg grad. Likepersonane i Nasjonalforeningen for folkehelsen tilbyr støtte ved at dei som nære pårørande til ein med demens bidrar med erfaringane sine i møte med andre pårørande. Pårørande veit sjølve best korleis kvardagslivet med demens blir opplevd, og likepersonstilbodet er derfor eit viktig supplement til offentlege helsetenester.

Dei frivillige som er likepersonar i Nasjonalforeningen for folkehelsen, har gått gjennom eit helgekurs der det blir fokusert mykje på sjølve samtalen og moglegheita ein har i dette møtet med andre pårørande. Alle likepersonane har underteikna eit taushetsløfte. Likepersonane får tilbod om eit oppfølgingskurs ein gong i året, der dei får fagleg påfyll og inspirasjon.

I tillegg blir dei inviterte til nettmøte eit par gongar i året for erfaringsutveksling. Dei får jamleg oppfølging og rettleiing av erfarne tilsette med spesialkompetanse innan demens, som fungerer som likepersonskoordinatorar.

Kjelde: Nasjonalforeningen for folkehelsen

behova til den pårørande eller familien med omsyn til tidspunkt, omfang og form.

Behova hos pårørande er svært ulike, og det er viktig at det blir lagt til rette for ulike avlastingsformer slik at tilboda faktisk blir opplevde som avlasting. Manglande eigentid og stress påverkar helsa til pårørande. For at avlastinga skal fungere etter intensjonen, er det viktig at både den sjuke og deira pårørande opplever god kvalitet på tilbodet. Utviklinga av fleksible og varierte aktivitetstilbod, jf. kapittel 6.3, vil bidra til meir fleksibel avlasting for pårørande. Vidare vil støttekontakt eller andre lågterskeltilbod vere aktuelle tilbod,

som i større grad bør bli tatt i bruk for eldre mot-takarar. Regjeringa vil be Helsedirektoratet om å utvikle rettleiingsmateriell om fleksible avlastings-tilbod for pårørande i kommunane.

Avlasting handlar ikkje berre om nødvendige pausar i kvardagen, men også om føreseielegheit i kvardagen, som at ein veit at heimesjukepleia kjem når ho skal. Det har blitt auka bruk av sms- og e-postvarsling som løpande dialog mellom pårørande og helse- og omsorgstenesta i kommunen. På denne måten kan pårørande enkelt halde oversikt over hjelpa brukaren får. For pårørande til menneske som bur aleine og treng hjelp og oppfølging, vil det kunne vere roande å få meldingar om at heimetenesta har vore innom. Desse tenestene har spreidd seg raskt i kommunane og dekker no 40 prosent av befolkninga i Noreg. Det er behov for å gjere desse ordningane betre kjende, slik at fleire pårørande kan oppleve føreseielegheit i kvardagen.

Tilskotsordninga for heilskapleg støtte til pårørande med krevjande omsorgsoppgåver skal bidra til at kommunen utviklar kommunale model-lar for å betre situasjonen til pårørande, og til å synleggjere, anerkjenne og støtte pårørande med krevjande omsorgsoppgåver. Erfaring viser at ordninga stimulerer til mykje lokal aktivitet med stor breidde, som til dømes kommunale pårørandesen-ter med lågterskeltiltak som meistringskurs, rettleiingssamtalar og møteplassar, etablering av pårørandekoordinatorrolle i kommunen og ulike avlastingsordningar. Regjeringa meiner det er viktig å støtte opp under tiltak som legg til rette for utvikling av lokale tilbod nær dei pårørande. Regjeringa har derfor ført vidare tilskotsordninga i 2023.

Pårørandeskular og samtalegrupper

Å dele erfaringar med andre som er i same situa-sjon, kan gi støtte og bidrag til eiga meistring av kvardagen. Formålet med samtalegrupper er at menneske som står i ein vanskeleg livssituasjon, skal finne støtte hos kvarandre gjennom å dele erfaringar og opplevingar og på denne måten finne løysingar og måtar å meistre kvardagen og familielivet på. Ei samtalegruppe kan også gi eit nettverk av personar i same situasjon som kan bidra til auka psykologisk tryggleik.²⁵

Brukar- og pårørandeorganisasjonane er sen-trale samarbeidspartnarar for helse- og omsorgs-tenestene ved utvikling og forbetring av tenes-tene. Dei bidrar til å vareta interessene til med-

Boks 6.10 Kontakt kommunale helse- og omsorgstenester på helsenorge.no

På helsenorge.no kan innbyggjarar eller pårør-ande kontakte eller kommunisere digitalt med den kommunale heimetenesta. Denne digitale tenesta er i dag tilgjengeleg for litt over halvparten av befolkninga i Noreg.

På helsenoreg.no kan innbyggjarane kom-munisere med helsekontaktane sine, til dømes fastlege, sjukehus eller heimesjukepleie. Det er også mogleg å sjå avtalar med heimetenesta på helsenorge.no, som til dømes besøk frå heimesjukepleia, og ein kan avbestille besøk.

Ein brukar kan også gi andre fullmakt til å bruke tilbodet på vegner av seg. På denne måten kan pårørande få varsel på e-post eller tekstmelding når eit heimebesøk er utført. Det gjer det også enkelt for pårørande å halde oversikt over hjelpa vedkommande får heime.

Kjelde: Helsenorge.no

lemmene gjennom å bruke erfaringane sine og dele kunnskapen sin i ulike forum som samtale-grupper, brukar- og pårøranderåd, likepersons-arbeid og så vidare.

Gjennom *Demensplan 2025* er det utvikla pårør-andetiltak som omfattar blant anna pårørande-skular og samtalegrupper for pårørande til perso-nar med demens. Målet er å gi kunnskap om demens og tilby støtte og rettleiing til pårørande. Regjeringa følger opp *Demensplan 2025* og vil føre vidare satsinga på pårørandeskular og samtalegrupper. Før utløpet av demensplanperi-oden skal innretninga av dagens tiltak bli vurdert og behovet for nye tiltak bli greidd ut. Det er sen-tralt for både brukarar og pårørande at det blir utvikla nye tiltak som gir fleksible, varierte og til-passa avlastingstilbod til personar med demens.

6.4.3 Rettane til pårørande

Permisjonsrettar i arbeidslivet

Nokre pårørande kan i periodar ha behov for arbeidsfri eller moglegheit for fleksibilitet i eigen arbeidssituasjon for å yte omsorg til eller følge opp nærstående. Arbeidsmiljølova gir rett til permisjonar og redusert arbeidstid for å vareta

²⁵ Nasjonalt senter for aldring og helse. Veiviser demens.

bestemde omsorgsoppgåver. Arbeidstakarar har rett til fri i inntil ti dagar kvart kalenderår for å yte nødvendig omsorg til foreldre, ektefelle, sambuar eller registrert partnar. Retten til permisjon er avgrensa til ti dagar same kor mange ein har omsorg for. Arbeidstakarar som pleier nærstående i heimen i sluttfasen av livet, har rett til permisjon i 60 dagar for pleie av den enkelte nærstående.

Rett til permisjon eller redusert arbeidstid gir i utgangspunktet ingen samtidig rett til økonomisk kompensasjon. Arbeidstakarar som har permisjon etter reglane i arbeidsmiljølova, kan likevel ha rett til ytingar etter folketrygdlova. Arbeidstakarar som har permisjon, kan vidare ha krav på lønn etter avtale med arbeidsgivaren eller som følge av tariffavtalar.

Personar som pleier ein nærstående i sluttfasen av livet i heimen, kan få pleiepengar i inntil 60 dagar per pasient. Reglane om pleiepengar står i folketrygdlova kapittel 9. For å ha rett til pleiepengar må ein ha vore i arbeid då pleiesituasjonen starta, slik at ein har eit inntektstap. Pårørande som er pensjonistar, eller som av andre grunnar ikkje har vore i arbeid, har ikkje rett til pleiepengar. Regjeringa foreslo nyleg endringar som skal bidra til å gjere ordninga med pleiepengar til personar som pleier nærstående i sluttfasen av livet, meir fleksibel og enklare å bruke, jf. Prop. 7 L (2022–2023). Folketrygdlova § 9-13 er endra slik at det blir gitt rett til at to personar kan ta ut pleiepengar samtidig etter denne ordninga. I tillegg blir det presisert i § 9-16 femte ledd at same legerklæring kan leggast til grunn for alle som pleier ein nærstående. Lovendringane er vedtatt av Stortinget og tredde i kraft 1. januar 2023. Pleiepengar i sluttfasen av livet er ikkje avgrensa til pårørande, men omfattar alle som har eit så nært forhold til pasienten at dei pleier vedkommande den siste tida.

Pårørande til vaksne med langvarig behov for hjelp, pleie og omsorg er ikkje omfatta av føresegnene om pleiepengar, men kan få omsorgstønad som beskrive under.

Det er viktig at alle pårørande er godt kjende med kva rettar dei har til både ulønna og lønna permisjonar, og at dei som treng det, bruker desse ordningane. Regjeringa vil derfor sørge for at informasjon om desse rettane blir tydelegare i offentlege kanalar. Arbeidstakarar bør også

undersøke om dei har ein tariffavtale som gir betre rettar enn dei som følger av lova. Regjeringa vil også trekke fram dei ressursane som ligg i frivillig innsats frå andre enn dei næraste pårørande. Mange yngre pensjonistar har stor kapasitet og kan bidra med praktisk hjelp og sosialt samvær med eldre.

Rettar i helse- og omsorgslovgivinga

Alle pårørande har rett til generell rettleiing og informasjon når dei vender seg til helse- og omsorgstenesta. Helse- og omsorgstenesta skal ha system og rutinar som legg til rette for informasjon, samtale og dialog med pårørande. Formålet med dagens regulering av rettane til pårørande er blant anna at pårørande skal vere med og bidra til å vareta interessene til pasienten og brukaren i kontakten med tenesta. Pårørande har også rett til å representere brukarar og pasientar som ikkje kan vareta sine egne interesser.

Den pårørande er den personen som pasienten eller brukaren oppgir som pårørande.²⁶ Det blir altså ikkje stilt krav om noko familie- eller slektskapsforhold mellom pasient/brukar og pårørande. Dersom personen som får tenestene, ikkje er i stand til å oppgi pårørande, skal næraste pårørande som hovudregel vere den som i størst utstrekking har varig og løpande kontakt med pasienten.

Pårørande med særleg tyngande omsorgsoppgåver kan ha rett til tiltak for å lette omsorgsbyrda gjennom blant anna opplæring, rettleiing, avlastingstiltak og omsorgsstønad.²⁷ Avlasting er viktig for å gi pårørande høve til å hente seg inn og vareta jobb, familieliv og andre forpliktingar. Det er behov for meir fleksible avlastingstilbod som møter behova til dei pårørande med omsyn til tidspunkt, varigheit og kvar tilbodet blir gitt. For pårørande med særleg tyngande omsorgsarbeid som kommunen elles ville ha utført, kan omsorgstønad vere ei moglegheit.

Helsedirektoratet har utarbeidd ein eigen pårøranderettleiar som beskriv rettane til pårørande og pliktene til helse- og omsorgstenesta, og gir tilrådingar om god praksis.

²⁶ Pasient- og brukarrettslova § 1-3.

²⁷ Pasient- og brukarrettslova § 2-8.



Figur 7.1

7 Økonomiske og administrative konsekvensar

Bu trygt heime-reforma gir retning og rammer for utviklinga av eit meir alders- og demensvennleg samfunn som skal legge til rette for at eldre som kan og vil, skal kunne bu lengre heime. Det er også eit mål å sikre berekraft gjennom betre planlegging, styrkt førebygging og meir målretta tenester.

Dei store samfunnsendingane vi står overfor med ei aldrende befolkning, vil prege heile samfunnet og krev at vi tenker nytt og ikkje minst møter dette i fellesskap på tvers av sektorar. Vi må tenke nytt og i fellesskap, slik at vi saman kan skape eit meir berekraftig samfunn. Fleire av dei foreslåtte tiltaka vil endre korleis vi jobbar, og kunne bidra til meir effektiv ressursbruk og redusert tenestebehov.

Kommunane har ei nøkkelrolle i å bidra til eit meir alders- og demensvennleg samfunn. Det er eit mål at tenester og tiltak blir utvikla som ein integrert del av det samla ansvaret til kommunane, og ikkje sektor for sektor. Regjeringa legg til grunn at dette bør skje ut frå lokale forhold, med utgangspunkt i behovet til innbyggjarane, og vidare at finansiering i hovudsak skjer gjennom rammetilskotet til kommunesektoren.

Nasjonale kvalitetsindikatorer skal bli nytta for å følge utviklinga. For dei områda som manglar data skal det bli utvikla indikatorar, som for helsefremmande og førebyggjande tiltak, inkludert for tiltak som blir greidde ut i reformperioden

Regjeringa vil komme tilbake til gjennomføringa av reforma i budsjetta for dei enkelte åra, og det blir tatt atterhald om at enkelttiltak først kan bli gjennomførte når det er budsjettmessig dekning. Gjennomføringa av reforma skal skje innanfor dei budsjetttrammene som til kvar tid gjeld for kommunane, helseføretaka, departementa (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Kommunal- og distriktsdepartementet, Kultur- og likestillingsdepartementet, Kunnskapsdepartementet og Samferdselsdepartementet) og dei underliggjande etatane til departementa.

Nye tiltak kan komme til i perioden dersom ny kunnskap og utvikling tilseier det. Eventuelle behov for endringar eller omdisponeringar som følge av dette vil bli behandla i ordinære Heile samfunnet blir endra budsjettprosessar. Eventuelle forslag til auke i løyvingane på budsjettområdet til departementet vil bli fremma i den ordinære budsjettprosessen.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

Tilråding frå Helse- og omsorgsdepartementet
16. juni 2023 om Fellesskap og meistring – Bu trygt heime blir send Stortinget.

Litteraturliste

- Agenda Kaupang (2021). *Hypoteser om færre søknader om investeringstilskudd*. Rapport nr. 1021404. Agenda Kaupang. <https://www.agendakaupang.no/publication/hypoteser-om-faerre-soknader-om-investeringstilskudd/>
- Agenda Kaupang (2022): *Evaluering av hjemmetjenesten i Oslo*. Rapport nr. 1021670. <https://www.agendakaupang.no/wp-content/uploads/2022/11/R1021670-Agenda-Kaupang-Evaluering-av-tillitsmodellen-i-Oslo-310522.pdf>
- Agenda Kaupang, Proba samfunnsanalyse og Sintef (2021). *Evaluering av forsøksordning med statlig finansiering av kommunale pleie- og omsorgstjenester*. Rapport nr. R-1020799-03. Agenda Kaupang. <https://www.agendakaupang.no/wp-content/uploads/2021/02/Rapport-HOD-Evaluering-forsoksordning-statlig-finansiering-av-kommunale-helse-og-omsorgstjenester-AK.pdf>
- Anderssen, J. S., & Gjernes, T. (2021). *Aldring i et samisk samfunn*. Septentrio Reports, (5). <https://doi.org/10.7557/7.5777>
- Anderssen, N., Eggebø, H., Stubberud, E. & Holmelid, Ø. (2021). *Seksuell orientering, kjønns mangfold og levekår. Resultater fra spørreundersøkelsen 2020*. Universitetet i Bergen.
- Andreas, S., Schulz, H., Volkert, J., Dehoust, M., Sehner, S., Suling, A., Ausín, B., Canuto, A., Crawford, M., Da Ronch, C., Grassi, L., Hershkovitz, Y., Muñoz, M., Quirk, A., Rotenstein, O., Santos-Olmo, A.B., Shalev, A., Strehle, J., Weber, K., Wegscheider, K., Wittchen, H.U. & Härter, M. (2017). Prevalence of mental disorders in elderly people: the European MentDis_ICF65+ study. *Br J Psychiatry*. 2017 Feb;210(2):125-131. doi: 10.1192/bjp.bp.115.180463. Epub 2016 Sep 8. PMID: 27609811.
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2023). *Det norske trygdesystemet. Oversikt*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/det-norske-trygdesystemet-2022/id2478621/>
- Arbeids- og velferdsdirektoratet (2021). *NAV's omverdensanalyse 2021. Utvikling, trender og konsekvenser fram mot 2035*. Rapport 1 2021. www.nav.no/omverdensanalyse.
- Bailey, C., Aitken, D., Wilson, G., Hodgson, P., Douglas, B., & Docking, R. (2019). «What? That's for Old People, that.» Home Adaptations, Ageing and Stigmatisation: A Qualitative Inquiry. *International journal of environmental research and public health*, 16(24), 4989. <https://doi.org/10.3390/ijerph16244989>
- Bardal, K.G., Meland, S., Bragtvedt, S. & Gjertsen, A. (2021). *Smart mobilitet i distriktene – Sammenstilling av nasjonal og internasjonal kunnskap*. NF rapport nr 7/2021. Nordlandsforskning.
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2020). *Universell utforming. Tilstandsanalyse og kunnskapsstatus*. <https://www2.bufdir.no/Bibliotek/Dokumentside/?docId=BUF00005140>
- Beard, J.R., Officer, A., de Carvalho, I.A., Sadana, R., Pot, A.M., Michel, J.P., Lloyd-Sherlock, P., Epping-Jordan, J.E., Peeters, G.M.E.E.G., Mahanani, W.R., Thiyagarajan, J.A., Chatterji, S. (2016). «The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing». *Lancet*. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00516-4.
- Berge, T., Øien, H. & Jakobsson, L.N. (2014). *Formell og uformell omsorg. Samspeillet mellom familien og velferdsstaten*. NOVA Notat 3/2014. Velferdsforskningsinstituttet NOVA. <https://hdl.handle.net/20.500.12199/5197>
- Bergem, R., Dahl, S.L., Olsen, G.M. & Synnevåg, E.S. (2019). *Nærmiljø og lokalsamfunn for folkehelse Sluttrapport frå evaluering av prosjektet Kartlegging og utviklingsarbeid om nærmiljø og lokalsamfunn som fremmer folkehelse*. Rapport nr. 95/2019. Høgskulen i Volda. <http://hdl.handle.net/11250/2617619>
- Bergh, S., Michelet, M. & Strandenaes, M.G. (2017). *Overganger og brudd i pasientforløp for eldre – oppsummering av kunnskap og forskningsresultater*. Delprosjekt 3. Nasjonalt senter for aldring og helse.
- Bjerkmann, I.L., Holden, M.B. & Kristiansen, A. (2019). *Kostnader og nytte ved boligtiltak i eldres private hjem*. Rapport 2019/1. Vista Analyse.

- Bliksvær, T., Andrews, T. Bardal, K.G & Waldahl, R.H. (2020). «Et godt sted å bli gammel» – En studie av aldring i rurale kommuner. NF-rapport nr. 11/ 2020. Nordlandsforskning. <https://nforsk.brage.unit.no/nforsk-xmlui/bitstream/handle/11250/2727378/NF-rapport+nr+11-2020+Et+godt+sted+a%CC%8A+bli+gammel.pdf?sequence=1>
- Blix, B.H. (2016). *Helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen i Norge – En oppsummering av kunnskap*. Senter for Omsorgsforskning. <http://hdl.handle.net/11250/2412229>
- Blix, B.H., Stalsberg, H. & Moholt, J-M. (2021). Demografisk utvikling og potensielt for uformell omsorg i Norge. *Tidsskrift for omsorgsforskning* vol. 7, utg. 1. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-01-03>
- Bloch, V.V.H. (2018). *Geografisk analyse av nyboligbygging i Norge. Igangsettingstillatelser etter mål for sentralitet og konsentrasjon*. Rapporter, 2018/32. Statistisk sentralbyrå.
- Bongo, B.A. (2012). «Samer snakker ikke om helse og sykdom.» *Samisk forståelseshorison og kommunikasjon om helse og sykdom. En kvalitativ undersøkelse i samisk kultur*. Universitetet i Tromsø. <http://hdl.handle.net/11250/2444847>
- Borge L-E., Brantzæg, B.A., Flatval, V.S., Kråkenes, T., Rattsø, J., Røtnes, R., Sørensen, R.J. & Vinsand, G. (2017). *Nullpunktmåling: Hovedrapport*. SØF-rapport nr. 01/17. Senter for økonomisk forskning nr. 01/17.
- Botngård, A., Eide, A.H., Mosqueda, L. & Malmadal, W. (2020a). Elder abuse in Norwegian nursing homes: a cross-sectional exploratory study. *BMC Health Serv Res* 20, 9 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4861-z>
- Botngård, A., Eide, A.H., Mosqueda, L. & Malmadal, W. (2020b). Resident-to-resident aggression in Norwegian nursing homes: a cross-sectional exploratory study. *BMC Geriatr* 20, 222 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01623-7>
- Brandtzæg, B.A., Lunder, T.E., Aastvedt, A. & Leikvoll, G.K.A. (2020). *Små distriktskommuners deltagelse i innovasjonsvirkemidler*. TF-rapport nr. 540. Telemarksforskning.
- Brandtzæg, B.A., Lunder, T.E., Aastvedt, A., Thorstensen, A, Groven, S. & Møller, G. (2019). *Utredning om små kommuner*. TF-rapport nr. 473. Telemarkforskning.
- Breimo, J.P. (2014). Koordinering og tilstedeværelse – om kjønne forventninger til pårørende i rehabiliteringsprosesser. *Tidsskrift for kjønnsforskning*. 2014;38(3-4):253-69. <https://doi.org/10.18261/ISSN1891-1781-2014-03-04-05>
- Bystad, M., Pettersen, K. & Grønli, O.K. (2014). Depresjon eller demens av Alzheimers type? *Tidsskr Nor Legeforen* 2014 134:525-8. doi: 10.4045/tidsskr.13.0364
- Bø, E.E. & Revold, M.K. (2019). *Scenarioanalyser av tilgjengelighet i den norske boligmassen. Rapporter*, 2019/8. Statistisk sentralbyrå.
- Choi, J.S. (2004). Evaluation of community planning and life of senior cohousing projects in northern European countries. *European planning studies*. *European Planning Studies*, 12:8, 1189-1216, DOI: 10.1080/0965431042000289296
- Comte Bureau (2022). *Behov og utfordringer. Oppsummering av regionale innspillmøter høsten 2022*.
- Courtin, E. & Knapp, M. (2017). Social Isolation, Loneliness and Health in Old Age: A Scoping Review. *Health & Social Care in the Community*, 25, 799-812. doi: 10.1111/hsc.12311.
- Danielsen, K., Nilsen, E.R & Fredwall, T.E. (2017). *Pasientforløp for eldre med kronisk sykdom – En oppsummering av kunnskap*. Senter for omsorgsforskning (2017-05). <http://hdl.handle.net/11250/2449882>
- Dent, E., Morley, J.E., Cruz-Jentoft, A.J., Arai, H., Kritchevsky, S.B., Guralnik, J., Bauer, J.M., Pahor, M., Clark, B.C., Cesari, M., Ruiz, J., Sieber, C.C., Aubertin-Leheudre, M., Waters, D.L., Visvanathan, R., Landi, F., Villareal, D.T., Fielding, R., Won, C.W., Theou, O., Martin, F.C., Dong, B., Woo, J., Flicker, L., Ferrucci, L., Merchant, R.A., Cao, L., Cederholm, T., Ribeiro, S.M.L., Rodríguez-Mañas, L., Anker, S.D., Lundy, J., Gutiérrez Robledo, L.M., Bautmans, I., Aprahamian, I., Schols, J.M.G.A., Izquierdo, M. & Vellas, B. (2018). International Clinical Practice Guidelines for Sarcopenia (ICFSR): Screening, Diagnosis and Management. *J Nutr Health Aging*. 2018;22(10):1148-1161. doi: 10.1007/s12603-018-1139-9. PMID: 30498820.
- Departementene (2020). *Vi – de pårørende. Pårørendestrategi og handlingsplan*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/08948819b8244ec893d90a66deb1aa4a/vi-de-paerorende.pdf>
- Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap og Helsedirektoratet (2017). *Samarbeid mellom kommunale tjenesteytere om brannsikkerhet for risikoutsatte grupper*. Veileder. <https://www.dsb.no/veiledere-handboker-og-informasjonsmaterieill/samarbeid-mellom-kommu>

- nale-tjenesteytere-om-brannsikkerhet-for-risiko-satte-grupper/
Dzamarija, M.T. (2022). *Eldre innvandrere i Norge. Demografi, boforhold, inntekt, formue og helse. Rapporter, 2022/2*. Statistisk sentralbyrå.
- Daatland, S.O. & Veenstra, M. (2012). *Bærekraftig omsorg?: familien, velferdsstaten og aldringen av befolkningen*. NOVA Rapport 2/12. Oslo Metropolitan University – OsloMet: NOVA <https://hdl.handle.net/20.500.12199/5054>
- Eimhjellem, I. & Guribye, E. (2023). Frivillig-sentralane i Noreg: Har dei ein bindeleddsfunksjon? *Tidsskrift for samfunnsforskning*, vol. 64 utgave 1. <https://doi.org/10.18261/tfs.64.1.3>
- Eliassen, M. & Hartviksen, T. (2020). *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre. Beskrivelser av eksisterende kunnskap om reformens utfordringsområder – Aktivitet og fellesskap*. Kunnskapsnotat. Oppsummering nr 15, Februar 2020. Senter for omsorgsforskning.
- EY og Vista Analyse (2019). *Evaluering av fastlegeordningen*.
- Fast, J., Keating, N., Eales, J., Kim, C. & Lee, Y. (2021). Trajectories of family care over the lifecourse: evidence from Canada. *Ageing & Society* 41(5): 1145-1162. doi:10.1017/S0144686X19001806
- Flademoe, A. & Arnesen, D. (2022). *Frivillighet i pandemiens tid: Koronapandemiens betydning for frivillig innsats og lokale frivillige organisasjoner*. Rapport 2022:08. Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor 2022.
- Flottorp, S., Harboe, I. Kornør, H., Sandberg, H. & Smedslund, G. (2020). *Omsorgstjenesteforskningen i Norge*. Kunnskapsnotat. Folkehelseinstituttet/ Norges Forskningsråd. <https://www.fhi.no/publ/2020/omsorgstjenesteforskningen-i-norge/>
- Folkehelseinstituttet (1989). *Nasjonal ulykkes- og skadestatistikk: Oversikt over ulykkes- og skademønsteret i Norge basert på ett års skadedata innsamlet ved sykehusene/legevaktene i Harstad, Trondheim og Stavanger 1/7 1985 – 30/6 1986*. (Rapport fra Skaderegisteret nr. 4 – 1989). Oslo: Statens institutt for folkehelse.
- Folkehelseinstituttet (2022a). *Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge*. Rapport. Nettpublikasjon: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/>.
- Folkehelseinstituttet (2022b). *Helse- og omsorgstjenester til eldre innvandrere: en systematisk karleggingsoversikt*, FHI 2022. <https://www.fhi.no/publ/2022/helse-og-omsorgstjenester-til-eldre-innvandrere/>
- Folkestad, B., Christensen, D.A., Strømsnes, K. & Selle, P. (2015). *Frivillig innsats i Noreg 1998–2014. Kva kjenneteikner dei frivillige og kva har endra seg?* Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor. <http://hdl.handle.net/11250/2445372>
- Fongar, C. & Thorén, K.H. (2022). *Kartlegging av indikatorer for gå- og aktivitetsvennlige nærmiljøer som grunnlag for videre arbeid og systematisering*. Norges miljø- og biovitenskapelige universitet. <https://www.nmbu.no/download/file/fid/55352>
- Forren, K.L., Hovden, E., Ansteinsson, V., Kalland, B. & Søberg, H.A. (2018). *Prosjektrapport 2018 Kommunal tannpleier – samhandling mellom hjemmebasert omsorg og tannhelsetjenesten. Samarbeidsprosjekt mellom Hamar kommune og Tannhelsetjenesten Hedmark*. Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst. https://www.tkost.no/getfile.php/4281511.2008.zusl-q7mzukmutt/Prosjektrapport+2018_Kommunal+tannpleier+Hamar+Hedmark.pdf
- Fredriksen-Goldsen, K., Kim, H-J., Barkan, S.E., Muraco, A. & Hoy-Ellis, C.P. (2023). Health disparities among lesbian, gay, and bisexual older adults: results from a population-based study. *Am J Public Health*. 2013 Oct;103(10): 1802-9. doi: 10.2105/AJPH.2012.301110.
- Frivillighet Norge (2022). *Samarbeid for økt deltakelse. En rapport om samarbeid mellom kommuner og frivillige organisasjoner*. <https://s3.eu-west-1.amazonaws.com/frivillighet-norge/pdf/2022-Rapport-Kommuneunders%C3%B8kelse-%C3%98kt-deltakelse.pdf>
- Frivillighet Norge og Preparation for Active aging – ProAge (2019). *Seniorers engasjement i og for frivillige organisasjoner*. <https://www.frivillighetnorge.no/?module=Files;action=File.getFile;ID=2272>
- Førland, O. & Rostad, H.M. (2019). *Variasjon og uønsket variasjon i kvalitet i omsorgstjenestene – En kunnskapsoppsummering*. Rapport nr. 4/2019. Senter for omsorgsforskning. <https://hdl.handle.net/11250/2686963>
- Gjøra, L., Kjølvik, G., Strand, B.H., Kvello-Alme, M. & Selbæk, G. (2020). *Forekomst av demens i Norge*. Nasjonalt senter for aldring og helse. https://butikk.aldringoghelse.no/file/sync-files/rapport-forekomst-av-demens-a4_2020_web.pdf
- Gleinsvik, A. & Lillebø, O.S. (2019). *Ansvarsforhold og ordninger knyttet til boligløsninger og offentlige helse- og omsorgstjenester i Norden*, Rapport 2019-17, PROBA samfunnsanalyse. <https://proba.no/wp-content/uploads/Rapport-2019-17-Ansvarsforhold-og-ordninger-knyttet-til-boligl%C3%B8sninger.pdf>

- Grut, L., Lippestad, J.W., Monkerud, L.C., Sutherland Olsen, D., Nesje, K. & Aamodt, P.O. (2021). *Følgeevaluering av Kompetanseløft 2020. Sluttrapport*. Sintef-rapport nr. 2021:703. Sintef, OsloMet og NIFU. <https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/folgeevaluering-av-kompetanseloft-2020-sluttrapport-juni-2021-signert.pdf>
- Grønlie, O. & Høye, A. (2019). Gammel og deprimert. *Tidsskr Nor Legeforen* 2019 doi: 10.4045/tidsskr.19.0640
- Grøvdal, Y. (2013). *Mellom frihet og beskyttelse? Vold og seksuelle overgrep mot mennesker med psykisk utviklingshemming – en kunnskapsoversikt*. Rapport 2/2013. NKVTS. <https://www.nkvts.no/content/uploads/2020/01/mellom-frihet-og-beskyttelse-1.pdf>
- Hansen, T. & Slagsvold, B. (2011). *Alder*. Fagbokforlaget
- Hansen, T. & Slagsvold, B. (2020). Refleksiv frivillighet i en norsk kontekst – om eldres deltakelse, motivasjon og potensial. *Tidsskrift for velferdsforskning*. Vol. 23, utg. 1. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2020-01-01>
- Hauge, E., Boysen, K.R., Bårnås, K.S., Løkken, J. & Stenersen, M. (2021). *Tilleggstjenestene i Merkur*. Oxford Research 2021/3. <https://oxfordresearch.no/wp-content/uploads/2021/05/Tilleggstjenestene-i-Merkur-final-1.pdf>
- Hedlund, M., Ingstad, K. & Moe, A. (2021). *God helse. Kunnskap for framtidens kommunehelsetjeneste*. Universitetsforlaget. <https://doi.org/10.18261/9788215042985-2021-0>
- Hektoen, L.F. (2014). *Kostnader ved hoftebrudd hos eldre*. Rapport nr. 3 – 2014. Høgskolen i Oslo og Akershus. <https://skriftserien.oslomet.no/index.php/skriftserien/article/view/18/16>
- Helgesen, M.K. & Herlofsen, K. (2017). *Kommunenes planlegging og tiltak for en aldrende befolkning*. NIBR-rapport 2017:16. By- og regionforskningsinstituttet NIBR, Høgskolen i Oslo og Akershus <https://hdl.handle.net/20.500.12199/5605>
- Helsedirektoratet (2012). *Velferdsteknologi. Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013–2030*. <https://ehealthresearch.no/files/documents/Rapporter/Andre/2012-06-Velferdsteknologi-2013-2030-Helsedirektoratet.pdf>
- Helsedirektoratet (2016). *Analyse av utviklingstrekk i omsorgssektoren*. Rapport IS-2469. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/analyse-av-utviklingstrekk-i-omsorgs-sektoren/Analyse%20av%20utviklingstrekk%20i%20omsorgssektoren%202016.pdf?download=false>
- Helsedirektoratet (2017). *Botid i sykehjem og varighet av tjenester til hjemmeboende*. Analyse-notat 02/17. Samdata kommune. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/botid-i-sykehjem-og-varighet-av-tjenester-til-hjemmeboende>
- Helsedirektoratet (2018). *Eldre stormottakere i somatisk spesialisthelsetjeneste*. Analysenotat 05/2018. SAMDATA spesialisthelsetjenesten. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/eldre-stormottakere-i-somatisk-spesialisthelsetjeneste>
- Helsedirektoratet (2019a). *Mer enn mat – innspill til nasjonal ernæringsstrategi for eldre*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/mer-enn-mat-innspill-til-nasjonal-ernaeringsstrategi-for-eldre>
- Helsedirektoratet (2019b). *Utvikling og variasjon i opphold, liggetid og andel reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter 2011-2018*. IS-2813. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utvikling-og-variasjon-i-opphold-liggetid-og-andel-reinnleggelser-for-utskrivningsklare-pasienter>
- Helsedirektoratet (2021a). *Handlingsplan for allmennlegetjenesten – årsrapport 2021*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/handlingsplan-for-allmennlegetjenesten-arsrapport-2021>
- Helsedirektoratet (2021b). *Rapport Kompetanseløft 2020. Utfordringsbildet og mulighetsrommet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utfordringsbildet-og-mulighetsrommet-i-den-kommunale-helse-og-omsorgstjenesten/pdf-versjon-av-rapporten/Utfordringsbildet%20og%20mulighetsrommet.pdf>
- Helsedirektoratet (2021c). *Helsedirektoratets undersøkelse av befolkningens digitale helsekompetanse fra 2021*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse/Befolkningens%20helsekompetanse%20-%20del%20I.pdf/>
- Helsedirektoratet (2021d). *Befolkningens helsekompetanse, del I*. IS-2959. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse/Befolkningens%20helsekompetanse%20-%20del%20I.pdf/>
- Helsedirektoratet (2021e). *Gevinstrealiseringsrapport. En kunnskapsoppsummering fra Nasjonalt velferdsteknologiprogram*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gevin->

- strealiseringsrapporter-nasjonalt-velferdsteknologiprogram/Gevinstrealiseringsrapport%20%20-%20en%20kunnskapsoppsummering%20fra%20Nasjonalt%20Velferdsteknologiprogram%202021.pdf
- Helsedirektoratet (2021f): *Nasjonal lederutdanning*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/kompetanseloft-2025/nasjonal-lederutdanning>
- Helsedirektoratet (2022a). *Anbefalinger om responstjenester for trygghetsskapende teknologier*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/anbefalinger-om-responstjenester-for-trygghetsskapende-teknologier>
- Helsedirektoratet (2022b). *Digital hjemmeoppfølging bremser forverring i helsetilstanden for personer med kronisk sykdom*. <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/digital-hjemmeoppfolging-bremser-forverring-i-helsetilstanden-for-personer-med-kronisk-sykdom>
- Helsedirektoratet (2022c). *Digital hjemmeoppfølging – sluttrapport fra nasjonal utprøving 2018-2021*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/digital-hjemmeoppfolging-sluttrapport-fra-nasjonal-utproving-2018-2021>
- Hervik, A., Conradi, L., Gramstad, A., Selbo, F., Solheim, L.M., Standal, K. & Ødegård, L. (2017). *En mer effektiv og fremtidsrettet hjelpemiddelformidling – for økt deltakelse og mestring*. Rapport fra et ekspertutvalg. https://www.regjeringen.no/contentassets/2f3ae6c7a2dd4adbae2c2e152af97c3e/a-0043-b_rapport-hjelpemiddutvalget.pdf
- Hjemås, G., Holmøy, E. & Haugstveit, F. (2019). *Fremskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060*. Rapport, 2019/12. Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/_attachment/386122?_ts=16a9b1eef68
- Holm og Monkerud (2021). *Boligrådgivning i kommunene – kartlegging, vurdering og anbefalinger*. NIBR-rapport 2021:1. By- og regionforskningsinstituttet NIBR, OsloMet. <https://hdl.handle.net/20.500.12199/6508>
- Holmøy, E., Hjemås, G. & Haugstveit, F. (2020). *Etterspørselen etter omsorgsplasser med heldøgnsbemanning mot 2060*. Rapport, 2020/43. Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/437710?_ts=175d10b7b40
- Holte, K.A., Holmås, T.H., Monstad, K. & Øygarden, O. (2019): *Leiarspenn og organisering. Samanheng med sjukefråvær og turnover*. NORCE-rapport nr. 33/2019. NORCE Norwegian Research Centre. <https://hdl.handle.net/11250/2755572>
- Høydahl, E. (2017). *Ny sentralitetsindeks for kommunene*. Notater, 2017/40. Statistisk sentralbyrå.
- Høyland K., Denizou K., Halvorsen T. & Moe, E. (202). *Bo hele livet: Nye bofellesskap og nabolag for gammel og ung*. Sintef FAG 65. SINTEF akademisk forlag. <https://www.sintefbok.no/book/download/1258>
- Høyland, K., Denizou, K., Baer, D., Evensmoe, H.F. & Ferangen, P.S. (2018). *Fra universelt utformede bygg til inkluderende områdeutvikling*. SINTEF Fag 50. SINTEF Byggforsk. <https://www.sintefbok.no/book/download/1195>
- IPCC (2014). *Climate Change 2014 – Impacts, Adaptation, and Vulnerability*. Working Group II Contribution to the Fifth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. <https://www.ipcc.ch/report/ar5/wg2/>
- Ipsos (2018). *Medlemsundersøkelse: Eldres boligbehov og ønsker for det å bo*. <https://www.huseierne.no/globalassets/boligfakta/boligfakta-2018/18.09.07-ipsos-medlemsundersokelse-eldres-boligbehov-og-onsker-for-det-a-bo.pdf>
- Jia, Z., Kornstad, T., Leknes, S. & Rønning, M. (2022). *Kommunale helse- og omsorgstjenester. Analyser av regional ressursbruk og sammenhengen mellom formell og uformell omsorg*. Rapport, 2022/32. Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/_/attachment/inline/d5ffb993-90f0-40c3-883c-dc070e5846c4:6854696385c82069e7135-bc11ac81cae3b39c98d/RAPP2022-32.pdf
- Kang, H.J., Kim, S.Y., Bae, K.Y., Kim, S.W., Shin, I.S., Yoon, J.S., Kim, J.M. (2015). Comorbidity of depression with physical disorders: research and clinical implications. *Chonnam Med J*. 2015 Apr;51(1):8-18. doi: 10.4068/cmj.2015.51.1.8.
- Kantar (2023). *Helsepolitisk barometer 2023 – Befolkningens holdninger i helsepolitiske spørsmål*. https://kantar.no/globalassets/ekspertiseomrader/politikk-og-samfunn/helsepolitisk/2023/helsepolitisk-barometer-2023_presentasjon.pdf
- Kinge, J.M., Steingrimsdóttir, Ó.A., Moe, J.O., Skirbekk, V., Næss, Ø., Strand, B.H. (2015). Educational differences in life expectancy over five decades among the oldest old in Norway. *Age Ageing*. 2015 Nov;44(6):1040-5. doi: 10.1093/ageing/afv128

- Kommunal- og distriktsdepartementet (2022). *Bostøtten – opprydning og forankring*. Rapport fra ekspertgruppe. https://www.regjeringen.no/contentassets/9a60203ca2434e3c813e79ceb289582a/bostoetten_rapport.pdf
- KMPG (2020). *Evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017–2019)*. Helsedirektoratet IS-2975
- Krane, M.S. (2021). *Helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen i Norge. Oppdatert kunnskapsoppsummering. (2016–2021)*. Oppsummering nr 28. Senter for omsorgsforskning. <https://hdl.handle.net/11250/2976847>
- Kristiansen, L. & Langballe, E.M. (2021). *Aldring og helsetilstand blant personer med utviklingshemming*. NAKU – Kunnskapsbanken. <https://www.aldringoghelse.no/wp-content/uploads/2021/11/aldring-og-helsetilstand-blant-personer-med-utviklingshemming-005.pdf>
- KS og Senteret for et aldersvennlig Norge (2023). *Aktiv og sosial hele livet. Universelt utformede og aldersvennlige uteområder og møteplasser*. <https://www.ks.no/contentassets/8faae3d367cc46809bf8f3028e84902d/22458-ks-Hefte-UU-Lev-hele-livet-web.pdf>
- Kultur- og likestillingsdepartementet (2021). *Bærekraft og like muligheter – et universelt utformet Norge (2021–2025)*. Plan/strategi. <https://www.regjeringen.no/contentassets/51369fe60a0240e4bbd554c54310048d/no/pdfs/handlingsplan-for-universell-utforming.pdf>
- Leknes, S. & Løkken, S.A. (2022). *Befolkningsframskrivninger for kommunene 2022. Rapporter*. Rapporter, 2022/30. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/befolkning/befolkningsframskrivninger/artikler/befolkningsframskrivninger-for-kommunene-2022>
- Lescher-Nuland, B.R. & Gautun, H. (2010). *Helse- og omsorgsbehov blant eldre lesbiske og homofile*. Fafo-rapport 2010:38. Fafo. <https://hdl.handle.net/11250/3013215>
- Lobmaier, P., Skeie, I., Lillevold, P., Waal, H. Bussesund, K. & Clausen, T. (2021). *LAR behandling under første året med Covid-19 pandemi*. Seraf rapport 4/2021. Universitetet i Oslo. <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2021/seraf-rapport-nr-4-2021-statusrapport-2020.pdf>
- Lundgren, A., Randall, L. & Norlén, G. (2020). *State of the Nordic Region 2020 – Wellbeing, health and digitalisation edition*. Nord. 2020: 052. Nordregio. <http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:1482486/FULL-TEXT01.pdf>
- Martinsen, B., Norlyk, A., & Gramstad, A. (2022). The experience of dependence on homecare among people ageing at home. *Ageing & Society*, 1-16. doi:10.1017/S0144686X22000150
- Melby, L., Ågotnes, G., Ambugo, E.A. & Førland, O. (2019). *Kartlegging av medisinskfaglig tilbud i sykehjem og heldøgns omsorgsboliger*. Rapportserie nr. 03/2019. Senter for omsorgsforskning. <http://hdl.handle.net/11250/2596428>
- Moe, E., Hauge, Å.L. & Høyland, K. (2021). Bofellesskap – et bidrag til økt livskvalitet for eldre? *Tidsskrift for boligforskning*. Vol. 3. <https://doi.org/10.18261/issn.2535-5988-2021-01-0>
- Moe, J.O. (2012). Trends in remaining life expectancy at retirement age (65 years) by educational level in Norway 1961-2009. *Norwegian Journal of Epidemiology*, 22(2), 85-94. <https://doi.org/10.5324/nje.v22i2.1553>
- Monkerud, L.C., Indset, M., Stokstad, S. & Klausen, J.E. (2016). *Kommunal organisering 2016. Redegjørelse for Kommunal- og moderniseringsdepartementets organisasjonsdatabase*. NIBR-rapport 2016:20. By- og regionforskningsinstituttet NIBR. <https://hdl.handle.net/20.500.12199/5868>
- Mørk, E. (2006). *Aleneboendes levekår*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/sa81/sa81.pdf>
- Nasjonalt senter for e-helseforskning (2019). *Sosial digital kontakt – et år etter*. Faktaark nr. 2/2019. <https://ehealthresearch.no/files/documents/Faktaark/Faktaark-2019-02-Sosial-digital-kontakt-et-aar-etter.pdf>
- Nielsen, K.T. & Pedersen, M. (2017). *Methods. Analyse, fakta, innsikt*. Realdania: <https://realdania.dk/projekter/rum-og-faellesskaber-for-aeldre>
- Norsk Helseinformatikk (2022). *Legemiddelbehandling av eldre*. <https://nhi.no/forskning-og-intervju/legemiddelbehandling-av-eldre/>
- NOU 2020: 15 *Det handler om Norge. Bærekraft i hele landet. Utredninger om konsekvenser av demografiutfordringer i distriktene*. Kommunal- og moderniseringsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2020-15/id2788079/>
- NOU 2023: 4 *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>
- NOU 2023: 5 *Den store forskjellen – Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.re->

- gjerungen.no/no/dokumenter/nou-2023-5/id2964854/
- Ny Analyse (2021). *Verdien av aktive seniorer. Frivillighetsbidraget fra pensjonister i Norge*.
- OECD (2021). *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.
- Ohm, E., Madsen, C. & Alver, K. (2019). *Skadebildet i Norge – Fordeling etter utvalgte temaområder*. Folkehelseinstituttet. https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2019/skadebildet-i-norge_rapport_2019.pdf
- Olsvik, V.M. (2010). *Overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne: en kunnskapsoversikt*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/rapporter/2010/overgrep_mot_kvinner_med_nedsatt_funksjonsevne.pdf
- Ong, A.D., Uchino, B.N. & Wethington, E. (2015) Loneliness and health in older adults: A mini-review and synthesis. *Gerontology*. 2016;62(4): 443-9. doi: 10.1159/000441651.
- Opdahl, S., Rangul, V., von Heimburg, D., Gravaas, B.C., Eiksund, S., Sliper, J.O., Kvistad, K., Fossland Moe, P., Krokstad, S. & Sund, E.R. (2020). *Samfunnsdeltakelse i Trøndelag 2019. Helsestatistikk-rapport nummer 4 fra HUNT4*. NTNU. https://www.ntnu.no/documents/10304/1269212242/Rapport+HUNT4_5-Samfunnsdeltakelse.pdf/4be9849d-48c6-d2e0-eadb-077e1412eb2a?t=1603175590365
- Opinion AS (2021). *Nasjonal pårørendeundersøkelse 2021*. På oppdrag fra Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/nasjonal-parorendeundersokelse/Nasjonal%20p%C3%A5r%C3%B8rendeunders%C3%B8kelse%20opinion%202021%20for%20Helsedirektoratet.pdf>
- Opinion AS (2022). *Nasjonal pårørendeundersøkelse 2022*. På oppdrag fra Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/parorendeundersokelsen-2022-unge-parorende/P%C3%A5r%C3%B8rendeunders%C3%B8kelsen%202022%20-%20unge%20p%C3%A5r%C3%B8rende.pdf>
- Ose, S.O. & Kaspersen, S.L. (2021). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2020*. Sintef-rapport 2020: 01034. <https://hdl.handle.net/11250/2719172>
- Ose, S.O. & Kaspersen, S.L. (2022). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2022: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. Hefte nr. 2022:01271. Sintef. hdl.handle.net/11250/3044247
- Oslo Economics, Institutt for helse og samfunn (UiO) & Nasjonalt Senter for distriktsmedisin (UiT) (2020). *Evaluering av utprøving av medisinsk avstandsoppfølging*. 2020/35. https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/rapporter-og-utredninger/Evaluering%20av%20utpr%C3%B8ving%20av%20medisinsk%20avstandsoppf%C3%B8lging%20-%20vedlegg.pdf/_/attachment/inline/f90ca691-311d-4fdf-ac24-62870de14830:21c9595d591ce972a094b89f4b431066ee7ae568/Evaluering%20av%20utpr%C3%B8ving%20av%20medisinsk%20avstandsoppf%C3%B8lging%20-%20vedlegg.pdf
- Oslo kommune (2020). *Dugnad for en aldersvennlig frivillighet*. https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13361763-1582729036/Tjenester%20og%20tilbud/Politikk%20og%20administrasjon/Prosjekter/Dugnad%20for%20en%20aldersvennlig%20frivillighet/Prinsipper%20for%20en%20aldersvennlig%20frivillighet_web_enkelt sider.pdf
- OsloMet Crosscare – old. <https://www.oslo-met.no/forskning/forskningsprosjekter/crosscare-old>
- Pettersen, G.R., Nordbø, E.C.A, Ese, J. & Ihlebæk, C. (2023) Can shopping centres foster well-being? A scoping review of motivations and positive experiences associated with non-shopping visits. *Wellbeing, Space and Society*, vol. 4 2023. <https://doi.org/10.1016/j.wss.2023.100133>
- Pettersen, A.M. & Engvik, M. (2022). *Livskvalitetsundersøkelsen 2022*. Notater, 2022/35. Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levetkar/artikler/livskvalitetsundersokelsen-2022.dokumentasjonsnotat/_/attachment/inline/db513f6b-7f94-4211-8331-5c9885ee31c1:32d025937b2d01388cd5cd-fc583e0ef51c0495bf/NOT2022-35.pdf
- Prognosesenteret (2021). *Hva skjer med eldrebølgen?* <https://blogg.prognosesenteret.no/hva-skjer-med-eldreboelgen>
- Pårørendealliansen (2017). *Pårørendeundersøkelsen 2017*. <https://parorendealliansen.no/2018/03/20/parorendeundersokelsen-2017-hovedfunn/>
- Rambøll og Menon (2022). *Bemanningsutfordringene i helse- og omsorgssektoren – utfordringsbildet og løsningsdimensjonene*. <https://www.ks.no/contentassets/a93715d6039a44-bf865a0f1482462b84/Sluttrapport-Bemanningsutfordringer-i-helse-og-omsorgssektoren-Ramboll-og-Menon.pdf>

- Ramm, J. (2012). *Skader og skaderisiko blant personer med nedsatt funksjonsevne – en kunnskapsoversikt*. Notater, 57/2012. Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/notat_201257/notat_201257.pdf
- Reneflot, A., Aarø, L.E., Aase, H. Reichborn-Kjennerud, T. Tambs, K & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Folkehelseinstituttet. https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf
- Riksrevisjonen (2018a). *Rett hjelpemiddel til boligtilpasning for personer med nedsatt funksjonsevne*. <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2019-2020/boligtilpasning.pdf>
- Riksrevisjonen (2018b). *Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen*. Dokument 3:5 (2018–2019). <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2018-2019/tilgjengelighetkvaliteteldreomsorgen.pdf>
- Rogne, A.F. & Syse, A. (2017). *Framtidens eldre i by og bygd. Befolkningsframskrivninger, sosio-demografiske mønstre og helse*. Rapport, 2017/32. Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/328026?_ts=15f811146d0
- Rohde, T., Grut, L., Lippestad, J. & Sarheim Antun, K. (2020). *Samhandling mellom kommuner og sykehus*. Sintef Digital. <https://www.ks.no/contentassets/37b511d26ff94bc9bb200538ecba4430/Samhandling-mellom-kommuner-og-sykehus.pdf>
- Romøren, T.I. (2012). *Ulike «omsorgsregimer» for eldre og yngre hjemmetjenestemottakere? – en kvantitativ analyse*. Rapport nr. 4/2012. Senter for omsorgsforskning. <http://hdl.handle.net/11250/144322>
- Rosenvinge, B.H. & Rosenvinge, J.H. (2003). *Forekomst av depresjon hos eldre – systematisk oversikt over 55 prevalensstudier fra 1990–2001*. Tidsskr Nor Legeforen, 123, 928–929. <https://tidsskriftet.no/2003/04/oversiktsartikkel/forekomst-av-depresjon-hos-eldre-systematisk-oversikt-over-55>
- Røde kors (2021). «Sånne små ting som å holde hender, det gjør så mye med hele deg». *Eldre menneskers hverdag under koronapandemien*. https://www.rodekors.no/globalassets/_rapporter/humanitar-analyse-rapporter/eldre-menneskers-hverdag-under-koronapandemien.pdf
- Samfunnsøkonomisk analyse AS (2020). *Tilgang på boliger i distriktene og rekruttering av arbeidskraft*. Rapport 35-2020. <https://www.samfunnsokonomisk-analyse.no/s/R35-2020-Tilgang-pa-boliger-i-distriktene-og-rekruttering-av-arbeidskraft.pdf>
- Samfunnsøkonomisk analyse AS (2022). *Kartlegging av tilgang og pris på boligfinansiering i distriktene*. Rapport 2-2022. <https://www.samfunnsokonomisk-analyse.no/s/R2-2022-Tilgang-og-pris-pa-boligfinansiering-i-distriktene.pdf>
- Sandlie, H.C. & Gulbrandsen L. (2021) Boligmarkedets sistegangskjøpere, *Tidsskrift for boligforskning*, Vol. 4, utg. 2. Universitetsforlaget. <https://doi.org/10.18261/issn.2535-5988-2021-02-0>
- Sandmoe, A., Wentzel-Larsen, T., & Hjemdal, O. K. (2017). *Vold og overgrep mot eldre personer i Norge: En nasjonal forekomststudie*. Rapport 9/2017. NKTVTS https://www.nkvts.no/content/uploads/2017/12/NKVTS_Rapport_9-17_Vold-og-overgrep-mot-eldre-personer_net.pdf
- Sandvik, H., Hetlevik, Ø., Blinkenberg, J. & Hunskaar, S. (2022). Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *British Journal of General Practice*. 2022 Jan 27;72(715): e84–e90. doi: 10.3399/BJGP.2021.0340.
- Schiro, E.C. (2022). *Norsk mediebarometer 2022*. Tall, 172. Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/kultur-og-fritid/tids-og-mediebruk/artikler/norsk-mediebarometer-2022/_attachment/inline/4ad399af-6682-4541-be85-1f459b611c10:535e2799996533ce0a0574e93966-be6f95894019/SA172_web.pdf
- Sesseng, C., Storesund, K. & Steen-Hansen, A. (2017). *Analyse av dødsbranner i Norge i perioden 2005 – 2014*. Rise-rapport A17 20176:1. RISE Fire Research. <https://risefr.no/media/publikasjoner/upload/2017/a17-20176-1-analyse-av-dodsbranner-i-norge-i-perioden-2005-2014.pdf>
- Skoog, I. (2011). Psychiatric disorders in the elderly. *Can J Psychiatry*. 2011 Jul;56(7):387–97. doi: 10.1177/070674371105600702.
- Skretting, E. & Lundsgaard, L.B. (2020) *Levekårsundersøkelsen om helse 2019*. Dokumentasjonsrapport. Notater, 2020/36. Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/434918?_ts=1754fa05508
- Skurtveit, S., Odsbu, I., Gjersing, L., Handal, M., Lid, T.G., Clausen, T. & Hamina, A. (2022). Individuals Dying of Overdoses Related to

- Pharmaceutical Opioids Differ from Individuals Dying of Overdoses Related to Other Substances: A Population-Based Register Study. *Eur Addict Res* 2022. doi: 10.1159/000526145
- Slagsvold, B. & Hansen, T. (2017). Morgendagens eldre—Betydningen av økt utdanning for mental helse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. <https://psykologtidsskriftet.no/node/17126/pdf>
- Solem, P.E. (2022). *Alderisme og aldersdiskriminering – en samfunnsutfordring*. SSP-notat nr. 7, 31. mai 2022. Senter for seniorpolitikk. <https://seniorpolitikk.no/wp-content/uploads/2022/05/SSP-notat-7-2022-Per-Erik-Solem.pdf>
- SSB (2016). Middelaldrende yter mest ulønnet omsorgsarbeid. Publisert 15. September 2016. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/middelaldrende-yter-mest-ulonnet-omsorgsarbeid>.
- SSB (2017). 1 av 10 i pensjonsalder må gå i trapper til boligen. Artikkel publisert 20. September 2017. <https://www.ssb.no/bygg-bolig-og-eiendom/artikler-og-publikasjoner/1-av-10-i-pensjonsalder-ma-ga-i-trapper-til-boligen>.
- SSB (2020). Voksende byer og aldrende bygder. Artikkel, publisert 18. august 2020. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/voksende-byer-og-aldrende-bygder>.
- SSB (2022). Fakta om helse. <https://www.ssb.no/helse/faktaside/helse>
- SSB-statistikkbanken. Tabell 06265: Boliger, etter region, statistikkvariabel, år og bygningstype.
- SSB-statistikkbanken. Tabell 10148: Boliger, etter region, heis, statistikkvariabel, år og bygningstype
- Støren, K.S., Rønning, E. & Gram, K.H. (2020). *Livskvalitet i Norge 2020*. Rapporter, 2020/35. Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/so-siale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/_attachment/432986?_ts=174f79f8608
- Sundfør, H.B & Bjørnskau, T. (2017). *Fotgjengeskader i Oslo i 2016 – En analyse av skadedata fra Oslo legevakt*. Transportøkonomisk institutt. <https://www.toi.no/getfile.php?mmfileid=47567>
- Syse, A., Artamonova, A., Thomas, M., & Veenstra, M. (2021). *Family composition and transitions into long-term care services among the elderly*. Discussion Papers, 954. Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/en/forskning/discussion-papers/_attachment/453137?_ts=17940625628
- Sørsvoll, J. & Løset, G.K. (2017). *Samfunns- virkninger av boligpolitikkm – boligsattinger og samfunnsutvikling i ti norske distriktskommuner*. NOVA rapport 3/2017. NOVA, OsloMet. <https://hdl.handle.net/20.500.12199/5113>
- Sørsvoll, J., Gulbrandsen, L., Nordvik, V., Ekne, M., Sandlie, H.C., Skogheim, R. & Vestby, G.M. (2020). *Mobilitet blant eldre på boligmarkedet – holdninger, drivere og barrierer*. NOVA-rapport nr. 5/ 2020. NOVA, OsloMet. <https://hdl.handle.net/20.500.12199/2997>
- Sørsvoll, J., Martens, C. & Daatland, S.O. (2014). *Planer for et aldrende samfunn? Bolig og tjenester for eldre i kommunene*. NOVA-rapport nr. 17/2014. NOVA, OsloMet. <https://hdl.handle.net/20.500.12199/5082>
- Sørsvoll, J., Nordvik, V., Aarland, K. & Sandlie, H.C. (2018). *Bolig i det aldrende samfunn. Analyse av rammebetingelser for fremskaffelse av velegnede boliger for eldre*. NOVA rapport nr. 12/18. NOVA, OsloMet. <https://hdl.handle.net/20.500.12199/1269>
- Sørsvoll, J., Sandlie, H.C., Nordvik, V. & Gulbrandsen, L. (2016). *Eldres boligsituasjon. Boligmarked og boligpolitikk i lys av samfunnets aldring*. NOVA-rapport 11/16. NOVA, OsloMet. <https://hdl.handle.net/20.500.12199/5099>
- Tjerbo, T., Førland, O., Sørpvll, J., Hagen, T.P., Fosse, R.M., Ambugo, E.A., Gautun, H. & Bikova, M. (2022). *Resultatevaluering av Om-sorg 2020 – regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020*. Working paper 2022:2. Universitetet i Oslo. https://www.med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/publikasjoner/skriftserie/2022/2022_2.pdf
- Trætteberg, H.S., Eimhjellen, I., Ervik, R., Enjolras, B. & Skiple, J.K. (2020). *Kommunal frivillighetspolitikk og lokale organisasjoner*. Rapport 2020:3. Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor. <http://hdl.handle.net/11250/2638301>
- Tuntland, H. & Ness, N.E. (2021). Hverdagsrehabilitering – ti pr etter oppstart og veien videre. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, vol. 7 utg. 3. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-03-12>
- Tønnessen S. & Kassah, B.L. (2017). Pårørende i kommunale helse- og omsorgstjenester: forpliktelse og ansvar i et utydelig landskap. *Tidsskrift for velferdsforskning*, Vol. 21, utg. 2. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-02-07>

- Universell utforming AS (2017). *Inkluderende uterom som stimulerer til aktivitet*. https://www.universell.no/fileshare/fileupload/1398/Idehefte_Inkluderende-uterom-som-stimulerer-til-aktivitet.pdf
- Utne, H. (2019). *1 av 3 bor alene*. Artikkel. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/1-av-3-eldre-bor-alene>
- Valorta, N.K., Kanaan, M., Gilbody, S., Ronzi, S. & Hanratty, B. (2016). Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*. 2016 Jul 1;102(13):1009-16. doi: 10.1136/heartjnl-2015-308790.
- Vinsand, G. & Eidset, I. (2016). *Landsomfattende rådmannsundersøkelse om kommunereformen*. NIVI Rapport 2016:5. <https://www.regjeringen.no/contentassets/859468c5041141fd81ddf399e1374a07/raadmannsundersokelsen.pdf>
- Vista Analyse (2018). *Et godt bad forlenger livet (i egen bolig)*. Rapport 2018/24. <https://www.regjeringen.no/contentassets/3c4e174-baf0d4a96b5525a6ee57eec4f/va-rapport-2018-24-et-godt-bad-forlenger-livet-i-egen-bolig.pdf>
- Vista Analyse (2022). *Kartlegging av transport for eldre*. Rapport 2022/30. https://www.vista-analyse.no/site/assets/files/7748/va-rapport_2022-30_kartlegging_av_transport_for_eldre.pdf
- Volkert, J., Schulz, H., Harter, M., Wlodarczyk, O., & Andreas, S. (2013). The prevalence of mental disorders in older people in Western countries – a meta-analysis. *Ageing Res Rev*, 12(1), 339-353. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2012.09.004>
- Vossius, C., Selbæk, G., Ydstebø, A.E., Benth, J.S., Godager, G., Lurås, H. & Bergh, S. (2015). *Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC)*. Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet. https://sykehuset-innlandet.no/Documents/REDIC_Rapport_Fullversjon.pdf
- World Health Organization (2015)? *World report on ageing and health*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>
- World Health Organization (2019). *Risk reduction of cognitive decline and dementia*. WHO guidelines. WHO. Hentet fra <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550543>
- Zeiner, H.H., Amundsen, M., Dokken, T., Dyb, E., Brekke Holden, M., Ekne Ruud, M., Rasmussen, I. & Skogheim, R. (2021). *Kvalitetsreform, samfunnsreform eller begge deler? Støtteapparatets forståelse og vurdering av «Leve hele livet»*. NIBR-rapport 2021:12. By- og regionforskningsinstituttet NIBR. <https://hdl.handle.net/11250/2838127>
- Zeiner, H.H., Amundsen, M., Dokken, T., Dyb, E., Brekke Holden, M., Monkerud, L.C., Rasmussen, I. & Ekne Ruud, M. (2022). *Leve hele livet i kommunene*. NIBR-rapport 2022:1. By- og regionforskningsinstituttet NIBR. <https://hdl.handle.net/11250/2982569>
- Øverland, S., et al. (2018). *Sykdomsbyrden i Norge 2016. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries and Risk Factors Study 2016 (GBD 2016)*. Rapport 2018. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/sykdomsbyrden-i-norge-i-2016.pdf>
-
-

Bestilling av publikasjonar

Trygging- og serviceorganisasjonen til departementa
publikasjoner.dep.no
Telefon: 22 24 00 00

Publikasjonane er også tilgjengelege på
www.regjeringen.no

Omslag og illustrasjoner: Melkeveien Designkontor

Trykk: Aksell AS – 06/2023

