

# Aktivitet og fellesskap for eldre

Oppsummering av kunnskap og forskningsresultater som del av kunnskapsgrunnlaget for *Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre*.  
Deloppdrag 2 fra Helse- og omsorgsdepartementet.

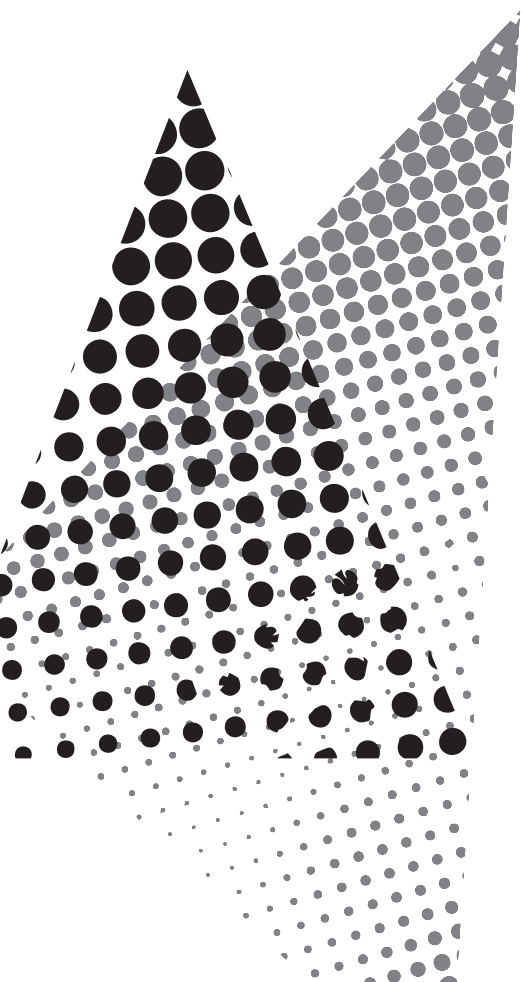


Tobba Therkildsen Sudmann

# Aktivitet og fellesskap for eldre

Oppsummering av kunnskap og forskningsresultater som del av  
kunnskapsgrunnet for *Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre*.

Deloppdrag 2 fra Helse- og omsorgsdepartementet.





Tobba Therkildsen Sudmann

# Aktivitet og fellesskap for eldre

Oppsummering av kunnskap og forskningsresultater som del av kunnskapsgrunnlaget for *Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre*.  
Deloppdrag 2 fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Senter for omsorgsforskning, vest

2017



Høgskulen  
på Vestlandet

© Forfatterne/Senter for omsorgsforskning

Omslagsbilde: You are my dancing queen, akvarell, 2017, Torunn Urnes Meyer

Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 06/2017

Tittel: Aktivitet og fellesskap for eldre

Forfattere: Tobba Therkildsen Sudmann

Satt med Adobe Caslon 10,5/12,5 (Helvetica)

ISBN (trykt utgave): 978-82-8340-079-3

ISBN (digital utgave): 978-82-8340-078-6

ISSN (trykt utgave): 1894-4213

ISSN (digital utgave): 2464-4382

Se hele rapportserien til Senter for omsorgsforskning her:

[www.omsorgsforskning.no/rapportserie](http://www.omsorgsforskning.no/rapportserie)



## FORORD

Senter for omsorgsforskning Vest takker Helse- og omsorgsdepartementet for oppdraget med Oppsummering av kunnskap og forskningsresultater som del av kunnskapsgrunnlaget for *Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre*. Oppsummeringen er gjennomført av førsteamanuensis Tobba Therkildsen Sudmann. Vi vil også takke Helse- og omsorgsdepartementet for godt samarbeid under arbeidet. Senteret håper at kunnskapsoppsummeringen vil komme til nytte i departementets arbeid med den nye stortingsmeldingen.

*Senter for omsorgsforskning vest*

*Frode F. Jacobsen,  
Professor, Forskningsleder*





# INNHOOLD

FORORD	V
1. SAMMENDRAG	1
1.1 AKTIVITET OG FELLESSKAP – KROPPSLIG, SOSIALT OG KULTURELT PÅ EN GANG	1
1.2 HVA VET VI OM BETYDNING AV AKTIVITET OG FELLESSKAP OG ALDRING?	2
1.3 HVA ER DE VIKTIGSTE UTFORDRINGENE?	2
1.4 Hvem er de sentrale aktørene?	3
1.5 HVA FREMMER OG HEMMER OVERFØRING AV KUNNSKAP FRA FORSKNING TIL POLITIKK OG FRA POLITIKK TIL PRAKSIS?	4
1.6 IMPLIKASJONER FOR POLITIKKUTFORMING FOR ELDRE SAMFUNNSBORGERE	5
2. BAKGRUNN	7
2.1 OPPDRAGET:	7
3. BEGREPSAVKLARINGER	11
3.1 HVEM ER DE ELDRE?	11
3.2 AKTIV ALDRING OG FOLKEHELSE	16
3.3 INTERNASJONAL KLASSIFISERING AV HELSE, FUNKSJON OG DELTAKELSE ICF	18
3.3.1 Helse	21
3.3.2 Kroppsfunksjoner og – strukturer (Fitness)	22



3.3.3	Aktiviteter (Function)	22
3.3.4	Deltakelse (Friendship)	22
3.3.5	Miljøfaktorer (Family)	23
3.3.6	Personlige faktorer (Fun)	23
3.4	NASJONALE OG GLOBALE UTFORDRINGER	24
3.5	HJEMMEBOENDE OG SYKEHJEMSBEBOERE	25
3.6	PÅRØRENDE, NÆRSTÅENDE OG VENNER	26
3.7	ALDERISME: DISKRIMINERING, MARGINALISERING OG UNDERTRYKKING	29
4.	METODISK TILNÆRMING OPPDRAGET	31
4.1	VITENSKAPELIGE OVERSIKTER OG OPPSUMMERINGER	33
4.2	GRÅ LITTERATUR	33
4.3	MEDIER OG PERSONLIGE KONTAKTER	34
4.4	METODISKE BETRAKTNINGER	34
5.	KUNNSKAPSSTATUS PÅ FELTET AKTIVITET OG FELLESSKAP	35
5.1	AKTIVITET	36
5.1.1	Hva er fysisk aktivitet?	36
5.1.2	Generelle helsegevinster av (fysisk) aktivitet	38
5.1.3	Barrierer for aktivitet og fellesskap:	39
5.1.4	Inspirasjon til aktivitet og fellesskap:	40
5.2	DOKUMENTERE AKTIVITET OG FELLESSKAP – YTRE MOTIVASJON	41
5.3	FALL – OPPDAGE OG FOREBYGGE	42
5.4	FYSISK AKTIVITETSNIVÅ – NASJONALE ANBEFALINGER	43
5.5	SOSIAL DELTAKELSE, FELLESSKAP OG HVERDAGSLIV	46
6.	SENTRALE UTFORDRINGER OG KUNNSKAPSHULL FOR AKIVITET OG FELLESKAP FOR ELDRE	49

6.1 FRA FORSKNING TIL POLITIKK	49
6.2 FRA POLITIKK TIL PRAKSIS	52
6.3 MYTER OM ALDRING OG ALDERISME	53
6.4 MYTER OM ELDRE INNVANDRERE	55
6.5 Kjønn og medborgerskap	57
6.6 IKKE-SMITTSOMME SYKDOMMER	59
6.7 BOLIG OG TRYGGE OMGIVELSER	60
6.8 KLIMAENDRINGER OG VÆR	62
6.9 DIGITALISERING	63
6.10 TEKNOLOGI – FOR ALLE ELLER BARE FOR ELDRE?	65
6.11 KOMMERSIALISERING AV ALDRING	68
6.12 TILGANG TIL HELSE- OG SOSIALTJENESTER	68
6.13 HVILKEN DAG ER DET I DAG?	70
6.14 HVA ER MÅLET – KVANTIFISERBARE RESULTATER ELLER PERSONLIG VELVÆRE OG TRIVSEL?	71
6.15 METT AV DAGE – AKTIVITET OG FELLESSKAP SOM NYE PLIKTER?	72
6.16 FRIVILLIGHET, PÅRØRENDE INNSATS OG PROFESJONELL FAGLIGHET	73
6.17 KOMPETANSELØFT 2020 OG UTDANNING I HELSE OG SOSIALSEKTOREN	74
7. IDENTIFIKASJON AV SENTRALE AKTØRER PÅ FELTET AKTIVITET OG FELLESSKAP FOR ELDRE	75
7.1 INNBYGGERE	76
7.2 OFFENTLIG SEKTOR	76
7.3 IDEELL SEKTOR	77
7.4 KOMMERSIELL SEKTOR	77
7.5 SIVILSAMFUNN	77
7.6 KUNNSKAPSINSTITUSJONENE OG SENTRALE FAGMILJØER	79

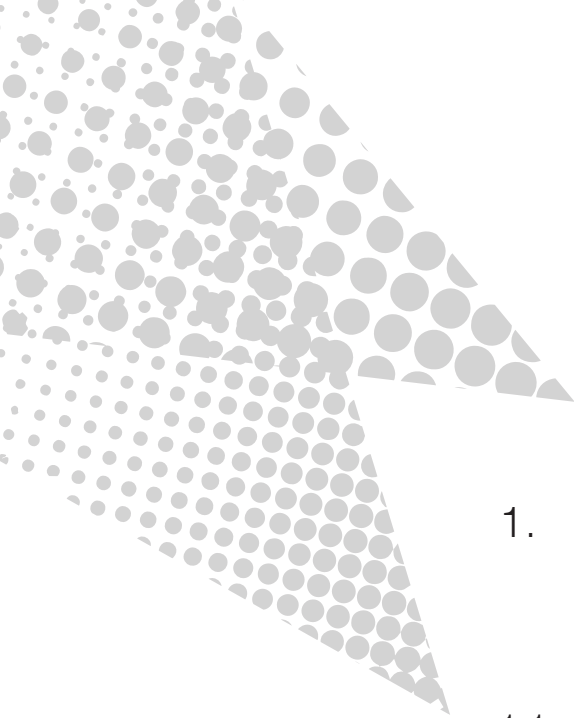
8. FORSLAG TIL TILTAK, VERKTØY OG VIRKEMIDLER FOR Å BIDRA TIL AKTIVITET OG FELLESSKAP FOR ELDRE	81
8.1 MYTEKNUSING – KUNNSKAP, SPRÅK OG STRUKTURER	81
8.2 SAMFUNNSARBEID SOM TILNÆRMING	83
8.3 ELDRE ELLER SENIOR?	84
8.4 AKTIVITETSKONTAKTER/ TRENINGSKONTAKTER - AKTIVITETSVENN	85
8.5 AKTIV ALDRING OG AKTIV OMSORG	86
8.6 PÅRØRENDE SOM PARTNERE MED SELVSTENDIGE RETTIGHETER	86
8.7 EN TIME FYSISK AKTIVITET PR DAG TIL ALLE – UAVHENGIG AV ALDER	87
8.8 VEDLIKEHOLD OG ENDRINGER AV VANER OG RUTINER	87
8.9 GODE EKSEMPLER PÅ TVERS AV FUNKSJON	88
8.9.1 “Vi skal jo hjelpe hinanden” Frivillige med utviklingshemming	88
8.9.2 Eldre hjelper eldre	88
8.10 GODE EKSEMPLER PÅ TVERS AV GENERASJON	89
8.10.1 Unge møter eldre	89
8.10.2 Reservebesteforeldre – aktivitet og fellesskap på tvers av generasjoner	90
8.10.3 Skolemåltider	90
8.11 GODE EKSEMPLER: KUNST, KULTUR OG MUSIKK	90
8.11.1 Livsglede for eldre	91
8.11.2 Teater- og musikkskoler for voksne og eldre	91
8.11.3 Musikk som miljøtiltak i sykehjem	92
8.11.4 Teater og klovner på sykehjem	92
8.11.5 Eldrekinno	92
8.11.6 Skrivekurs for eldre	92

8.12	GODE EKSEMPLER: KJØNNSSPESIFIKKE TILBUD	93
8.12.1	Svømmegrupper og karalag i Fana bydel Bergen kommune, Hordaland	93
8.12.2	Trim for damer og trening for menn Voss kommune, Hordaland	93
8.12.3	Håndarbeid og snekkerarbeid	93
8.12.4	Red Hat Society®	94
8.13	GODE EKSEMPLER: STOR EFFEKT MED ENKLE MIDLER	94
8.13.1	Forebyggende hjemmebesøk	94
8.13.2	Fallforebygging	95
8.13.3	Gå!	95
8.14	GANGE OG KOGNITIV FUNKSJON	96
8.14.1	Oslo Idrettskrets 60+ og 60+ ekstra	97
8.14.2	Norges idrettslag	97
8.14.3	Fysisk aktivitet i dagaktivitetstilbud for personer med demens – Aldring og helse	98
8.14.4	Syssel-VM for eldre	99
8.15	GODE EKSEMPLER: PÅRØRENDE OG NÆRSTÅENDE	100
8.16	GODE EKSEMPLER: FRILUFTSLIV, NATUR, DYR OG MENNESKETS HELSE	100
8.16.1	Natur og turområder	101
8.16.2	Husdyr, kjæledyr og besøksdyr	102
8.16.3	Inn på tunet – ut på havet – ut på gjerdet – ut i skogen	102
8.16.4	Singeltreff og singelturer i fjellet for seniorer – Den norske turistforening	103
8.17	NYE IDEER	103
8.17.1	Kirkens bymisjons eldreomsorg	103
8.17.2	Lag en ekstra porsjon middag – tips fra Australia	105
8.17.3	Sosialtjeneste og helsestasjon for eldre	106

8.17.4 Rusforebygging og polyfarmasi hos eldre	106
8.17.5 Erfaringskonsulenter – seniorer med egenerfaring	107
8.17.6 Hash House Harriers	108
8.17.7 Sosiale entreprenører	108
8.17.8 Meråpent bibliotek – eksempel Deichmanske bibliotek Oslo	109
8.18 INSPIRERE, INVITERE OG MOTIVERE	109
8.19 AKTIVE SAMMEN GIR VINN-VINN	110
8.20 KUNNSKAP OM ALDRING I HELE UTDANNINGSPYRAMIDEN	111
8.21 AKTIV OMSORG, STØTTE TIL EGNE VALG OG STØTTE TIL USUNNE OG KONTROVERSIELLE VALG	112
8.21.1 Ambulerende dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens Fredrikstad kommune	112
8.21.2 Sjef i eige liv – Fjell kommune, Hordaland	113
8.21.3 Lyst på livet – hvor nye muligheter kan vokse fram	114
8.21.4 Hva er viktig for deg? Aktivitetsmål	116
8.21.5 Aktiv omsorg med vekt på åndelige behov	118
8.21.6 Helseråd på melkekartonger, brødposer eller tobakkspakker?	119
9. LITTERATUR	121







# 1. SAMMENDRAG

## 1.1 AKTIVITET OG FELLESSKAP – KROPPSLIG, SOSIALT OG KULTURELT PÅ EN GANG

Aktivitet, deltakelse og sosialt fellesskap er viktig for alle mennesker gjennom hele livet, og er en nødvendig forutsetning for å kunne ha så god helse og funksjon som mulig. Vi vet at mange eldre er ensomme og isolerte, og at dette har negativ påvirkning på helse og funksjon. Rapporten tar utgangspunkt i at kroppslig og kognitiv aktivitet utover hvilenivå er en forutsetning for kommunikasjon og samhandling, enten hensikten er å begrense funksjonstap, vedlikeholde eller forbedre funksjon, sosialt samvær eller kulturelle opplevelser. Sosiale og kulturelle aktiviteter har klart en egenverdi. Eksemplene som trekkes fram i rapporten viser også at helse, funksjon og deltakelse er tett sammenvevet og gjensidig avhengig, og at sosiale og kulturelle aktiviteter indirekte også er fysiske aktiviteter. Indirekte eller tilrettelagte aktiviteter gir positiv effekt på ernæring, søvn, psykisk helse, og deltakelse i sosiale og kulturelle aktiviteter og fellesskap. Som ICF modellen viser har omgivelsene betydning som hemmende eller fremmende for aktivitet, deltakelse og fellesskap.

Verdens helseorganisasjons rammeverk ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health (Verdens helseorganisasjon, 2004), beskriver helse som resultat av kroppslige forutsetninger, kroppslig funksjon, aktivitet, sosial deltakelse og omgivelsenes betydning og påvirkning. Foreliggende rapport bygger på denne forståelsen av helse når betingelsene for aktivitet og fellesskap for eldre oppsummeres.



## 1.2 HVA VET VI OM BETYDNING AV AKTIVITET OG FELLESSKAP OG ALDRING?

Sosialt og kulturelt fellesskap er helsefremmende og trivsels-skapende. Sosial deltakelse er samhandling, og forutsetter muligheter for kommunikasjon (syn, hørsel, tale, tegn, berøring), og muligheter for forflytning med eller uten hjelpemidler eller hjelp. Fellesskap og deltakelse må ha et innhold for at det skal være meningsfylt, enten dette er håndarbeid, matlaging, dans eller musikk i sykehjem, hverdagsaktiviteter i eget hjem (egenomsorg, håndarbeid og hage-/husarbeid), aktiviteter i sivilsamfunnet eller organiserte aktiviteter uavhengig av bosted og boform. Noen aktiviteter bør tilpasses kjønn, etnisitet eller religion for å appellere til flere og for å møte den enkelte eldre sine ønsker og behov.

Helse er resultat av kroppslige forutsetninger, funksjon og deltakelse. Fysisk aktivitet over hvilenivå er nødvendig for å vedlikeholde fysisk funksjon. Fysisk aktivitet med lav til moderat intensitet er helsefremmende, forebygger fysisk og kognitivt funksjonstap, forebygger og bremser utvikling av ikke-smittsomme sykdommer (NCDs), reduserer medisinerbruk, øker trivsel, bedrer kognitiv funksjon, og kan være del av behandling eller eneste behandling for en rekke aldersrelaterte plager. Fysisk funksjon er ferskvare, og funksjoner som ikke brukes forvitrer. Eldre som ikke er tilstrekkelig fysisk aktive taper funksjon raskt. Det skal svært lite aktivitet til før det har positiv effekt på fysisk og kognitiv funksjon, og på lyst og evne til sosial deltakelse.

## 1.3 HVA ER DE VIKTIGSTE UTFORDRINGENE?

Selv om en del eldre trenger mye hjelp og assistanse i siste del av livet, eller ikke er i stand til å bo i eget hjem, har svært mange eldre god helse, og klarer seg godt med lite eller ingen assistanse. En viktig utfordring er å imøtegå myter om eldre som passive, syke, hjelpetrengende, ute av stand til å trene eller lære, kostbare, skrøpelige, sykehjemsbeboere osv. Det ser ut nye myter er i ferd å bygges opp rundt eldre med minoritetsbakgrunn som bidrar til at de får mindre kontakt med tjenestetilbydere enn de trenger. Forventninger om

'aktiv aldring' og 'suksessfull aldring' kan og bli oppfattet som nye byrder. Mytene virker på de eldre selv, på tjenesteytere, på opinionen, og på politikktutforming. Dersom mytene om aldring ikke utfordres har det innvirkning på hvordan eldre blir sett og forstått, og hvordan de blir møtt og behandlet av tjenestetilbydere. Mytene kan bidra til diskriminering og undertrykking, og til nedbrytende samhandlingsformer. Mytene kan virke hemmende på aktivitet og deltakelse, om de det gjelder ikke får uttrykt hva som er viktig for dem, og får støtte til å nå egne mål så langt det er mulig.

Kunnskapsmangel i tjenestene om positive helsemessige og sosiale effekter av lav til moderat aktivitet er en stor utfordring. Fysisk og sosial aktivitet bør være en sentral del av tjenestetilbudet. De ansatte må få kunnskap om hvordan dette kan ivaretas gjennom daglige rutiner og samværsformer, og tjenestene må utformes slik at de gir støttene organisatoriske og strukturelle betingelser som gjør det mulig å følge opp. Det er hverdagsaktivitetene som er viktigst for å vedlikeholde eller bedre kognitiv og fysisk funksjon: stå, gå, variert underlag, inne og ute, trapper – helst slik at man samtidig kan få sosiale opplevelser. Fysisk og sosial aktivitet er gjensidig forsterkende.

De strukturelle betingelsene for ivaretagelse av sosiale aktiviteter og fysisk funksjon må ivaretas gjennom tjenesteorganisering og ressurstildeling. Hjemmetjenester, dagtilbud og institusjonsomsorg bør pålegges å dokumentere fysisk og sosial aktivitet på samme måte som de dokumenter medisinförbruk og kosthold, og innarbeide arbeidsrutiner slik at tjenestemottakere kan beholde fysiske og kognitive funksjoner og et sosialt liv lengst mulig. God funksjon hos tjenestemottaker letter arbeidet til tjenesteyter hvilket er en vinn-vinn-situasjon.

#### 1.4 HVEM ER DE SENTRALE AKTØRENE?

Sentrale aktører er de eldre selv, deres familie og nærstående og øvrige nettverk. Videre er ideell, kommersiell og offentlig sektor samt sivilsamfunnet sentrale aktører. Rapporten viser hvordan sivilsamfunnet og ideell sektor ser ut til å ta et stort ansvar for å utvikle tjenestene mot aktivitet og fellesskap, og bygge ned barrierer mellom dem som trenger bistand og dem som kan gi bistand, samt koble seg aktivt til sivilsamfunnet. Rapporten viser at samarbeid på tvers gir

mange gode resultater, så fremt det er noen som har ansvar for koordinering og faglig forsvarlig praksis. Frivilligheten må ivaretas gjennom opplæring, veiledning, koordinering og gjennom en arbeidsdeling som framstår rimelig for de frivillige. Frivillighet kan ikke erstatte faglighet eller alle typer betalte tjenester.

## 1.5 HVA FREMMER OG HEMMER OVERFØRING AV KUNNSKAP FRA FORSKNING TIL POLITIKK OG FRA POLITIKK TIL PRAKSIS?

Politikkutforming (policy) på alle nivåer kan bidra å holde mytene om eldre vedlike. Det offentlige rom er fullt av myter om eldre, og retoriske grep som “eldrebølgen”, “den grå tsunami”, “ukontrollert utgiftsvekst”, “budsjettunderskudd” kobles gjennomgående til aldring i det offentlige rom, hvor også politikken bidrar. Eldres bidrag til BNP, til familie, til reiseliv, til næringsliv og sivilsamfunn er systematisk underkommunisert eller forvrengt. Det nye fokuset på “aktiv aldring” kan oppfattes som en ny plikt til trening for “eldre”, hvilket underkommuniserer at de fleste klarer seg godt allerede, og at hverdagsaktiviteter ofte er nok. Politikk og offentlig retorikk kan bidra til ytre motivasjon for aktivitet og deltakelse, men det kan også virke hemmende på indre motivasjon om det oppleves som at kravene er for store eller urimelige.

Kommersialisering av trening er godt støttet opp av mediene, på en slik måte av den helsefremmende og kostnadsfrie effekten av hverdagsaktiviteter er vanskelig å kommunisere. Folkehelsepolitikken og politikk for eldre må sees i sammenheng, og det offentlige rom må fylles med andre fortellinger om fysisk aktivitet, fellesskap og aldring.

## 1.6 IMPLIKASJONER FOR POLITIKKUTFORMING FOR ELDRE SAMFUNNSBORGERE

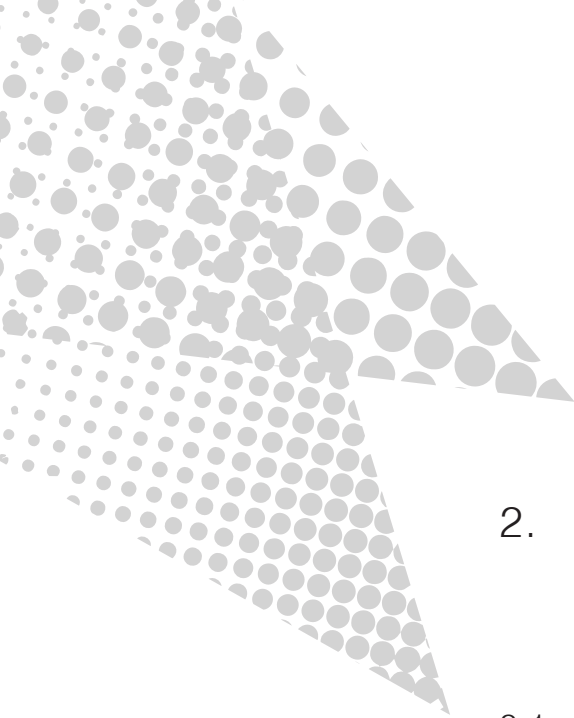
Det trengs en politikk som fokuserer på at høy alder primært er positivt, og at eldre bidrar til BNP, kulturliv, reiseliv, sivilsamfunn, næringsliv, nærmiljø og familie. Fordommer mot eldre og aldring kan motvirkes gjennom kunnskap, men også gjennom å bidra til at flere versjoner av aldring får plass i offentligheten. Nye fortellinger om eldre kan utfordre gamle, ny forskning kan bringe fram flere historier om siste del av livet. Det viktig at politikk og praksis formidler at det aldri er for seint å invitere eller bidra til aktivitet og deltakelse i sosiale fellesskap, og at enkle tiltak kan være mer enn nok. Skrøpeligheit eller svært redusert fysisk og kognitiv funksjon eller ikke til hinder for sosial kontakt, for kommunikasjon, aktivitet og deltakelse. Små tegn, gester, ord eller handlinger kan bety en viktig forskjell for den det gjelder. Det meste er bedre enn ingenting.

Politikkutformingen må bidra til at fysisk og sosial aktivitet innarbeides i grunnleggende pleie og omsorg, og at fysisk aktivitet gis samme prioritet som kosthold og medisiner. Rett til en time fysisk aktivitet og sosialt fellesskap pr. dag bør innføres også for eldre som er avhengig av assistanse.

Politikkutformingen må legge til rette for at frivillig, ideell, kommersiell og offentlige sektor kan samarbeide og utfylle hverandre for å nå målene om aktivitet og fellesskap for eldre. Samtidig som det anerkjennes at alle har et ansvar for seg selv og sine nærstående, må politikken bidra til å trekke grenser for hva det kan forventes at samfunnsborgerne selv kan ta ansvar for. Brukermedvirkning, familieomsorg eller frivillighet kan ikke erstatte faglighet, spesielt ikke når behovene blir sammensatte og funksjonsvanskene blir omfattende.

Politikk for aldringsvennlige omgivelser og trygge lokalsamfunn vil komme alle innbyggere til gode.





## 2. BAKGRUNN

### 2.1 OPPDRAGET:

Regjeringen har besluttet at det skal settes i gang et arbeid med en kvalitetsreform for eldre, med fokus på mat, aktivitet og fellesskap, helsehjelp, sammenheng og gjennomføring. Målgruppen er eldre over 67 år: hjemmeboende med og uten hjemmetjenester, samt beboere i sykehjem. Det er de senere årene lagt fram en rekke tiltak og virkemidler i de stortingsmeldinger, strategier og planer som allerede er vedtatt. Gjennomføringen av disse skal danne fundamentet for reformarbeidet. Samtidig er det behov for å løfte fram noen områder spesielt, og se nærmere på hva som kan bedre kvaliteten og redusere uønsket variasjon i tjenestene, slik at eksempler på kvalitetsbedring, smartere organisering og gode løsninger kommer langt flere til gode. Reformen skal bygge videre på allerede vedtatt politikk.

Bedring av kvalitet betyr å utvikle forebyggende og helsefremmende tiltak, behandling og rehabilitering i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og i tannhelsetjenesten. Departementet ber om en oppsummering av kunnskap og forskningsresultater om hva som er de største utfordringene når det gjelder aktivitet og fellesskap for eldre. Videre bes om en oppsummering kunnskap og forskningsresultater om gode tiltak, verktøy og virkemidler for å møte disse utfordringene på kommunalt nivå, bl.a. samarbeid med frivillige og andre aktører. Foreliggende notat oppsummerer dette, samt hva som er de største utfordringene knyttet til aldring, aktivitet og fellesskap.

Utfordringene vi står overfor i tjenestene til eldre er tidligere beskrevet i blant annet Meld. St.26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet og Omsorg 2020 med

referanser til Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg og NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg. Det vises også til Meld. St. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen- Mestring og muligheter, Meld. St. 28 (2014-2015) Legemiddelmeldingen, regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn og Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017-2021) Sunt kosthold, måltidsglede og god helse for alle. Dette reiser spørsmålet om hvordan uønskede kvalitetsforskjeller mellom kommuner, mellom ulike deler av tjenestene i den enkelte kommune, og mellom eldre og yngre brukergrupper, kan utjevnes.

Målet med reformen er:

- flere gode leveår der den aldrende befolkningen beholder god helse lenger og i større grad mestrer eget liv, samtidig som de har trygghet for riktig hjelp til helse- og sosialbehov til rett tid,
- pårørende som ikke sliter seg ut, og som kan ha en mer jevn innsats for sine nærmeste og kan oppleve også denne tiden som verdifull,
- reduksjon av unødvendig og uønsket variasjon i kvaliteten i tjenestene.

Det skal legges til rette for at de ansatte har et godt arbeidsmiljø der de får brukt sin kompetanse og har muligheter for faglig utvikling. Reformen skal bygge videre på allerede vedtatt politikk. Det skal gjennomføres regionale dialogmøter med brukere, pårørende, ansatte, frivillige og forskere for å få innspill til utfordringer og gode tiltak på reformens fire hovedområder. I tillegg er det nødvendig å få en oversikt over ny kunnskap på de ulike temaområdene.

Departementet har pekt på fem sentrale tema:

- Sentrale forutsetninger for deltakelse i fellesskap
- Ensomhet og isolasjon bl.a. på grunn av redusert mobilitet og funksjonsnedsettelse
- Manglende ferdigheter i IKT og ny teknologi
- Tap av sosiale relasjoner
- Konsekvenser av manglende fysisk og sosial aktivitet

Foreliggende rapport bygger på ICF, der disse fem temaene sees i sammenheng. Eldre er ingen ensartet gruppe, og kan ha svært forskjellige forutsetninger for aktivitet og deltakelse. Noen vil leve som da de var yngre og klare å ivareta sosial deltakelse og egenomsorg opp i svært høy alder uten spesiell tilrettelegging eller bistand. For andre kan endringer i helse og funksjon være omfattende, slik at de blir avhengig av mye assistanse og hjelp. Aldring vil slik inneholde potensiale for vekst, for vedlikehold eller tilbakegang av funksjon og helse, og

vil kreve tilpasset politikk, tiltak eller omsorg fra omgivelsene (Martinsen, 2003). Omgivelser vil i henhold til ICF omfatte personer, steder, miljø, tjenester, og organisatoriske og materielle faktorer. Rike omgivelser i betydningen variasjon i miljø, personer, aktiviteter, tiltak, steder, årstid, vær osv. er av betydning for at flest mulig skal kunne få gode kroppslige, sosiale eller kulturelle opplevelser gjennom hele livet (Gubrium, 1997; von Lindern, Lymeus, & Hartig, 2017), uavhengig av hvilket utgangspunkt en har hatt, eller hvilket liv en har levd.







### 3. BEGREPSAVKLARINGER

Sentrale begreper som aktivitet og fellesskap blir avklart og operasjonalisert i forhold til eksisterende kunnskap og forskning på feltet, og sees i lys av allerede vedtatt politikk. Begrepene aktivitet, fellesskap og deltakelse er sentrale i de siste folkehelsemeldingene, i flere meldinger og NOU om omsorg, og i meldinger om friluftsliv og velferdstjenester på gård og i Regjeringens strategiplan for et aldersvennlig samfunn og Frivillighetsmeldingen (Departementene, 2016; Helse- og omsorgsdepartementet, 2007, 2011a, 2011b, 2015a, 2015b; Magnussen & Nilssen, 2015; Magnussen, 2015; Meld. St. 26 (2014-2015); Meld. St. 18 (2015-2016); Meld. St. 19 (2014-2015); Meld. St. 29 (2012-2013); Meld. St. 31 (2015-2016); Meld. St. 34 (2012-2013); Meld. St. 34 (2015-2016); Meld. St. 34 (2015-2016); NOU 2011:11; St. Meld. nr. 39 (2006-2007)). Aktivitet og fellesskap er også sentrale pilarer i WHO sin strategi for aktiv aldring (World Health Organization, 2002). Aktivitet og deltakelse er også sentrale begreper i det som kalles hverdagsrehabilitering (Førland & Skumsnes, 2016; Tuntland & Ness, 2014) og i personsentrert omsorg (Rokstad, 2014).

#### 3.1 HVEM ER DE ELDRE?

Oppdraget er avgrenset til å gjelde personer over 67 år. Det er omtrent en million innbyggere over 60 år i dag. I Norge er det befolkningstilvekst på grunn av relativt høye fødselstall og innvandring. Antall personer over 60 vil øke når befolkningen vokser. Dette er et konkret bevis på at det er godt å leve i Norge, og der er et bevis på at svært mange har god helse opp i høy alder – ellers hadde ikke så mange blitt så gamle. Gode velferdsordninger, godt utdanningssystem og regulert arbeidsmarked (jfr. Arbeidsmiljøloven), systematisk folkehelsearbeid over tid,

og et godt helsevesen bidrar til dette. Det er den samlede befolkningens ressurser som utgjør bærebjelken for en ny politikk for aldring.

Spørsmålet som melder seg er da på hvilke måter personer over og under 67 år er like eller forskjellige, og hvorfor og hvordan det eventuelt skal utformes en egen politikk for dem over 67 år. Linn-Heidi Lunde (2017) innleder sin bok "Myter om aldring" med å spørre om Mick Jagger er en gammel mann. Rocketstjerner og kunstnere er i dag minst like aktive etter 70 årsalder som før, det samme gjelder for billedkunstnere, forfattere og skuespillere. Toralf Maurstad, Wenche Foss og Karin Krogh har fortsatt sine virksomheter opp i høy alder. En av Vest-Europas toneangivende filosofer, Hans Georg Gadamer, holdt sin siste forelesning da han var 101 år. Forskere innen alle disipliner forsetter å være kreative og produktive opp i meget høy alder verden over. Dersom en ser på verdensrekorder i friidrett er det overraskende liten forskjell mellom verdensrekorden i maraton blant personer over 75 år, og diverse lokale rekorder for personer som er 50 år yngre. Vi har etter hvert flere som beholder sertifikatet etter de er fylt 100 år. Felles for disse personene er at de selv har hatt tro på egne evner og muligheter, som finner løsninger på utfordringer som dukker opp, og de lever i omgivelser som dels forventer og dels applauder deres bidrag til fellesskapet og til seg selv.

Det norske kongeparet feiret dobbel 80-årsdag i 2017. De er fremdeles i full jobb, og lever et meget aktivt liv. Kongeparet er på mange vis meget privilegerte, men de følger de råd som gjelder alle mennesker – være i aktivitet, utfordre deg selv med nye inntrykk og oppgaver, og finne en balanse mellom aktivitet og restitusjon, fellesskap og tilbaketrekking. Gode matvaner følger gjerne en aktiv og sosial livsstil. Morgendagens eldre er blant annet hippiene og innvandrerne fra 70-tallet. Vi trenger nye bilder og forestillinger om hvem som er morgendagens "eldre". En av Inn på tunet tilbyderne i Hordaland fortalte meg at han ble litt oppgitt når de ble rådet til å ha gamle ting framme i tunhuset. Han sa at de som brukte dagtilbudet hos dem tenke på Elvis Presleys rock når noen sa "rakk", ikke karding av ull og spinning av garn med rokk.

Hovedutfordringen for en ny politikk for aldring er på den ene siden å påvirke fordommer og forestillinger om at høy alder ikke er forenlig med et aktivt og produktivt liv, og på den annen side å utforme en politikk for aldring som ikke bidrar til strukturelle barrierer for aktivitet og deltakelse livet ut. De demografiske framskrivningene viser at flere blir eldre, og at morgendagens eldre ofte er fornøyde med livet og

helsen, de lever aktive og meningsfulle liv, de har god kontakt med venner og familie, de verdsetter å være alene og trives i eget selskap, og de klarer seg godt med lite eller moderat hjelp høyt opp i alder (Lunde, 2017; Ramm, 2013; Spijker & MacInnes, 2013; Vik, 2015). Spørsmålet er da om en politikk for eldre heller skal være en politikk for aldring i et livsløp og i et folkehelseperspektiv – en politikk som støtter befolkningen evne til omsorg for seg selv og sine nærmeste, for sitt nærmiljø og sine fellesskap, og som bidrar til å realisere og beholde befolkningens helsepotensiale.

Livet setter spor i kroppen, helt ned på cellenivå, og sporene påvirker betingelser for aktivitet og deltakelse livet ut (Getz, Kirkengen, & Ulvestad, 2011). Dess eldre vi blir dess mer forskjellig kan vi bli. I helse- og samfunnsvitenskapelig forskning er det nødvendig å ta hensyn til forskjeller mellom mennesker som har innvirkning på det fenomenet en studerer. Ved utforming av en politikk for aldring må de samme forskjellene medtenkes, og det må gis tydelige begrunnelser for hvorfor man eventuelt ikke tillegger noen av forskjellene vekt. I Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn brukes begrepet funksjonell alder, som viser til at det ikke er noen lineær sammenheng mellom hvor mange år vi har levd og hvilken funksjon vi har på et gitt tidspunkt.

PROGRESS-Plus er et akronym for forskjeller mellom ulike individer som bidrar til å skape og opprettholde sosial skillelinjer, og som kan påvirke helse generelt, og aldring, aktivitet og fellesskap spesielt (Attwood, van Sluijs, & Sutton, 2016). Akronymet er bygget på engelske begreper: Place of residence, Race or ethnicity, Occupation, Gender, Religion, Education, Social capital, Socioeconomic status (SES), plus Age, Disability and Sexual orientation. Hvilke av disse kategoriene som egner seg best for å beskrive relevante forskjeller mellom mennesker er dels et empirisk spørsmål (hvilke forskjeller påvirker utfallet av ett gitt tiltak), og dels et valg av perspektiv (hvordan påvirkes helse og sosial deltakelse av å tilhøre en seksuelle eller etnisk seksuell orientering minoritet). Bosted, etnisitet, yrke (inkludert skoleelever, studenter og pensjonister), religion, utdanning, sosial kapital (familie, nettverk, kulturell kapital, språk), sosioøkonomisk status, pluss alder, funksjon og seksuell orientering. Kjønn, alder, etnisitet, seksuell orientering og funksjon er kroppslige forskjeller som dels bidra til sosiale skillelinjer, og dels er resultat av sosiale skillelinjer.

I 2014 var ca. en tredjedel av Oslos befolkning innvandrere eller barn av innvandrere (Thorsen, Myrvang, Ingebretsen, & Moen, 2015: 8). Mange av de eldre innvandrerne kom

til Norge før det ble pålegg om språkopplæring, og mange av kvinnene har vært lite integrert i det norske samfunnet på grunn av hjemmearbeid og familieomsorg. Når de blir eldre og får behov for hjelp kan manglende språk og kultur integrering føre til for høye forventninger om familieomsorg eller forsinket kontakt med offentlig omsorg (Ingebretsen, 2016).

PROGRESS-plus modellen bør sees i sammenheng med hva som hemmer og fremmer tilgang til helsetjenester, jfr. modellen til Levesque og medarbeidere (Levesque, Harris, & Russell, 2013) se lenger nede.

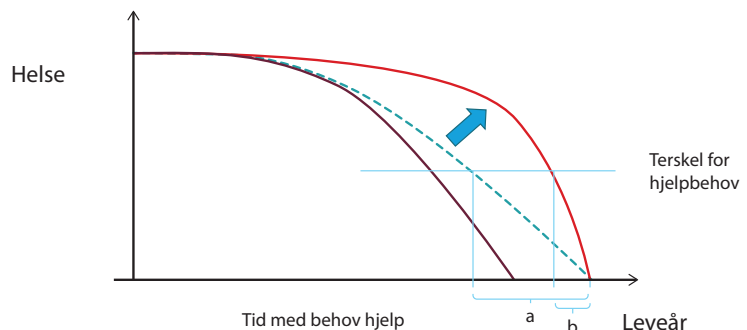
Betydningen av kroppslige forskjeller vil for den enkelte være knyttet til at vi er biologiske vesener, til vår identitet, til symbolske forestilling, og til strukturelle faktorer – jfr. beskrivelsen av de ulike betydninger og dimensjoner i betydninger av kjønn i NOU 1993:13 Kvinners helse. Hva alder, kjønn eller funksjonsnedsettelse betyr for den enkelte kan forstå ved å fokusere på biologi, identitet, kulturell betydning eller strukturelle reguleringer. Betydningen av å tilhøre en norsk minoritet (for eksempel samer, jøder, romani, romfolk, kvener, skogfinner, tegnspråklige) eller ikke-norsk minoritet (for eksempel religiøs, geografisk eller språklig minoritet) vil for den enkelte være knyttet til biologi eller kroppslige kjennetegn (medfødte eller som resultat av omskjæring), identitet, kulturelle praksiser og betydninger, og til strukturelle regulering (helligdager, kosthold, familieliv, omskjæring). Noen minoriteter er mer rurale, mens andre er mer urbane. Tilsvarende vil gjelde for personer som tilhører seksuelle minoriteter, mennesker som er utviklingshemmede eller har en fysisk funksjonsnedsettelse. Det er verdt å merke seg at selv om minoritetene deler minst et felles kjennetegn, kan de være svært ulike hverandre, og ligne mer på majoriteten. Det samme gjelder for majoritetsbefolkningen – enkeltindividene kan ligne hverandre på tvers av disse skillelinjene. Firedelingen i biologi, identitet, kultur og struktur er også relevant å bruke når man skal forstå betydningen av ervervet eller medfødt funksjonsnedsettelse, jfr. ICF lenger nede. Eldre personer deler i utgangspunktet bare det kjennetegnet at de tilhører en definert aldersgruppe, eller alderssegment. Hvorvidt personer på samme alder er mest like hverandre eller ligner med på dem som er yngre eller eldre må undersøkes i hvert tilfelle.

Eldre er bærere av tabuiserte fenomener, og de kan være både offer og overgripere, skadelidende og skadevoldere. Familieforholdene settes på prøve når det forventes at barn, svigerbarn eller ektefelles skal bidra med hjelp i det daglige eldre familiemedlemmer. Tabuiserte fenomener

som mishandling av eldre, eldre overgripere, rusmisbruk/blandingsbruk av medikamenter og alkohol, selvmord, selvskading er også tilstede i siste halvdel av livet. Tidligere vanskelig familieforhold dukker opp igjen, krenkede barn blir syke voksne (Kirkengen, 2010). De eldre er også tidligere rusbrukere, kriminelle eller bostedsløse. Sosialtjenesten for eldre opplever at gamle familieproblemer dukker opp på nytt, og sjelesørgere eller tilbydere av eksistensielle samtaler mot livets slutt erfarer at traumatiske og tabuiserte erfaringer (for eksempel overgrep) endelig kan ordlegges og eventuelt forsones. Dette er krevende for de det gjelder, og for dem skal bistå som familie eller nettverk. De profesjonelle må være oppmerksomme på at levd liv som regel inneholder erfaringer som har vært vanskelig å bære med seg, og som kanskje aldri er fortalt eller delt med noen.

De eldre er ingen ensartet gruppe, hvilket forutsetter at de møtes som individer. Vi blir mer forskjellig dess lenger vi lever, selv om det er mange fellestrekk som er relevante for aktivitet og fellesskap. På den annen side er mennesket grunnleggende sosialt, og vi er gjensidig avhengig av hverandre. Aktivitet og fellesskap er sosialt fundert, slik at om man utelukkende ser eldre som individuelle personer, kan betydningen av det sosiale bli tapt. Figuren under illustrerer at det er mulig å ha god helse langt inn i alderdommen, og at det er kun en kort periode man trenger hjelp. Målet er å legge år til livet og liv til årene.

### År til livet - eller liv til årene?



Mye tyder på at vi allerede lever lenger uten hjelpebehov (tredje alder). Eldrebølgen kommer, men ikke en tilsvarende bølge med økt behov for helsetjenester.

Spjiker J, MacInnes J. Population ageing: the timebomb that isn't? [BMJ 2013 2013-11-12 2330-47:347](https://doi.org/10.1136/bmj.2013.11-12.2330-47.347)

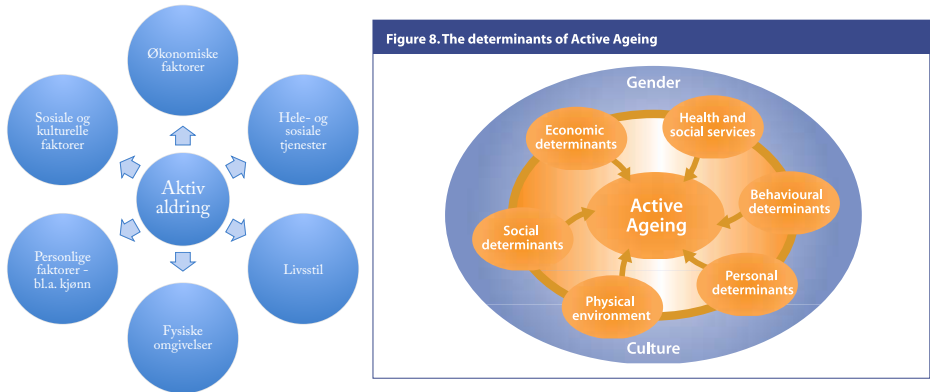
## 3.2 AKTIV ALDRING OG FOLKEHELSE

Verdens helseorganisasjon, WHO, har som en av sine hovedoppgaver å stimulere verdens befolkning til aktive livsløp. I følge WHO er den største befolkningsveksten i verden nå blant personer over 60 år. De fleste kan være friske og klare seg selv dersom de vedlikeholder kroppslige funksjoner og har noen viktige sosiale relasjoner hele livet. På den ene siden kan vi si at en god alderdom begynner med en aktiv barndom. På den andre siden er det er aldri for sent å få helseeffekt av å slutte å røyke, justere kostholdet eller øke den daglige mengden fysisk aktivitet. Fysisk funksjon er ferskvare, og trenger stadig påfyll. Det samme gjelder sosiale relasjoner og fellesskap – de må holdes vedlike. Aktive livsløp kan starte når som helst – men aktivitetene må holdes vedlike livet ut for å få best mulig helseeffekt.

Figurene under viser at aktiv aldring ikke bare er knyttet til hvordan vi lever, men også til hvor vi lever, og hvordan folk lever der vi bor. Vi vet at det er stor forskjell i forventet levealder og helse mellom ulike land i verden, og det store forskjeller innenfor hvert land. Det er betydelig forskjell knyttet til kjønn. Jenter og kvinner har adskillig dårligere livsutsikter i mange lang sammenlignet med hvordan det er i Norge. Innvandrere, asylsøkere og flyktninger som kommer til Norge har med seg sine oppveksthistorier, som kan påvirke helse og helserelaterte valg i eldre år (Ihle & Sudmann, 2014a).

I de fleste land i verden er det slik at de som har høyest utdanning og inntekt lever lenger og er friskere enn dem med ingen eller kort utdanning og lavere inntekt (Berkman, Sheridan, Donahue, & Halpern, 2011). Det er ulike forklaringer på hvorfor de med lavere inntekt og utdanning får flere helseproblemer. Noe kan være knyttet til bosted og arbeidsted, noe til at sunn mat og sunne livsstilsvalg ofte har vært dyrere enn mindre sunne alternativer, og noe til at aktiviteter på fritiden kan være dyrt. Det kan også være omvendt, at dersom man i utgangspunktet er mer sårbar for dårlig helse blir det vanskeligere å ta høyere utdanning og være i arbeid. Noe handler om hva vi anser som viktig og riktig å bruke tid, penger og krefter på – altså ulike prioriteringer og valg. Folkehelsemeldingene diskuterer sosial ulikhet i helse grundig, og bygger WHO sine rapporter (Dahlgren & Whitehead, 2009; Ihle & Sudmann, 2014b; Meld. St. 19 (2014-2015); Meld. St. 34 (2012-2013); Whitehead & Dahlgren, 2009). Sosial ulikhet i helse er en viktig utfordring for eldrepolitikken også. Figurene under viser at aktiv aldring bygger på samme forståelse av helse som ICF – det er

kombinasjonen av personlige, sosiokulturelle og strukturelle faktorer som utgjør betingelsene for aktiv aldring. Dersom disse betingelsene er ugunstige, blir aldringen følgelig mindre aktiv. Passiv aldring ligger derfor som en implisitt uønsket prosess i modellen.



**Figur** tilpasset og oversatt fra WHO Active Ageing. A policy framework, side 19, Kilde: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf) lest 09.09.2017.

Enkeltindivider kan ikke alltid påvirke helseskadelige faktorer i sine omgivelser – som for eksempel trafikkstøy, forurensing, matpriser eller boligkvalitet, hvilket også bidrar til sosial ulikhet i helse. Det er heller ikke sikkert at enkeltindivider kan endre sosiale eller kulturelle forhold knyttet til eget bosted, bomiljø familie eller arbeid. Men enkeltindivider og grupper av personer kan alltid gjøre noe med sitt fysiske aktivitetsnivå og med små og store fellesskap en inngår i. Små forandringer kan være tilstrekkelig. Vi kan velge å være litt mer aktive og sosiale. Det skal ikke så mye til før det virker!

Den enkeltes helse er derfor et resultat av det vi er født med, de omgivelser og livsbetingelser vi er blitt utsatt for, og de valg vi selv tar gjennom livet. Aktive livsløp gir bedre helse, og bedre helse gir mer interesse og overskudd for sosial deltakelse, og opplevelse av trygghet og trivsel. Begrepene aktivitet og deltakelse er dels hverdagsbegreper og dels koblet til faglige tradisjoner. I ergoterapi er aktivitet det mest sentrale begrepet, med en vitenskapelig referanse til aktivitetsvitenskap. Fysioterapeuter har bevegelse og funksjon som sine nøkkelbegreper, med bevegelsesvitenskap som vitenskapelig disiplin. Fellesskap og sosial deltakelse finner sine akademiske disipliner i samfunnsvitenskapene, og i den praktisk teoretiske tradisjonen samfunnsarbeid (å undersøke og påvirke virke vilkår for sosial deltakelse sammen med dem det gjelder, se mer lenger nede).



### 3.3 INTERNASJONAL KLASSIFISERING AV HELSE, FUNKSJON OG DELTAKElse ICF

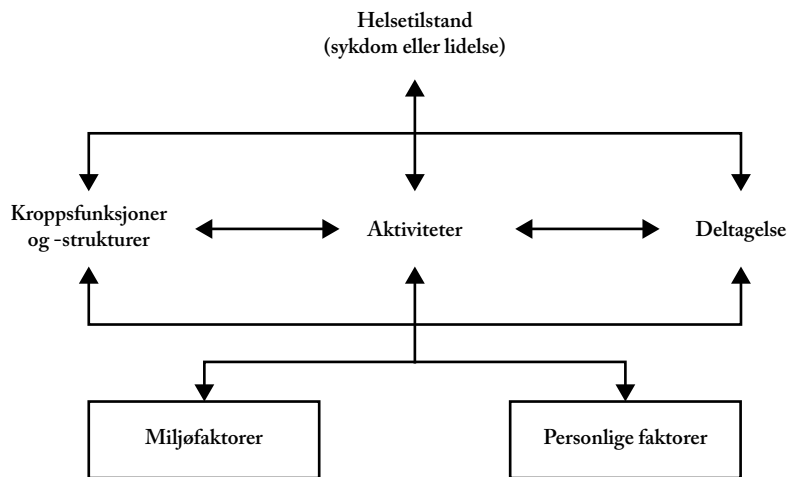
Verdens Helseorganisasjon, WHO, har siden 1970-tallet foreslått en bio-psyko-sosial tilnærming til helse som tar hensyn til de komplekse sammenhengene mellom individ og omgivelser: International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF (1980, revidert 2001). Modellen tar utgangspunkt i at omgivelsene alltid vil ha betydning for helse, enten dette er på individnivå eller gruppe/samfunnsnivå. ICF viser hvordan helseproblemer kan forstås som resultat av både biologiske og sosiale faktorer og miljøbetingelser. Norge forpliktet seg i 2002 (St.meld. 40 2002-2003) til å bruke ICF-modellen, og Helsedirektoratet (2010) anbefaler i tråd med WHO at modellen anvendes i alle helse- og velferdsutdanningene, på alle nivåer.

WHO sin politikk for aktiv aldring (2002) bygger på denne ressursfokuserte forståelsen av helse, og understreker den helsemessige betydningen av sosial deltakelse og opplevelse av trygghet i et livsløpsperspektiv. ICF-modellen kan brukes for å vise sammenhenger mellom helse, funksjon og deltakelse. ICF synliggjør hvorfor samarbeid på tvers av profesjonsgrenser og organisatoriske skillelinjer er nødvendig for at helsepotensialet på individ-, gruppe- og samfunnsnivå skal kunne realiseres og kommuniseres. WHO Ottawa charter om helsefremming fra 1986 og WHO sin modell for utjevning av sosiale helseforskjeller fra 2006, bygger begge på samme forståelsen av helse som ICF: helse er et resultat av samspillet mellom individ og omgivelser, livsbetingelser og levekår. Folkehelsemeldingene er forankret i dette. Utvikling av forskningsbasert kunnskap om hva som skaper god og dårlig helse på individ og samfunnsnivå må ta hensyn til disse sammenhengene.

Under vises ICF i tre ulike varianter. Modell 1 er originalen slik den ble utviklet av WHO. Utgangspunktet er ICIDH fra 1980, en modell av helse som skulle kunne brukes på tvers av geografiske, politiske, kulturelle og sosiale grenser, og som skulle være like relevant i industrialiserte land som i andre land. Utgangspunktet var radikalt og banebrytende: menneskets helse er tett forbundet med og avhengig av våre levekår og levevaner, og sykdom og funksjonstap får betydning i forhold til hvor og hvordan man lever. Fattigdom, krig, vannmangel, trafikk, forurensing, boligmangel, sult, undertrykking, diskriminering, marginalisering og mishandling er alt

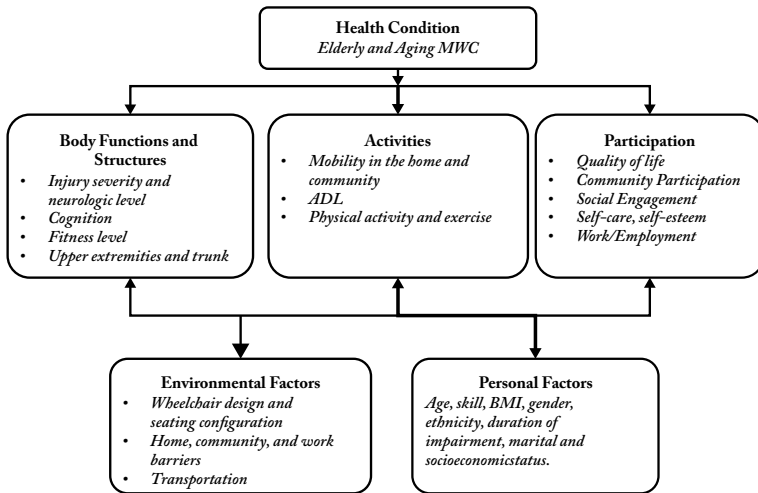
vesentlig forutsetninger for helse og livskvalitet. Da Gro Harlem Brundtland var leder i WHO sa hun at ”alt henger sammen med alt”. ICF-modellen viser dette. De personlige faktorene er kjønn, alder, religion, etnisitet, seksuell orientering eller andre viktige personlige kjennetegn, samt de vaner og uvaner vi har lagt oss til i livet, og våre måter å forholde oss til omgivelsene på. Dess eldre vi blir dess mer sammenvevd er våre liv med våre betingelser – på godt og vondt.

Om alt henger sammen med alt betyr det at små innsatser på ulike felt kan ha stor effekt på helsen og livskvaliteten. Det kan bety mer for den enkelte å høre og se eldre omtalt i mediene som en ressurs vi gleder oss over, i stedet for en grå bølge som kveler og utarmer velferdsstatens ressurser.



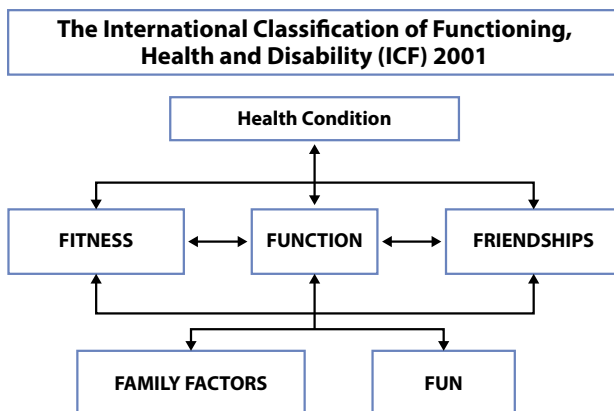
**Modell 1** ICF WHO 2001 (Verdens helseorganisasjon, 2004)

Modell 2 viser hvordan det å være en eldre bruker av en manuell rullestol kan forstås fra alt til de kroppslige årsakene til at man trenger rullestol, til design av rullestoler, famliesituasjon, deltakelse i frillig arbeid, daglig egenomsorg osv. Det som mangler i den modellen er omgøvelsenes betydning i form av tilrettelegging for rullestol, og de sosiale og kulturrelle forståelser av mennesker i rullestol. Svært mange opplever at de blir behandlet som ”annenrangs” personer når de sitter i rullestol, og eldre rammes av et dobbelt stigma og diskriminering med alder og funksjonshemming (Knøsen, Krokan, & Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering, 2003). Det er et økende antall rettslige prosesser som omhandler oppsigelser og forbigåelser eller aldersgrenser i arbeidslivet, uavhengig av funksjonnivå. Over halvparten av disse sakene ender med dom mot arbeidsgiver for diskriminering i henhold til alder / (Departementene, 2016)



**Modell 2** ICF konkretisert til eldre personer som bruker manuell rullestol (Manual Wheel Chair MWC) (Requejo, Furumasu, & Mulroy, 2015)

Den siste modellen, Modell 3, er utviklet for å passe til barn, ICF-CY, International classification of function Children and Youth. Her har forfatterne lekt seg med F-ord, som på engelsk får fram hva som er viktig i livet: det er å kunne bruke sine ressurser (fortness and function), kunne delta i aktivt i lek oannen sosial omgang med venner (reindship), betydningen av støttende og motiverende omgivelser (family), og barn/ungdoms egenkraft og egen driv (fun). Modell 3 bruker begreper som er lette å forstå, og er like gyldige for eldre som yngre.



© 2011 Blackwell Publishing Ltd, *Child: care, health and development*

**Modell 3** ICF konkretisert for barn med funksjonsnedsettelse eller kronisk sykdom (Rosenbaum & Gorter, 2012)

Når begrepene aktivitet og deltakelse brukes i den store utstrekning de gjør nå kan de bli innholdsløse. Aktivitet er et sentralt begrep innen aktivitets- og bevegelsesvitenskap (ergo- og fysioterapi), og fellesskap er et begrep som er sentralt innen humaniora og samfunnsvitenskapene (samfunnsarbeid, sosialt arbeid).

Oppdraget er avgrenset til å vise på hvilke måter aktivitet og fellesskap er relevant for å "leve hele livet", og på hvilke måter nye begreper bidrar til å sementere eller endre praksis og forståelse av aldring. Avklaring av innholdet i begrepet helse er relevant for å plassere dette i forhold til aktivitet og fellesskap. Begrepene under er hentet fra modellene over, og gir en god ramme til å diskutere vilkår for å leve hele livet med tanke på aktivitet og fellesskap.

Fellesskapsbegrepet er delvis synonymt med deltakelse og vennskap. Deltakelse kan operasjonaliseres og settes i en større sammenheng, slik aktivitetsbegrepet kan. Deltakelse og fellesskap må også diskuteres kritisk med tanke på at de i utgangspunktet oppfattes som noe som alltid er positivt. Faren for at gode intensjoner kan oppleves som ny tvang eller nye forventninger om å eldes på en vellykket eller riktig måte må tas på alvor (Noorani, Blencowe, & Brigstocke, 2013; Penderis, 2012; Rocha, Marques, Pinto, Sousa, & Figueiredo, 2013). Fellesskap som mulighet for demokratisk deltakelse er også relevant å diskutere (Boyle, 2014), samt ulike former for aldersisme og diskriminering (Carney & Gray, 2015; Sudmann, 2015b).

### 3.3.1 HELSE

Nyere definisjoner av helse er på helse som de samlede ressurser en har for å tilpasse seg og respondere på utfordringer og krav i hverdagsliv og samfunnsdeltakelse. Helse sees derfor som en kollektiv ressurs – som noe mer enn den individuelle kroppslige funksjon. Forståelsen av helse som ligger under allerede vedtatt politikk bør kartlegges og diskuteres. Sykdom er også uflaks, og mange kan komme til å trenge hjelp selv om de helst vil klare seg selv. Sykdom kan oppstå selv om en kun har tatt sunne og helsefremmende valg og har hatt de beste betingelser. ICF-modellen viser også dette – det spiller en rolle for våre samlede helseressurser hvor og når vi blir født, inn i hvilken familie vi fødes, og hvilke levekår og livsbetingelser vi må forholde oss til (Crawford, 2006; Huber et al., 2011). Folkehelsearbeidet retter seg mot det som kan forebygges, og mot å heve befolkningens samlede ressurser for å håndtere de utfordringer som kommer. Det er viktig at

folkehelsearbeidet og strategier for aktiv aldring ikke formidler at alt kan forebygges, slik at de som blir syke eller trenger hjelp utsettes for en dobbel belastning med å måtte ta ansvar for at de er blitt syke og hjelpetrengende: om vi oppfatter at vi skal eldes friske og med stil kan det bli en ny belastning som truer helsen. Helsebegrepet i ICF rommer alt fra mikronivåer inne i hver enkelt celle, til hvordan vi samhandler med våre omgivelser: en bio-psyko-sosial modell på helse.

### 3.3.2 KROPPSFUNKSJONER OG – STRUKTURER (FITNESS)

Funksjonsbegrepet i ICF viser til hvordan kroppen virker i dagligliv, og til den mer individualiserte helseressursen. Redusert bevegelsesevne, reduserte sansing eller kognitive vansker på virker funksjon, og vil derfor påvirke de andre elementene i modellen. Funksjonsnedsettelse følger dels alder, men oftere er det et resultat av underbruk. Kroppen sparer eller reduserer vedlikehold av funksjoner og ressurser som ikke blir brukt. Kroppsfunksjonene utgjør betingelser for hvordan man kan utføre aktiviteter. Kroppsfunksjoner og strukturer påvirker fysisk, mental og åndelig fungering.

### 3.3.3 AKTIVITETER (FUNCTION)

Aktiviteter er å bruke kroppen til noe meningsfylt; gå fra et rom til et annet, koke kaffe, stelle seg, velge kanal på radioen, planlegge ett besøk, bevege seg trygt ute i nærområdet. Aktivitet er å ta i bruk de ressursene man har får å løse de oppgaver man ønsker. Det å velge en oppgave, planlegge og gjennomføre er en like viktig aktivitet som å gjennomføre oppgavene rent konkret. Aktiviteter vil så godt som alltid forutsette et fysisk aktivitetsnivå (energiomsetning) i kroppen utover hvilenivå.

### 3.3.4 DELTAKELSE (FRIENDSHIP)

Det overordnede funksjonsbegrepet i ICF refererer til noe mennesker gjør, enten det er å utføre en aktivitet eller en arbeidsoppgave eller å kunne delta i en sosial situasjon. Deltakelse er derfor et sentralt begrep for å forstå helse og sykdom i relasjon til hverdagsliv, arbeid eller fritid – med andre ord i forhold til de relasjoner og institusjoner et individ inngår i. Politiske føringer i dag vektlegger at dagens helsetjeneste skal endres fra å være profesjons-styrt til å bli pasientens

helsetjeneste. Deltakelse og medvirkning er for dette formål avgjørende. Det er like viktig å studere vilkår og mekanismer for ikke-deltakelse som vilkår for sosial deltakelse. Fellesskap og deltakelse kan bli en ny plikt, og derved en belastning. ICF modellen illustrerer hvordan helse og funksjon kan forstås fra cellenivå til muligheter for valgdeltakelse, og den gir ulike inntak til hvordan vi kan forstå hva som hemmer og fremmer aktivitet og fellesskap for alle. ICF modellens fokus på deltakelse gir tilsvarende argumenter for systematisk involvering av de det gjelder i utforming av ulike tjenester, slik vi nå ser med økende fokus på samproduksjon av tjenester, brukermedvirkning og samvalg (Barry & Edgman-Levitan, 2012; Ihle & Sudmann, 2014a; Meld.St. 34 (2015-2016); Stiggelbout et al., 2012). Studier av venners og families betydning på helse viser at gode relasjoner har dokumenterbar effekt på helse, også hos eldre (Teresa E Seeman, 2000).

### 3.3.5 MILJØFAKTORER (FAMILY)

I ICF modellen er miljøfaktorer de sosiale, kulturelle og materielle betingelser vi lever under – familieforhold, bosted, universell tilrettelegging, diskriminering, fordommer, medikalisering, undertrykking, utvidet familie, lokal-samfunn, politiske og sosiale ordninger (for eksempel allmenn stemmerett, ytringsfrihet, allemannsretten, arverett, odelsrett og eiendomsrett for kvinner, folketrygd, rett til helsehjelp). Miljøfaktorer er også de globale utfordringer knyttet til klima og matproduksjon, og til globale konflikter og krig. Lokalt vil miljøfaktorer relateres til universell tilrettelegging (minste felles multiplum) eller til berikete miljøer (alt passer ikke til alle, noe for enhver). Gatelyst, brøyting og sandstrøing, offentlig transport osv. er eksempler på lokale varianter av omgivelser. Mediene er sentrale i omgivelsene, og de bidrar til å skape og opprettholde stereotypier om aldring og om eldre. Dette kan være vel så hemmende på livsutfoldelsen som et stivt kne eller redusert hørsel.

### 3.3.6 PERSONLIGE FAKTORER (FUN)

Personlige faktorer relateres til vår biografi og levde erfaring. Alder, kjønn, sosioøkonomisk status, sosial kapital, religion, utdanning, seksuell orientering, familie/venner, dels utgjør våre helseressurser, og dels utgjør trussel mot vår helse – avhengig av livsfase og levekår. Vaner og rutiner spiller en rolle her. Det er aldri for seint å endre kostholdsvaner, slutte å røyke eller

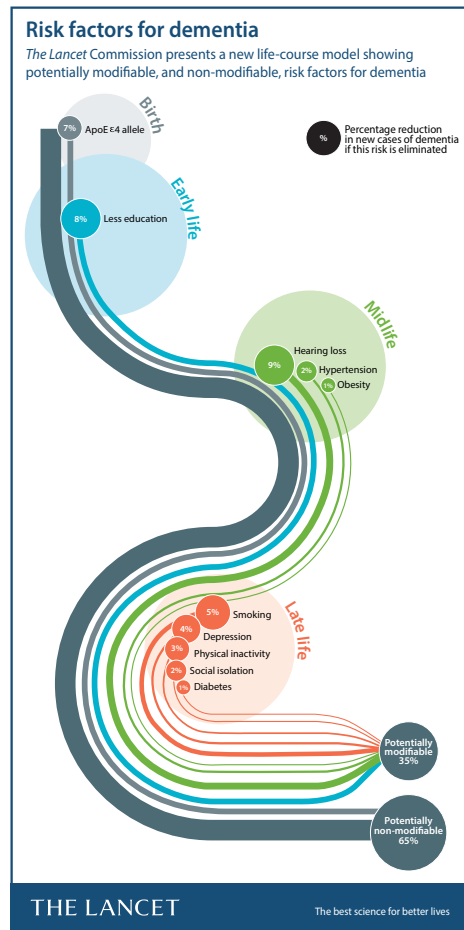
endre sitt alkoholforbruk, eller å øke mengden fysisk aktivitet. Vaner og rutiner kan endres i helsefremmende eller helseskadelig retning – hele livet. Derfor begrepet ”fun” på engelsk for å fange egendriv, lyst og lek. ICF modellen viser at endringer som påvirker helse og funksjon kan spoles tilbake til mange faktorer som kan påvirkes og bidra til endring mot bedre helse og funksjon.

### 3.4 NASJONALE OG GLOBALE UTFORDRINGER

En sentral global utfordring er NCD, Non Communicable Diseases, ikke-smittsomme sykdommer som diabetes, kreft, kols, hjertekarsykdommer, psykiske helseplager (inkludert kognitiv svikt) og muskelskjelettplager. Regjeringens Stoltenberg II sin handlingsplan mot NCD (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013) bygger på folkehelsemeldingen (Meld. St. 34 (2012-2013)), som i hovedtrekk er videreført i Regjeringen Solberg I sin folke-helsemelding (Meld. St. 19 (2014-2015)). Ikke smittsomme sykdommer fører til for tidlig død, samt øker risikoen for demens, dvs. de utgjør en alvorlig trussel mot aldring (se figuren under).

De ikke-smittsomme sykdommene kan forstås i lys av ICF-modellen, der både personlige faktorer, miljøfaktorer (inkludert matproduksjon og transportvaner), levevaner og uflaks kan bidra til å forklare forekomst av ikke-smittsomme sykdommer. Uavhengig av årsak er det etablert sikker kunnskap om at fysisk aktivitet virker forebyggende, dels bremsende, og i noen tilfeller kan være eneste effektive behandling. Fysisk aktivitet vil ofte føre til sosial kontakt – direkte eller indirekte – hvilket også bidrar til forebygging og moderering av plager. NCD-strategien fokuserer på dette, det samme gjør folkehelsemeldingene.

Nyere studier av hva som øker risikoen for utvikling av demens viser en sammenheng mellom NCD og demens. Fysisk aktivitet, kosthold og tobakk/alkohol er faktorer som kan påvirkes, og dermed bidra til forebygging eller reduksjon av symptomer (Carney & Gray, 2015; Debove, Bru, Couderc, Noé, & Paillard, 2017; Spijker & MacInnes, 2013; Xu et al., 2015).



**The Lancet.** Risk factors for dementia. Kilde: <http://www.thelancet.com/infographics/dementia2017> lest 15.09.2017

Figuren over er fra en ny artikkel i Lancet, som viser at det i løpet av livsløpet er mulig å påvirke risikoen for NCD og demens gjennom å holde seg fysisk og sosialt aktiv, få tilstrekkelig utfordringer og hvile, samt ha mulighet til å ha et variert og sunt kosthold.

### 3.5 HJEMMEBOENDE OG SYKEHJEMSBEBOERE

I følge rapporten eldres bruk av helse- og omsorgstjenester (Ramm, 2013) klarer fire av fem eldre seg i eget hjem uten hjelp fra kommunen, mens en av fem eldre bor hjemme eller i omsorgsbolig og mottar kommunale omsorgstjenester. Det var



like mange eldre som mottok hjemmetjenester fra kommunen 2013 som i 2008. Det betyr at det relative antallet eldre som mottar tjenester er gått ned.

I 2011 døde 41 300 personer i Norge. Andelen som mottok tjenester, økte med alder, og blant de aller eldste mottok så godt som alle bistand fra kommunenes pleie- og omsorgstjeneste (Ramm, 2013). Statistikk fra 2016 viser at flere nå dør på sykehjem (48%) enn på sykehus (27%). Dette har endret fra at tidligere døde de fleste på sykehus. Omtrent en fjerdedel av dødsfallene er utenfor helse- og omsorgsinstitusjonene<sup>1</sup>.

Det er rimelig å anta at de fleste av dem som lever siste del av livet på sykehjem har mottatt tjenester i hjemmet før de fikk fast sykehjemsplass. Aktivitet og fellesskap har betydning for alle mennesker, uavhengig av funksjon og alder. Kunnskapen som oppsummeres i denne rapporten, samt mange av forslagene og ideene som blir presentert, er like aktuelle for hjemmeboende som for personer som bor på sykehjem eller annen omsorgsinstitusjon.

Uavhengig av en aktivitets antatt effekt og verdi må den tilpasses til person, tid, sted og omgivelser. Opplevelse av fellesskap må skapes på nytt hver gang, og vedlikeholdes, og kan skapes i et hjem like gjerne som på en institusjon. Foreliggende rapport tar utgangspunkt i at alle mennesker er både biologiske og sosiale vesener, og at vi har kroppslige, psykiske, sosiale, kulturelle, åndelige og materielle behov hele livet – uavhengig av alder og bosted eller hjelpebehov. Fysisk aktivitet er forebyggende og helsefremmende for alle – uavhengig av funksjonsnivå når tiltakene settes i verk. Det er aldri for seint å bidra med noe i en positiv retning.

### 3.6 PÅRØRENDE, NÆRSTÅENDE OG VENNER

Det fleste har nære relasjoner til familie og/ellervenner. Personer i nærrelasjoner har påvirkning på hverandres helse, slik ICF modellen viser. Nærstående og pårørende er avgjørende for at den det gjelder skal håndtere sine utfordringer. På samme tid kan det å yte langvarig eller intensiv hjelp til nære tære på helseressursene til den som yter hjelp. Dagens politikk er at pårørende og nærstående skal tilgodesees og informeres.

<sup>1</sup> Kilde: Folkehelseinstituttet: <https://www.fhi.no/nyheter/2016/halvparten-av-oss-dor-i-sykehjem/>

NOU 2011:17 *Når sant skal sies om pårørendeomsorg* er et sentralt politisk dokument. Meldingen minner oss på at pårørende utgjør en uvurderlig ressurs for helsetjenesten, og minner oss på at vi til nå har tatt denne for gitt, og verdsatt den altfor lite. I følge Pårørendealliansen er det enda langt fram før målene i melding er nådd.

Dagaktivitetstilbud til personer med demens bør anerkjenne pårørendes innsats direkte og indirekte. Ett slik bidrag er å sørge for at deltakerne i dagaktivitetene får tilstrekkelig fysisk aktivitet. Fra meldingen:

1. Pårørende skal slippe å ha hele ansvaret for fysisk aktivisering
2. Etter en aktiv dag er deltakerne ofte mer sosiale og deltakende i hverdagslivet når de kommer hjem
3. Fysisk aktivitet skjerper tanker, gir ro i kroppen, og bedrer motorikken
4. Aktivitet på dagtid gir ofte bedre søvn og appetitt

Et dagaktivitetstilbud kan sees som et mini-samfunn. Alle samfunn har sin egen kultur, også de bittesmå, som et dagaktivitetstilbud. Her kan det legges til rette for helsefremmende aktiviteter ved å organisere dagen slik at det blir lett å ta helsefremmende valg – gå litt lengre, ta trappen, bære varer, delta i matlaging og opprydding, gå tur, styrketrening og så videre. Dagaktivitetstilbudet bør gjøre det lett å velge sunt ved å tilby næringsrike og sunne matvarer til alle måltider. Selv kos og belønning kan gjøres sunt. Gode fellesskap på dagtid varer langt utover dagen og uken. Pårørende rapporterer at de får hjem en annen person enn den som drar om morgenen, og at deltakere gleder seg. Det er svært sjelden at det klages på dagaktivitetstilbud. Dagaktivitetstilbud er et gode for deltaker, og gir pårørende tid og anledning til egenomsorg, andre oppgaver eller deltakelse i andre fellesskap.

I NOU 2011:17 anbefales en helhetlig pårørende- støtte som består av følgende elementer:

1. Pårørendekontrakt, en avtale mellom kommunen og den pårørende som bygger på et samlet vedtak og omsorgsplan for brukeren
2. Koordinator for familien i tråd med helse- og omsorgstjenesteloven
3. Opplæring/veiledning til de som mottar omsorgsstønad

4. Økte og mer fleksible permisjonsrettigheter fra arbeidslivet
5. Omsorgsstønad som gis for trinnsvis i kombi- nasjon med kommunale tjenester
6. Rett til fridager og vikar ved sykdom
7. Forsikringsordning
8. Virkemidler for kvalitetssikring, oppfølging og evaluering

Pårørende til eldre over 67 år er ektefeller, partnere, nære venner og familie. Eldre i 70-årene har gjerne barn i 30-40 årene som er i fullt arbeid og har egne barn. Voksne som har foreldre med behov for hjelp eller assistanse kan får problemer med å følge opp egne barn, egne foreldre og fylle arbeidslivets krav. Studien til Gautun og Bratt (2017) viser at når de eldre hjemmeboende behov skal ivaretas går det utover tilstedeværelsen i arbeidslivet for dem som hjelper og bistår. For kvinner betyr dette oftere reduksjon til deltidsstilling eller tidlig pensjon. Når de eldre har fått institusjonsplass påvirker ikke dette yrkesdeltakelsen nevneverdig.

En kvalitetsreform for eldre må ta hensyn til at alle kan bli pårørende eller berørt, og at det mest trolig vil være slik at de fleste får erfaring med begge roller gjennom livet. Enten pårørende er partner, barn/bonusbarn eller venner, vil det være nødvendig med en prinsipiell diskusjon av hvilke rettigheter den enkelte har som pårørende med tanke på informasjon, medvirkning eller rett til permisjon fra lønnet arbeid (for dem dette gjelder).

Veileder for pårørende i helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2017b) er tydelig på at pårørende skal involveres etter behov og nødvendighet, og at dette alltid skal følge regelverket. Ethiske dilemmaer vil kunne oppstå når det er ulike vurderinger eller interesser mellom helse- og omsorgstjenesten og de pårørende. Regelverket gir noe støtte til å håndtere dette, men til syvende og sist må involverte parter engasjeres i å løse dilemmaene sammen med relevante fagpersoner. Konflikter rundt involvering er til skade for både pårørendes og den det gjelder sin helse, og skader samarbeidsklimaet rundt pasient/bruker.

### 3.7 ALDERISME: DISKRIMINERING, MARGINALISERING OG UNDERTRYKKING

Denne kunnskapsoppsummeringen er skrevet med et eksplisitt fokus på hva det som skaper utenforskap for eldre i Norge i dag. Nyere forskning viser at eldre i stor grad ikke påtenkes, omskrives eller inkluderes på samme måte som yngre deler av befolkningen – enten dette er i politikktutforming eller måter å strukturere tjenestene på. Eldre sine samlede ressurser og betydning for sivilsamfunn og økonomi blir lite vektlagt, og i institusjonsomsorgen har eldre selv og pårørende til nå hatt svært liten innflytelse. Viktige forskjeller mellom personer oversees, og variasjoner knyttet til kjønn, alder, etnisitet eller religion oversees eller gid for liten betydning. Flere organisasjoner nasjonalt og internasjonalt mobiliserer for medborgerskap uavhengig av alder, og for en ikke-undertrykkende praksis (Bartlett, 2012, 2014a, 2014b, 2015; Carney & Gray, 2015; Innes & Manthorpe, 2013; Mills, Taylor, Dwyer, & Bartlett, 2014; Spijker & MacInnes, 2013; Sudmann, 2015b). Se for øvrig kapittel 6.





## 4. METODISK TILNÆRMING OPPDRAGET

Det er som regel et langt tidsspenn fra et fenomen blir interessant for forskerne til det er publisert og kunnskapsbidraget kan brukes andre steder. Når det gjelder fysisk aktivitet og sosial deltakelse er det grundig dokumentert at det er bra og nødvendig for menneskets helse, uavhengig av funksjon eller alder. Mye av forskningslitteraturen tar utgangspunkt i ett eller flere eksempler, eller følger større grupper av personer over lang tid. Diskusjonene av funn, og de kunnskapsbidragene som blir levert, forholder seg imidlertid til en større og generell befolkning. Denne kunnskapen er nyttig for å argumentere for at helse er et resultat av biologiske og sosiale prosesser i forhold til levekår i stort, jfr. ICF. Gode erfaringer, tips og triks fra dem som faktisk arbeider i tjenestene fra dag til dag kommer sjelden fram i denne type forskning, men formidles i nettverk og mellom kolleger. Nettverkene for forebyggende hjemmebesøk har holdt på i 10 år, det er egne erfaringsdelingskonferanser for hjemmerehabilitering og for sykehjem, idehåndbøker, ABC-kurs for dem som jobber i demensomsorgen osv. Forslag som blir presentert i rapporten kommer fra disse tjenestene, og er blitt trukket fram som gode og nyttige av dem som har brukt dem og skal gjennomføre dem. Forskning leverer kunnskap som er generell. Når forskning skal tas i bruk i tjenestene må den oversettes til noen konkrete personer som er spesielle, og mer og mer forskjellige dess eldre de blir. Ut fra vår kjennskap til feltet tror vi at et rikt tilfang på ideer og erfaringer og forslag er ett gode. Et rikt tilfang øker mulighetene for at flere finner noe som passer.

Tematikken aktivitet og fellesskap og aldring er som ICF modellene over viser altomfattende. Det er ingen sider ved livet som ikke omfattes av dette. Fokuset i denne rapporten er å ta utgangspunkt i at når alt henger sammen med alt kan tematikken

aktivitet og fellesskap angripes fra svært mange sider, enten formålet er å gi en oversikt over kunnskapsfeltet, det er å utforme ny politikk for aldring, eller det er å stimulere til nye tiltak på lokalt plan.

Denne rapporten presenterer ulike typer kunnskap og erfaringer for å vise at det er hverdagsaktiviteter med tilhørende fellesskap som har størst betydning for å kunne leve livet slik en ønsker. Aktivitet og fellesskap og aldring er med andre ord presentert i et folkehelseperspektiv, der en kan se at helse, aktivitet og fellesskap kan forstås helt fra cellenivå til valgdeltakelse.

Kunnskapsbidraget som denne rapporten bidrar med er preget av de kunnskaper og erfaringer som forfatteren har med seg til oppgaven. Forfatteren er fysioterapeut og medisinsk sosiolog, og har arbeidet mye med kunnskapsformidling om fysisk aktivitet og sosial deltakelse som helsefremmende og forebyggende helsearbeid for eldre i samarbeid med kommunehelsetjenesten i mange kommuner, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester, og Senter for omsorgsforskning. Videre har forfatteren vært sentral i utvikling av et masterprogram i samfunnsarbeid ved Høgskulen på Vestlandet, der folkehelsearbeid og lokal mobilisering og påvirkning av vilkår for sosial deltakelse er sentralt. Samfunnsarbeid er å undersøke og påvirke betingelsene for sosial deltakelse sammen med dem det gjelder.

Forfatteren er en av få norske fysioterapeuter som både har kliniske erfaring med konsekvenser av alvorlig funksjonstap og har jobbet med sosial deltakelse og medborgerskap. Med en slik bakgrunn blir det opplagt at det er en gjensidig avhengig mellom kroppslige forutsetninger og sosial deltakelse. ICF rammeverket er valgt for nettopp å illustrere dette poenget; at vårt hverdagsliv er avhengig av vår biologi helt ned på mikronivå, og det er avhengig av at vi har folk rundt oss, og at vi har levekår er helsevennlige (kosthold, omgivelser, bolig, smitte, farer osv). Det er en teoretisk og praktisk tilnærming til endring som er meget velegnet for feltet aktivitet og fellesskap og aldring. Foreliggende rapport baserer seg på kunnskap og anbefalinger som er funnet i følgende kilder:

## 4.1 VITENSKAPELIGE OVERSIKTER OG OPPSUMMERINGER

De vitenskapelige kunnskapsoppsummeringene som er presentert var dels kjente, og er dels supplert i løpet perioden mai-september 2017 via faste abonnementer fra tidsskrifter, bestilte og faste epost varslinger fra Google Scholar, Forskning.no, Oria.no, og manuelle søk etter kilder som er oppgitt i relevante artikler. Det publiserer daglig et stort antall relevante artikler om aldring og fysisk aktivitet, og om aldring og sosial deltakelse og fellesskap. Det er selvfølgelig variasjoner i fokus, men hovedkonklusjonene er som hovedregel sammenfallende med tidligere kunnskap på feltet.

## 4.2 GRÅ LITTERATUR

Dette omfatter Meldinger til Stortinget, rapporter og veiledninger fra Helsedirektoratet, e-helsedirektoratet, Kunnskapssenteret for helsetjenesten, oppdragssektoren og tilsvarende. Den nye meldingen "Leve hele livet" skal bygge videre på allerede vedtatt politikk, som forefinnes i denne type kilder. Foreliggende rapport viser til disse meldingene der det er relevant, men går ellers ikke grundig inn i meldingens innhold eller forslag.

Følgende dokumenter er sentrale: Meld. St.26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet og Omsorg 2020 med referanser til Meld. St 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg og NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg, Meld. St. 34 (2012-2013) Folkehelsemeldingen: God helse - felles ansvar, Meld. St. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen: Mestring og muligheter, Meld. St. 28 (2014-2015) Legemiddelmeldingen, Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn, Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017-2021) Sunt kosthold, måltidsglede og god helse for alle (Departementene, 2017; Helse- og omsorgsdepartementet, 2007, 2011a, 2011b, 2015a, 2015b; Meld. St 26 (2014-2015); Meld. St. 19 (2014-2015); Meld. St. 34 (2012-2013); Meld. St. 34 (2015-2016); Meld.St. 34 (2015-2016); NOU 2011:11; 2015).

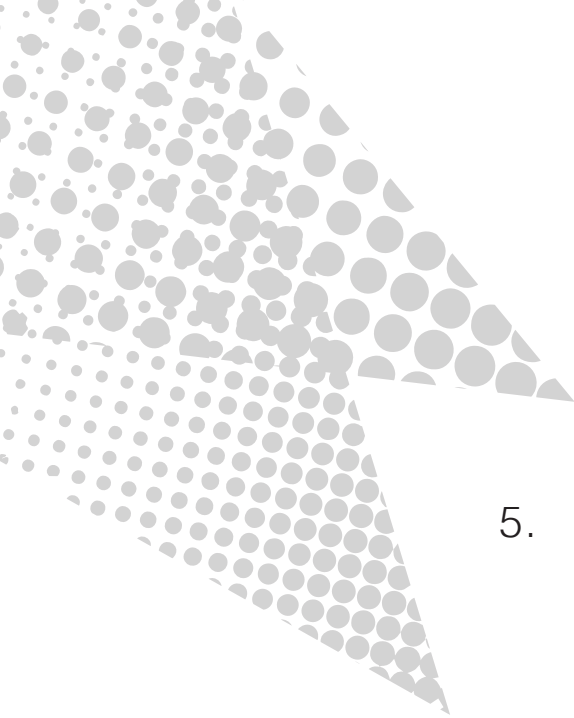


## 4.3 MEDIER OG PERSONLIGE KONTAKTER

Sosiale medier er etter hvert gode kilder til praktiske tips, forskningsformidling og kontaktformidling. Tips om gode tiltak er innhentet gjennom grupper på Facebook (hverdagsrehabilitering, forebyggende hjemmebesøk, dagaktiviteter), Researchgate, personlige kontakter i tjenestene, i academia og blant brukere, Helse- og omsorgsdepartementets dialogkonferanse Bodø 31. august 2017 og kilder og kontakter hos ideelle organisasjoner. Øvrige medier har vært dagsaktuelle innspill eller ideer, samt med grundigere kommentarartikler. Forskningsmiljøet ved Senter for omsorgsforskning, vest og forskningsmiljøet ved Høgskulen på Vestlandet har representert et relevant fagmiljø for oppdraget. Førsteamanuensis Oddvar Førland og professor Frode Fadnes Jacobsen ved Senter for omsorgsforskning Vest har bidratt med innspill og kommentarer i hele prosessen.

## 4.4 METODISKE BETRAKTNINGER

Rapporten er skrevet for å bidra til kunnskapsgrunnlaget for den nye meldingen. Hovedfokus er på hva som er etablert som omforent kunnskap på feltet, hva som er ansett som de største utfordringene for å ta denne kunnskapen i bruk, og på å presentere ulike praktiske tips. Det er hevet over enhver tvil at aktivitet og fellesskap er grunnleggende forutsetninger for helse, og for å opparbeide eller ta vare på kroppslige og sosiale ressurser for å håndtere ulike livsutfordringer. Rapporten tar ikke for seg de tilfeller der det er nødvendig med individuell tilrettelegging av fysiske og sosiale aktiviteter på detaljert individuelt nivå, der det kreves flerfaglig innsats og koordinering. Noen personer trenger mange og koordinerte tjenester, og spesiell tilrettelegging for å kunne leve livet slik de vil. Hjelpemiddelformidling er ofte sentralt, men er ikke omtalt i denne rapporten. Tilsvarende er heller ikke betingelser for bistand til ombygging eller skifte av bolig tatt med. Hjelpemiddelformidling er en kjent utfordring, som forsinker overganger mellom tjenestene og mellom nivåene. Dårlig tilpassete hjelpemidler er et alvorlig hinder for aktivitet og deltakelse.



## 5. KUNNSKAPSSTATUS PÅ FELTET AKTIVITET OG FELLESSKAP

Det samlede kunnskapstilfanget om betydningen av aktivitet og fellesskap for menneskets helse og trivsel er etter hvert blitt svært omfattende. Forskere, praktikere og “folk flest” vet at mennesker trenger å bruke kroppen for at den skal virke, at vi trenger noe å holde på med for å trives, at vi trenger kognitive utfordringer, og at folk trenger folk. Det er også mer eller mindre allment kjent at variasjon er et grunnleggende gode, både når det gjelder aktivitet, fellesskap, måltider eller kognitive utfordringer. Grunnleggende sett må vi ta vare på kroppen for å kunne være i aktivitet og delta i fellesskapene vi ønsker. Mennesker er biologiske og sosiale vesener, og biologi og sosialitet er gjensidige forutsetninger for hverandre.

Fysisk aktivitet, kosthold, sosial deltakelse og restitusjon er nøye forbundet. Det finnes ingen sosiale eller kulturelle aktiviteter som ikke også er fysiske, i og med at fysisk aktivitet er alt som er mer krevende enn å ligge på ryggen i en stol å hvile/sove. Argumentet i rapporten er at dersom funksjonsnivået er svært lavt, må man som regel begynne med det kroppslige for å få vedkommende delaktig i det sosiale eller kulturelle. For andre vil dette gå sømløst hånd i hånd.

Denne rapporten har trukket fra at myter om aldring hemmer muligheter for å leve et aktivt og sosialt liv opp i høy alder. Myter om fysisk aktivitet også er et problem – godt drevet fram av kommersielle interesser og krefter, pressen og sosiale medier. Det er svært mange som oppfatter “fysisk aktivitet” som synonymt med trening, Fysisk aktivitet kan være trening, og det kan være relevant for eldre på samme måte som for yngre. Men, mange mister fysiske og kognitive funksjoner i løpet av livet, og noen har allerede mistet mye lenge før de ble gamle. Forfatterens

bakgrunn som fysioterapeut er fra nevrologi, traumatologi og nevrokirurgi; dvs. fysioterapi for personer med store og sammensatte funksjonstap – hjerneskader, hodeskader og alvorlige nevrologiske sykdommer, samt demens og andre typer kognitiv svikt (etter rusbruk). Når noen har store og alvorlige skader i hjernen eller store sansetap, er det gjennom kroppen vi kan kommunisere – via berøring, grep, kroppskontakt, kropp mot kropp, rytme, lyd og bevegelse. Ved å “be” kroppen om reaksjon øker pulsen litt, hvilket fører til bedre blodsirkulasjon til hjernen, mer oksygen til vitale organer, øket våkenhet, og bedre kommunikasjon og sosial deltakelse. Forfatteren har også arbeidet i mange år med samfunnsarbeid med utviklingshemmede, rusbrukere og andre med redusert funksjon. Det er alltid gjennom å bruke kroppen at vi kan kommunisere og samhandle. Deltakelse forutsetter at vi har mulighet til å kommunisere, selv om en ikke kan bevege seg selv. Dette kapitlet forklarer og begrunner relevansen av fysisk aktivitet for å ivareta vitale funksjoner (sirkulasjon, respirasjon, ventilasjon, eliminasjon) og for kommunikasjon, samhandling og fellesskap.

## 5.1 AKTIVITET

### 5.1.1 HVA ER FYSISK AKTIVITET?

Fysisk aktivitet er all bruk av skjelettmuskulatur som krever mer energi enn sittende hvile. Vi måler energibruk i MET, der 1 MET tilsvarer energibruken når vi sitter og hviler. Lav til middels aktivitet har en verdi på 3-6 MET. Rask gange som gir følbart øket puls og pustefrekvens tilsvarer om lag 6 MET (B. E. Ainsworth et al., 2000; Bauman, Merom, Bull, Buchner, & Singh, 2016; Caspersen, Powell, & Christenson, 1985; de Souto Barreto et al., 2016).

Fysisk aktivitet er all aktivitet der skjelettmuskulatur tas i bruk og som krever mer energi enn å hvile. Fysisk aktivitet er all bevegelse vi gjør i hverdagen og all bevegelse vi får om vi mosjonerer eller trener. Fysisk aktivitet er derfor veldig mye mer enn det vi ofte kaller trening eller øvelser. Alt vi gjør i løpet av en dag krever bruk av kroppen utover hvilestilling. Figuren under viser at daglige aktiviteter som husarbeid, hagearbeid og handling og matlaging er fysisk aktivitet. Det å gå til postkassen eller til bussen er også fysisk aktivitet. Lek med barn eller barnebarn er fysisk aktivitet, ikke minst

oppryddingen etterpå. Lett fysisk aktivitet påvirker kognitive funksjoner hos eldre i positiv retning (Johnson et al., 2016).



Helsedirektoratets råd om kosthold og fysisk aktivitet råd 2.

**Kilde:** <https://fysiskhelse.com/2015/10/07/helsedirektoratets-rad-om-kosthold-og-fysisk-aktivitet-rad-2/> lest 20.09.2017

Trening og mosjon er systematisk fysisk aktivitet rettet mot å forbedre spesielle ferdigheter eller evner. Systematisk innsats for å bli sterke i beina eller kunne løfte tyngre vil kalles trening. Dersom man går tur regelmessig flere ganger i uken kan dette kalles mosjon, siden det skiller seg fra hverdagsaktiviteter som å gå i trappen eller bære handleposer eller bake boller. Idrett er systematisk trening på de spesielle ferdighetene de ulike idrettsgrenene krever.

Hverdagsaktiviteter som er 3-6 ganger mer energikrevende enn sittende hvile kan kalles trening om det gjøres systematisk for å forbedre eller holde vedlike det fysiske funksjonsnivået. Det er med andre ord hensikten med aktiviteten som avgjør om det kalles trening, mosjon eller hverdagsaktivitet eller lek. Effekten på kroppen kan være den samme for ulike aktiviteter, men det helsemessige gevinsten på sikt krever at aktiviteter gjentas og gjentas livet ut (Lohne-Seiler & Langhammer, 2011; Lund & Sundberg, 2015).

Fysisk funksjon krever jevnlig vedlikehold. Fysisk aktivitet og resultatet av den er ferskvare. Det må fylles på hele tiden for at vi skal beholde ekstra krefter i kroppen. Kroppen kan ikke spare krefter over lang tid, slik vi kan spare penger i banken. Om man var sprek og i god form i sin ungdom hjelper det lite senere i livet om det ikke er holdt vedlike. Fysisk form må med andre ord vedlikeholdes jevnt og trutt slik at vi beholder form og krefter gjennom livet.

Mange av dem som er over 65 år har redusert fysisk funksjon. Forskning viser at dette som hovedregel ikke kommer av aldersmessige endringer eller sykdom, men av at kroppen blir underbrukt og understimulert. Det betyr at veldig mange godt voksne og eldre har store ubrukte ressurser i kroppen. Mye av det vi tillegger alder er kanskje heller et resultat av manglende vedlikehold. Redusert fysisk funksjon hos personer med demens kan med andre ord være resultat av redusert aktivitetsnivå, ikke bare sykdommen i seg selv (Fanning et al., 2016; Fleig et al., 2016).

### 5.1.2 GENERELLE HELSEGEVINSTER AV (FYSISK) AKTIVITET

Fysisk aktivitet er ikke noe annet eller noe mer enn aktiviteter. Sosiale, kulturelle eller kreative aktiviteter forutsetter at kroppen tas i bruk. Lek og utfoldelse og hverdagsaktiviteter vil bidra til forebygging og behandling av ikke-smittsomme sykdommer.

Lett til moderat fysisk aktivitet har utelukkende positive effekter på helsen. Fysisk aktivitet bør utføres i omgivelser som er relativt trygge, enten dette gjelder trafikk, risiko for fallskader eller annet i omgivelsene som kan forstyrre eller skade. Fysisk aktivitet virker på alle kroppens organer og funksjoner (Lohne-Seiler & Langhammer, 2011; Lund & Sundberg, 2015). Fysisk aktivitet øker blodtilstrømning til hjernen og til muskulatur allerede i planleggingsfasen, aktivitet øker oppmerksomhet mot omgivelser, det stiller krav til orientering, planlegging, koordinasjon, sekvensering osv. Fysisk aktivitet fører derfor til bedre oksygenering i hjernen, hvilket stimulerer kognitive funksjoner. Bevegelse i oppreist stilling påvirker kroppen og hjernen mer enn i sittende stilling.

Kort oppsummert påvirker lav til moderat fysisk aktivitet disse kroppslige funksjonene i positiv retning slik at kapasitet, utholdenhet, styrke eller funksjon bedres:

- Hjerterefrekvens og slagvolum (kondisjon)
- Sirkulasjon og ventilasjon (gassutveksling i lungene)
- Respirasjonsfrekvens og dybde
- Forbedret fordøyelse og tarmfunksjon
- Styrking av bekkenbunnsmuskulatur (kontinens)
- Bedring av søvn og humør og mental helse
- Generell styrking av muskulatur og skjelett
- Styrking av utholdende muskelstyrke (kondisjon)
- Regulering av blodtrykk og blodsukker
- Stimulerer nydanning av blodårer og nerveceller

- Stimulerer kognitive funksjoner
- Påvirker generell trivsel

Fysisk aktivitet bidrar til å forebygge NCD/ikke-smittsomme sykdommer som diabetes 2, hjerte- karsykdommer, kreft (bedrer tarmtømming, forebygger tarmkreft), betennelses-sykdommer, demens, lettere psykiske helseplager som depresjon, tettere bekkenbunn (kan redusere urinveisplager). Fysisk aktivitet som krever energiomsetning i kroppen på MET 3-6 (7) (Barbara E Ainsworth et al., 2011) vil som hovedregel bare ha positive virkninger. Dette tilsvarer et aktivitetsnivå i grønn sone på Borgs skala fra 9-15, meget lett til litt anstrengende (Borg & Noble, 1974). Tommelfingerregelen er at man skal ha et aktivitetsnivå som gjør at en klarer å snakke, men kanskje ikke klarer å synge.

Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging av hjerte-karsykdom understreker det samme: det er ingenting som har så god effekt som jevnt fysisk aktivitetsnivå (Helsedirektoratet, 2017a). Den siste store systematiske studien på fysisk aktivitet blant 130.000 personer fra ulike sosioøkonomiske grupper i 17 land i Lancet september 2017 understreker det samme: Jevnlig moderat fysisk aktivitet forebygger hjerte- og karsykdommer og kan redusere risiko for tidlig død (Goenka & Lee, 2017; Lear et al., 2017). Fysisk aktivitet er enkelt og gratis. Og har meget stor helseeffekt.

### 5.1.3 BARRIERER FOR AKTIVITET OG FELLESSKAP:

Fordommer og manglende forventninger er den største barrieren mot aktivitet, samt at kommersialisering av fysisk aktivitet og trening har fått mange til å tro at det skal større doser med aktivitet til før det har effekt på helsen. Aktivitetsnivået trenger ikke vær høyt for at det skal gi et positivt bidrag til helsen. Selv i organiserte aktiviteter legges gjerne listen svært lavt. Her er noen kjente hindringer for dette som har særlig relevans i dagaktivitetstilbud eller institusjon. Alt dette er det mulig å gjøre noe med – med enkle midler..

- For lave forventninger til deltakerne.
- Ansatte eller frivillige som ikke vil gå ut.
- Ansatte eller frivillige som ikke vil være aktive.
- Sko – glatte, ustødige, ubehagelige eller utslitt.
- Klær – ikke vann-/vindtett, ikke varme nok, eller for varmt om sommeren.
- Klær – for trange, hindrer bevegelser for armer og bein.

- Syn – redusert syn, regn på briller eller blinding av sol.
- Hørsel – redusert hørsel, mye støy i omgivelsene.
- Hode og hender – blir våte og kalde.
- Balanse – kaotisk omgivelser med mye bevegelse og lyd kan forstyrre balansen.

Farholm (2017) sin studie av fysisk aktivitet for personer med alvorlige psykiske lidelser bekrefter at fysisk aktivitet har positive effekter. Deltakerne i studien har sammensatte helseutfordringer, men er interessert i å være mer fysisk aktive. Studien viser at mange av dem trenger støtte for å holde på indre motivasjon og til å finne egnet ytre motivasjon. Farholm viser at en viktig barriere for fysisk aktivitet er hos de ansatte, og peker på at ansatte trenger praktisk og teoretisk kunnskap og egenmotivasjon for å bruke fysisk aktivitet systematisk i arbeidet (Farholm, 2017). Kunnskapsmangel og stereotype oppfatninger av personer med alvorlig psykiske lidelser – eller eldre – fungerer dermed som barrierer for ønsket aktivitet.

#### 5.1.4 INSPIRASJON TIL AKTIVITET OG FELLESSKAP:

Her er noen eksempler på hva som kan stimulere til (fysisk) aktivitet som har særlig relevans i dagaktivitetstilbud eller institusjon. Alt dette er det mulig å gjøre noe med enkle midler. Her er noen tips for å holde motivasjonen ved like:

- Praktiske tegn og tips og instruksjoner for å komme i gang.
- Godt utstyr er halve turen.
- Riktig påkledning for de valgte aktiviteter stimulerer til å komme i gang og holde seg i gang.
- Gode sko etter årstid, som alltid må sitte godt på foten.
- Klær etter årstid for å holde varmen om vinteren men ikke bli for varm om sommeren, klær som lette å ta av og på seg utendørs.
- Solbriller, skyggelue, sydvest. Godt syn gjør det lettere å finne fotfeste og man får bedre utbytte av turen. Bruk briller om det trengs.
- Hansker, sokker og lue. Hold hender og føtter og hode varmt året rundt.
- Støysvake omgivelser gjør det lettere å orientere seg. Mange konkurrerende lydinntrykk er stressende og kan skape forvirring.

- En liten lett ryggsekk med sitteunderlag, termos eller ekstra klær, eller til å putte oppi det man eventuelt kler av seg. Nyttig både på byvandring og i skogen. Litt ekstra vekt på ryggen er god trening. En liten sekk er god å ha om en finner noe fint på turen en har lyst til å ta med tilbake.
- Fotoapparat eller telefon med fotoapparat. Ta bilder underveis, se på dem underveis, se på dem etterpå. Huske og motivere til neste tur, bruke til å dokumentere aktivitet.

## 5.2 DOKUMENTERE AKTIVITET OG FELLESSKAP – YTRE MOTIVASJON

- Konkreter (klinkekuler i en vase, pinner, klistremerker osv.),
- Digitalt (bilder fra turen, dato, navn, lengde, tid, vær, vind osv.)
- Bok (skrive dato, sted, personer, hva dere snakket om eller så)
- Veggavis (aktivitetskalender – planer og resultater osv.)
- Aktivitetsarmbånd, pulsklokker, mobil-apper – synkronisere mot samme telefon/lesebrett
- Før regnskap med hvor mange kilo hver enkelt har løftet, og hvor kilo dere har løftet til sammen. Sammenligne dager eller uker.
- Før regnskap med hvor langt hver enkelt har gått, og hvor langt dere har gått til sammen. Sammenlign dager eller uker.
- Bruk skylagring eller tilsvarende nettbasert lagringssted for dokumentasjonen. Deltakerne kan gi tilgang til pårørende, venner eller andre, og kunne vise fram aktiviteter alle steder der de har tilgang til internett.
- Klippekort – o-løp, bonuskort

De som skal motivere andre til aktivitet bør kombinere indre og ytre motivasjon, og finne inn ulike måter å belønne aktivitet for seg selv og for andre – kakao, kaffe, havrevafler, lage dokumentasjon, snakke om det, overdrive gledene og underdrive det anstrengende, snakke fram positive effekter av fysisk aktivitet. I den grad det er passende eller mulig bør de som er fritidsledere eller på andre måter ansvarlige



for å motivere andre til aktivitet tenke helsefremming og forebygging også ved valg av belønning. Belønning skal passe til deltakere, tilretteleggere, og eventuelt personale som må bli involvert. Det som er bra for en av disse gruppene er bra for alle – eldre trenger ikke noe annet enn andre mennesker.

Trening er systematisk forbedring av funksjon utover generelt vedlikehold. For å få treningseffekt bør intensiteten økes noe, slik at puls og pustefrekvens stiger noe mer enn for vedlikehold. Treningsinnsatsen bør gjentas minst 3 ganger i uken, om lag annenhver dag. Trening kan grovt deles i utholdenhetstrening og styrketrening (Lohne-Seiler & Langhammer, 2011; Lund & Sundberg, 2015)

*Utholdenhetstrening* er når vi har mange gjentakelser og lange økter, og målet er at vi skal forberede kroppen på langvarige krav, slik som å trene til å løpe maraton eller lange sykkelritt.

*Styrketrening* er å forberede kroppen på å yte mye på kort tid, slik som ved vektløfting, alpin utforkjøring eller sprint.

Hverdagslivet stiller krav til både utholdenhet og styrke. Vi bør ha krefter til å holde ut en vanlig dag, men også styrke til å kunne løfte matvarer, flytte på møbler eller løfte opp en liten hund eller et barnebarn. De fleste voksne har dårlig armstyrke fordi de fleste av oss ikke har arbeid som utfordrer oss fysisk. Armstyrken må da regelrett trenes for å beholdes.

### 5.3 FALL – OPPDAGE OG FOREBYGGE

Alle mennesker faller, fra vi lærer å gå til vi eventuelt ikke kan gå lenger eller dør. Det er vanskelig å hindre at folk faller, derfor er det vesentlig at den som faller tåler fallet og kommer seg på beina igjen. Livstruende skader etter fall henger som hovedregel sammen med at man ikke kommer seg opp og blir liggende lenge. Fysisk aktivitet som fokuserer på balanse og styrke i beina bidrar trolig til å redusere antall fall, og bidrar uten tvil til at fall kan tåles bedre. Frykt for å falle fører ofte til redusert aktivitet, som i seg selv øker risiko for fall. Fallforebygging er tett knyttet til kosthold og søvn medikamentbruk og redusert syn og hørsel. God mental helse er tilsvarende fallforebyggende (Baldewijns, Debard, Mertes, Vanrumste, & Croonenborghs, 2016; Baldewijns, Debard, Van Den Broeck, et al., 2016; Baldewijns, Luca, Vanrumste, & Croonenborghs, 2016; Boulton et al., 2016; M. Brodie, S. Lord, M. Coppens, J. Annegarn, & K. Delbaere, 2015; M. A. Brodie, S. R. Lord, M. J. Coppens, J. Annegarn, & K. Delbaere, 2015;

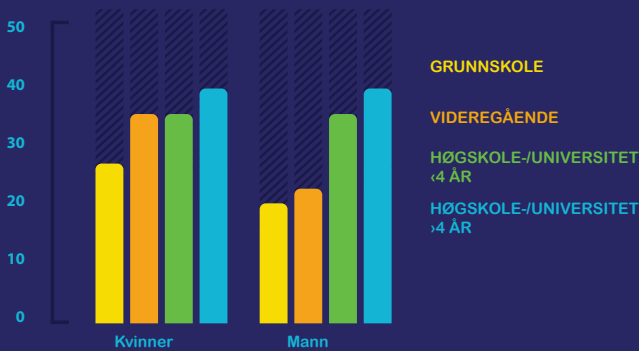
World Health Organization, 2008). Redsel for å falle er en kjent barriere for sosial deltakelse og aktivitet. Fallforebygging og bedre fysisk funksjon stimulerer til sosial deltakelse og aktiviteter utenfor hjemmet.

#### 5.4 FYSISK AKTIVITETSNIVÅ – NASJONALE ANBEFALINGER

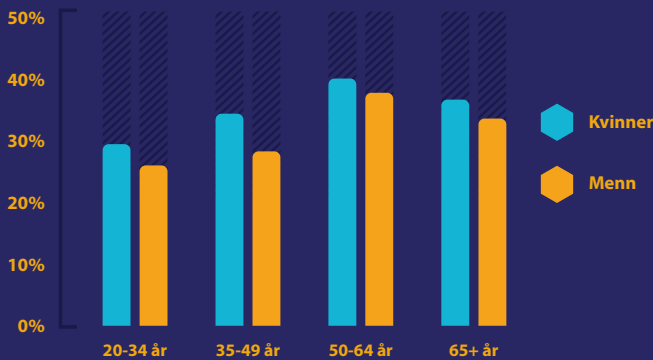
De nasjonale og internasjonale anbefalinger er at vi bør være moderat aktive minimum 30 minutter pr dag. Moderat aktivitet tilsvarer MET 5-6. Den daglige aktiviteten kan være 30 sammenhengene minutter eller tre økter á 10 minutter. Den daglige halve timen bør legges inn i alle dagaktivitetstilbud og institusjonsomsorgen. En halvtime er nedre minimum, mer vil gjøre deltakere og beboere bedre i stand til å utføre hverdagslige aktiviteter og gjøremål, og ikke minst kunne forebygge fall og tunge løft for de ansatte.

Nasjonal kartlegging av aktivitet viser at befolkningen som helhet ikke har det anbefalte aktivitetsnivået, og det ser ut til at det blir lavere dess eldre vi blir. Disse tabellene gir muligens et noe misvisende bilde av aktivitetsnivå, siden det er aktiviteter med høyere intensitet og aktiviteter som forutsetter at man må oppsøke andre arenaer som trekkes fram som svømming, skitur og jogging. Husarbeid, klesvask, rengjøring, handling, hagearbeid, lek med barnebarn, eller husdyr, gjør det mulig å fylle nasjonale anbefalinger. Dersom hverdagslige oppgaver og rutiner ikke medregnes i kartleggingen framstår disse aktivitetene på den ene siden som lite relevante for fysisk funksjon, og på den andre siden framstår befolkningens aktivitetsnivå lavere enn det er. Den kjønnsdelte arbeidsdeling i norske husholdninger har sin parallell i at kvinner lever lenger. Det er ikke urimelig å anta at det å holde seg i jevn og variert aktivitet bidrar til høyere overlevelse. Husarbeid bør derfor oppvurderes som helsefremmende og forebyggende innsats for den som gjør husarbeidet, og for dem som får glede av andres arbeid. Gode vaner med renhold, kosthold og hushold bidrar til trivsel og helsefremming for alle berørte.

## 11 Aktivitetsnivå øker med utdanning



## Andel som oppfyller anbefalt aktivitetsnivå



Statistikk om fysisk aktivitet

**Kilde:** <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/statistikk-om-fysisk-aktivitetsniva-og-stillesitting> lest 19.09.2017

Eldre er en heterogen gruppe og det er store forskjeller i aktivitetsnivået mellom ulike grupper eldre med ulikt funksjonsnivå. I aldersgruppen over 65 år oppfyller 34 prosent av kvinnene og 29 prosent av mennene anbefalingene. I aldersgruppen 67–79 år var de vanligste aktivitetene blant dem som har vært fysisk aktive siste året var raske turer, skiturer, jogging og svømming. I aldersgruppen over 65 år er det 15 prosent som oppfyller anbefalingene om muskelstyrkende

aktivitet. Andelen av dagen som brukes i ro er uforandret blant eldre fra 2008–2009 til 2014–2015. De nasjonale anbefalingene om redusert stillesitting er dermed ikke oppfylt. Det finnes ingen data om andelen eldre som oppfyller anbefalingene relatert til fallforebygging.



Figur 3: Sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse.

Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005–2009, side 12,

**Kilde:** [http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Handlingsplan\\_2005-2009.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Handlingsplan_2005-2009.pdf) lest 5.11.2013

Anbefalinger og fysisk aktivitet for seniorer er ikke vanskelig å nå, og kan oppnås på svært mange måter (Bauman et al., 2016). Som figuren over viser er de svært stor effekt å hente av å være aktiv inntil 30 minutter daglig. Dess dårlige utgangspunkt en har, dess raskere kommer effekten. Alt er derfor bedre enn ingenting.

Nasjonale anbefalinger er at vi er fysisk aktive minst 30 minutter hver dag. Dette gjelder alle voksne personer uavhengig av fysiske eller kognitive funksjonsnedsettelse. De fleste av oss vil ha godt av systematisk trening på enkeltfunksjoner et par ganger i uken i tillegg.

Aktivitetsskaken viser oss tydelig hvor mange muligheter vi har for å være aktive. Slike illustrasjoner viser hvor stor variasjon det kan være i aktiviteter som fører til samme mål – vedlikehold eller bedring av fysisk funksjon. Aktivitetsskaken illustrer hvordan hverdagsaktiviteter kan kombineres med utholdenhets- og stryketrening.



Aktivitetskake. Oversatt fra engelsk av Jakob Johan Djupvik og Øyvind Gundersen. **Kilde:** [http://www.vhss.no/?a\\_id=391&PHPSESSID=a3are-f966218eab03f9d96d63c7b15f2](http://www.vhss.no/?a_id=391&PHPSESSID=a3are-f966218eab03f9d96d63c7b15f2), lest 05.11.2013

## 5.5 SOSIAL DELTAKELSE, FELLESSKAP OG HVERDAGSLIV

Innen aktivitetsvitenskap brukes begrepene ”being, doing, becoming and belonging” – være, gjøre, bli og tilhøre – som sentrale for å forstå menneskers behov for tilhørighet og virksomhet (Hitch, Pépin, & Stagnitti, 2014). Hverdagslivets aktiviteter og gjøremål kan på ulikt vis bidra til opplevelsen av å være, av å gjøre, å bli noe(n) og å høre til. Selv det å sitte å se på at andre er i aktivitet (barn som leker, noen som baker, sport på TV) kan bidra til at man føler seg som del av et større fellesskap. En medfølgende utfordring ved å nå høy alder er tap og endrete sosiale vilkår. De fleste går ut av arbeidslivet og mister noen oppgaver og sosiale relasjoner, og mister og den strukturen arbeidslivet gir til livet. Noen setter pris på dette, andre opplever det som tap. Videre vil de som lever lenge oppleve å overleve familiemedlemmer, venner og naboer eller andre. Dette kan forstyrre eget aktivitetsnivå gjennom frykt for sykdom, frykt for å falle, frykt for å ligge andre til last eller ensomhet.

Ut fra den kunnskapen vi har om fysisk aktivitet er det hevet over enhver tvil at det påvirker helsen i positiv retning. På den annen side vil mange av de fysiske aktivitetene som foregår utenfor eget hjem samtidig være sosiale, og sosiale relasjoner er

viktig for helsen (Maas, Van Dillen, Verheij, & Groenewegen, 2009; Maas, Verheij, Spreeuwenberg, & Groenewegen, 2008). Noe av det helsefremmende potensialet ligger derfor i sosial samhandling, jfr tilhørighet. I boken til Kjersti Vik, Mens vi venter på eldrebølgen, understrekes det nettopp betydningen av hverdagsaktiviteter i samspill og motspill med andre mennesker. Sosial deltakelse er en av faktorene i ICF modellen, og en sentral faktor i en ressursorientert forståelse av helse. Sosial deltakelse er å være, å gjøre, å bli og å høre til – grunnleggende forutsetninger for helse. Det er derfor ikke alltid like lett å si om det er gode venner eller usunne vaner som har størst positiv eller negativ innflytelse på helse og egenomsorg og livskvalitet.

Aktivitet og fellesskap er å være og gjøre noe alene, sammen med egen/familie, venner eller naboer, i regi av frivillige organisasjoner, det er tilgang til aldersvennlig og demensvennlig samfunn, og det kan være del av kommunale eller institusjonelle tilbud (Breivik & Sudmann, 2015; Ervik, Kildal, & Nilssen, 2015; Kern-Godal, Arnevik, Walderhaug, & Ravndal, 2015; Skumsnes, Alsvåg, Teigen, & Førland, 2015; Sudmann & Folkestad, 2015; Sudmann & Henriksbø, 2015; Taranrød, 2011; Vik, 2015; Vike, 2015).

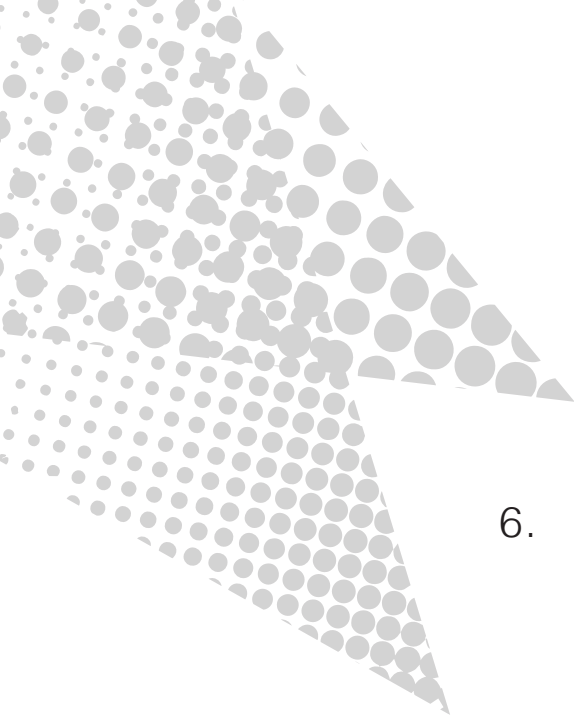
Pinker oppsummer betydning av fellesskap i The village effect (Pinker, 2015). Advarselen hennes er at de nærende sosiale relasjonene mellom mennesker i alle aldre er truet av digitalisering og effektivisering. En ny politikk for aldring må legge til rette for at ansikt-til-ansikt møter blir en selvfølgelig og sentral del av alle menneskers liv – uavhengig av hvor lenge de lever eller hvor mye hjelp eller assistanse de kan gi eller behøver.

1. Bo i ett nabolag der du snakker med dine naboer
2. Legg inn ekte menneskelig kontakt i hverdagen. Bruk e-post for planlegging og logistikk, bruk telefon eller ansikt-til-ansikt møter for nyanserte samtaler
3. Lag deg en liten landsby med ulike relasjoner. Legg inn sosial kontakt med medlemmene i denne landsbyen på samme måte som du planlegger måltider eller arbeidsoppgaver. Juster mengden ansikt-til-ansikt relasjoner i forhold til annen kontakt etter dagsform, behov eller lyst.
4. La barn få lære gjennom samhandling med foreldre, lærere og venner, og kombiner med nettbaserte metoder når de blir eldre.
5. Med økende digitalisering i samfunnet, er ansikt-til-ansikt kontakt i utdanning, helse og

omsorg i ferd med å bli ett luksusgode. Det er avgjørende at mennesker fundamentale behov for direkte kontakt blir tilgjengelig for alle.

Nyere forskning minner oss på at levd liv medfører endringer i vår biologi, på cellenivå (Getz et al., 2011). Aktivitet og fellesskap har derfor relevans fra cellenivå til valgdeltakelse for alle mennesker - uavhengig av alder.





## 6. SENTRALE UTFORDRINGER OG KUNNSKAPSHULL FOR AKIVITET OG FELLEKSAP FOR ELDRE

Ut fra hva vi allerede vet, har vi god og tilstrekkelig kunnskap om de helsebringende effektene av aktivitet og fellesskap, men vi har ikke nok kunnskap om hva som skal til for at denne kunnskapen kan tas i bruk. Folkehelsearbeidet er rettet mot å stimulere befolkningen til å tilegne seg gode helsebringende vaner, og beholde disse gjennom livsløpet. Vi vet også at folkehelsepolitikken ikke lykkes om den kun innrettes gjennom forbud og plikter. Sosiale og kulturelle grenser produserer begjær, og risikotaking kan være attraktivt, enten dette gjelder alkohol og tobakk, stillesitting, eller ikke følge kostholdsrådene. Det er utfordrende å finne måter å legge til rette for aktivitet og deltakelse på vegne av dem som ikke vil, eller ikke klarer det selv.

### 6.1 FRA FORSKNING TIL POLITIKK

Dersom vi skal ta kunnskapen om morgendagens aldring på alvor må politikken på feltet avspeile at aldring ser ut til å bety flere gode år der eldre veksler mellom å gi og få hjelp og omsorg, og færre år med behov for ensidig hjelp. Mange vil klare seg selv med assistanse fra familie, venner og naboer. De fleste vil både gi og få hjelp på tvers av generasjoner i løpet av livet.

Friske eldre ønsker mulighet for å stå i ordinært arbeid så lenge man vil, og deltakelse i arbeidslivet er helsefremmende. Det er ikke alle arbeidsplasser som kan eller vil tilby emeritus/emerita



ordninger. Det trengs en ny politikk på feltet som åpner for flere mulige kombinasjon av pensjon og lønn, og/eller heving av pensjonstaket.

Pårørende rollen kan være krevende, både internt i familien og i forhold til forpliktelser utenfor familien. Dersom familieomsorgen skal styrkes bør velferdspolitikken på feltet omfatte mer enn omsorg for syke barn under 12 år, og stønad til pårørende i siste fase av nærstående liv. Innføring av en rettighet til inntil 12 hele arbeidsdager/90 timer fri med full lønn for omsorg for foreldre over en vis alder bør vurderes (uavhengig av ordninger med velferdspermisjon hos arbeidsgiver). Dagene bør kunne deles opp i timer for å følge senioren til lege eller lignende.

Pårørende er berørt i stor grad når nærstående blir syk, men har svake selvstendige rettigheter. Det er behov for en politikk som anerkjenner at pårørende har samme behov for informasjon og medvirkning som den som er syk eller hjelpe-trengende. Det trengs etiske retningslinjer som veier hensyn til den direkte berørte mot hensynet til den indirekte berørte. Det er urimelig og uetisk å be nære pårørende ta stort ansvar for noe man ikke får innsyn i. Politikktutforming kan være å innføre selvstendige rettigheter til informasjon og medvirkning for pårørende, og sette grenser for hvor store byrder det er rimelig å overlate til pårørende. Pårørendealliansen eller lignende kan være en samarbeidspartner for videre utforskning av denne typen forslag.

Senter for seniorpolitikk arbeider for at seniorenne kompetanse og utviklingsmuligheter skal verdsettes og brukes i arbeidslivet. Vi trenger en politikk som signaliserer at alle har noe å bidra med opp i høy alder, enten dette er å fortsette med tidligere oppgaver eller gå over til med sosiale oppgaver eller ta seg av oppgaver som ellers forblir uløste eller utsatt. Stimulere alle til å beholde kontakt med yrkeslivet lengst mulig. Kontakt med arbeidslivet bidrar til aktivitet og fellesskap, det er generelt helsefremmende, det gir innhold og struktur, og det gir yngre medarbeidere alternative bilder av hva aldring medfører. Seniorer i arbeidslivet er viktig for demokratiet og sivilsamfunnet, slik at ulike livsfaser både synes og høres.

Politikken på helse- og omsorgsfeltet legger opp til mer systematisk involvering av frivillige, i tillegg til pårørende. Politikken må sikre at det er tilgjengelig og tilstrekkelig fagkompetanse i kommunene, og nok tid til å veilede og følge opp personale og frivillige uten tilsvarende fagkompetanse (jfr fysio- og ergoterapitjenester som pr definisjon alltid vil være en knapphetsressurs). Involvering av frivillige er ikke

gratis eller enkelt. Frivilligheten trenger organisering, noen må sørge for at de frivillige får holde på med det de vil, og at de ikke blir bedt om mer enn de kan utføre. Frivillige trenger informasjon om oppgaven de påtar seg, og de kan trenger opplæring i hvordan de skal forholde seg til taushetsplikt, til arbeidsmengde, til dem de møter osv.

Regjeringen Stoltenberg II og regjeringen Solberg I og II har signalisert at det skal satses på fysisk aktivitet i skolen. Det er to ganger levert Dokument 8<sup>2</sup> forslag om at en time fysisk aktivitet om dagen må gjelde i siste halvdel av livet også, særlig der folk mottar offentlige eller andre betalte tjenester (dagsenter, institusjonsomsorg, hjelp i hjemmet). Det trengs en politikk for en time fysisk aktivitet pr dag – uavhengig av alder, funksjon eller bosted. Dette er en overmoden sak. Regjeringen Solberg har anerkjent relevansen av mer fysisk aktivitet for alle, men ikke utarbeidet en politikk for å få det gjennomført.

Forskning viser at det er hverdagsaktiviteter som er viktigst, og ofte tilstrekkelig som helsefremmende og forebyggende aktivitet. Husarbeid og hagearbeid er gode eksempler. Når det planlegges nye boligfelt må disse gjøres tungvinte nok, slik at vi utfordres kroppslig og mentalt – uavhengig av alder. Lettstelte boliger kan ta funksjon fra personer som ellers ville vært mer aktive. Berikete miljøer gir flere utfordringer til flere personer, kan bygge inn sosiale møteplasser, og sørger indirekte for aktivitet og fellesskap.

Politikken må utformes og formildes i et språk som ikke gjensker stereotypier og fordommer mot aldring og eldre. Politikken må utformes slik at det ikke skapes strukturelle hindre for aktivitet og deltakelse for innbyggere over 67 år. Variasjon og lokal og personlig tilpassing er sentralt for å få flest mulig til å fysisk og sosialt aktive. Politikknivået kan bidra til å oppnå dette med være varsom med å detaljregulere innhold i hjemmetjenester og institusjonstjenester, og lage rammer som tillater tilbyder og mottaker å inkludere mer enn basale tjenester for overlevelse. Bergen har nylig avskaffet normtider og tidsstyring i sine hjemmetjenester, etter massive protester fra ansatte og innbyggere, og etter en kritisk evaluering av ordningen ved Senter for omsorgsforskning i Bergen (Førland, Fagertun, Hansen, & Kverndokk, 2017).

<sup>2</sup> <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Representantforslag/2016-2017/dok8-201617-113s/>

<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Representantforslag/2015-2016/dok8-201516-034/>

Politikkutforming for hjemmetjenester og institusjons-tjenester må sørge for at rammevilkårene har rom for lokal tilpassing, unngå detaljstyring, satse på kompetanse for aktivitet, fellesskap, kulturelle og sosiale behov. Erfaringer fra Oslo viser at det er en konkurransemessig ulempe å inkludere mer enn basale behov i anbudene. Dersom anbud ansees å være forsvarlig politikk på feltet, må anbudene også spesifisere på hvilke måter de vil ivareta enkeltindivider og gruppers behov for aktivitet, fellesskap, sosiale, kulturelle og åndelige sider ved livet – fra mikronivå til aktiv deltakelse i sivilsamfunnet. Politikk for eldre bær integreres i politikk for nærmiljø og lokalsamfunn. Av hensyn til sivilsamfunn og demokratiet er det avgjørende at innbyggerne omgås og får felles erfaringer på tvers av generasjoner, kjønn, språk, etnisitet eller religion eller andre viktige forskjeller.

## 6.2 FRA POLITIKK TIL PRAKSIS

Politikken skal iverksettes i praksis, hvilket gir stor lokal variasjon enten dette er intendert eller ikke. Variasjon kan være et ubetinget gode når det sikrer tilpassing til lokale forhold. På den annen side kan det medføre uønsket variasjon. Politikken å gi retning og støtte til ulike initiativer og aktiv innsats mot diskriminering og marginalisering av eldre, til sosial ulikhet med økende alder, og inkludere eldre i all politikk. Helse-i-alt-politikk, HIAP, bør forankres i et livsløpsperspektiv, og motvirke sosial ulikhet i helse ved å anerkjenne selvvalgt livsstil og motvirke helseskadelige levekår.

Fysisk aktivitet med lav til moderat intensitet og sosial deltakelse er i utgangspunktet helsefremmende og har få eller ingen “bivirkinger”. Sosiale fellesskap kan imidlertid være helseskapdelige – fellesskap for noen kan bety utestenging for andre, og de fleste fellesskap definerer seg selv i forhold til hvordan de er like eller forskjellige andre fellesskap. Ensomhet (engelsk loneliness) kan være helseskapdelig, mens det å trives i sitt eget selskap og ha tid til kontemplasjon og restitusjon (solitude) kan være helsefremmende. Fellesskap må ikke bli en ny plikt.

Forskere og aktivister advarer mot en å konstruere aktivitet som ideologi og behandlingsregime (Bakken, 2014; Wærness, 2016). Dersom aktivitet og fellesskap blir ny plikter, er de eldre fratatt grunnleggende demokratiske rettigheter til selv å medvirke, til å ta initiativ og til å protestere. De fleste som er midt i livet ville ikke akseptert å måtte forholde seg til

ett kroppslig og sosialt aktiverings- og disiplineringsregime. Politikken bør inspirere og invitere, ikke instruere.

### 6.3 MYTER OM ALDRING OG ALDERISME

Myter om aldring og eldre er den største utfordringen når det gjelder aktivitet og deltakelse. Myter og fordommer tar fra dem det gjelder troen på egne krefter og muligheter, og det reduserer positive forventninger fra omgivelsene. I NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg blir fem av omsorgsmytene plukket fra hverandre. For politikkkutforming er det avgjørende at slike myter ikke blir del av "kunnskapsgrunnlaget" for de prioriteringer som gjøres.

1. Eldreomsorgsmyten. En tredjedel av dem som trenger omsorg er under 67 år. Det er et økende antall svært unge som trenger store og omfattende tjenester, og som nå kan leve mye lenger enn tidligere.
2. Eldrebølgeomymten. Det er stadig flere som blir eldre, selv om toppen trolig er passert. Det er ikke urimelig å forvente at antall år med betydelige hjelpebehov relativt sett går ned siden dagen godt voksne befolkning har god helse og funksjon. De fleste eldre klarer seg godt selv og veksler mellom å hjelpe og få hjelp (Spjiker & MacInnes, 2013)
3. 25% myten. Det medfører ikke riktighet at det er behov for en sykehjemsplass for hver fjerde person over 80 år. Det er en myte at dette har vært norsk politikk.
4. Familieomsorgsmyten. Det medfører ikke riktighet at offentlig omsorg fortrenger familieomsorg. Det ser ut til at de stryker hverandre gjensidig. På den annen side sier ikke NOU 2011:11 noe om hvordan familieomsorgen påvirker familien eller omsorgsgivers helse. Store og omfattende omsorgsoppgaver kan være en helsetrussel for nærstående/pårørende (Gautun & Bratt, 2017).
5. Sykdomsmyten. Aldring og endret funksjonsnivå er en naturlig del av livet. Dersom det bare fokuseres på sykdom, forfall og funksjonstap mistes fokus på forebygging og helefremming, samtidig som aldring blir medikalisert (Busfield, 2017) og sykkeliggjort.

## Fordommer mot aldring fremmer kommersialisering av ”anti-aldring” produkter (O’Rourke, 2016)

Falk og medarbeidere har studert to ulike kohorter av 75-åringene i Sverige. Dersom funn viser at den yngste kohorten lever mer aktive liv, er bedre i stand til å ivareta egenomsorg og hverdagsaktiviteter, og er mindre opp av alder. Falk og medarbeidere ser at aldring nå følges av en aldersløs identitet, det er hva man gjør og er som blir viktig (Falk et al., 2014). Dette viser også at mytene om aldring ikke har hold verken i forskning eller levd liv.

Ageing well strategien til WHO er svært tydelig på at aldring må adresseres utenfor helsesektoren for å lykkes. Medikalisering av alderdommen er en helsetrussel fordi det begrenser handlingsrommet for den enkelte og for fellesskapene, og fordi det vrir begrensede helseressurser mot fenomener som trolig kan løses bedre utenfor helsevesenet (Carney & Gray, 2015; Nye, 2003; World Health Organization, 2015).

I boken “Mens vi venter på eldrebølgen” (Vik, 2015) blir morgendagens utfordringer sett i lys av ICF rammeverket, myteknusing og en tilnærming til hverdagsliv og aldring som tar utgangspunkt i at de fleste både kan og vil ta vare på seg selv og sine nærmeste. Boken er gjennomgående opptatt av at egenomsorg, husarbeid, felleskap og hverdagsaktiviteter er det som bidrar til god helse og gode dager, og som gir ressurser til å håndtere og tåle de ikke like gode dager samt helseutfordringer. Boken har mange gode eksempler, og er velegnet som inspirasjonsbok i tjeneste- og utdanningsfeltet. Bokens omdreiningspunkt er aktivitetsvitenskap og ergoterapi.

Boken “Myter og aldring” (Lunde, 2017) er også innrettet mot myteknusing, sett fra et psykologisk perspektiv. Lunde tar for seg 5 myter, som dels overlapper mytene i NOU 2011:11. Hver og en av disse mytene plukkes fra hverandre, og boken er rikt illustrert med eksempler og henvisning til nyere forskning på feltet. Samlet viser Lunde at aldring også medfører vekst, forsoning, kontemplasjon, kreativitet og åpner for nye muligheter. Også denne boken er velegnet for tjenestefeltet og utdanningssektoren – og politikktutforming. Lunde viser hvordan systematisk bruk av negative begreper om personer over 67 år bidrar til å vedlikeholde myter. Dette er kjent fra medisinsk litteratur når det gjelder hvordan kvinner og menn beskrives med ulike begreper, selv om fenomenet det vises til er like. Valg av begreper skaper verdihierarkier og fører til urettferdig og ubegrunnet forskjellsbehandling. Lunde spissformulerer mytene slik:

1. Aldring = forfall og skrøpeligheit
2. Aldring = svekket kognitiv funksjon
3. Aldring = ensomheit og isolasjon
4. Aldring = svekket motivasjon og omstillingsevne
5. Aldring = svekkede kreative evner

Det er ikke grunnlag verken i klinisk praksis eller forskning for at dette stemmer. Lunde stiller det retoriske spørsmålet om ordningen med honnørbilletter er en hemmer eller fremmer for et med optimistisk og realistisk syn på aldring? Er alle alle “gamle og fattige”?

Jacobsen har i flere skrifter vært kritisk til bruk av omsorgs- begrepet i kombinasjon med aktiv aldring siden disse begrepene blir brukt på måter som ikke støtter hverandres innhold (Jacobsen, 2017).

## 6.4 MYTER OM ELDRE INNVANDRERE

Det er i underkant av 900.000 innvandrere i Norge medregnet dem som er født i Norge. Dette utgjør om lag 17 % av befolkningen pr 31. juli 2017<sup>3</sup>. Ikke-nordiske statsborgere kommer fra 221 ulike land, hvorav 53% land i Europa (flest fra Polen), 30% fra Asia, 12% fra Afrika, 3% Sør-Amerika og 1% fra Nord-Amerika. De fleste kommer for familieegjenforening (39%) og arbeid (32%), mange har flyktet (23%) og de færreste kommer for utdanning (5%).

Nova-rapporten om eldre innvandrere viser at eldre innvandrere rammes av enda flere myter enn de etnisk norske, som skaper barrierer for kontakt både med tjenesteapparatet og med sivilsamfunnet for øvrig (Annaniassen & Kristiansen, 2010; Ingebretsen, 2010, 2016; Ingebretsen, Thorsen, & Myrvang, 2015; Thorsen et al., 2015):

1. Det er jo så få av dem
2. De flytter vel hjem igjen
3. Familien tar seg vel av dem
4. «De» vil vel helst være blant «sine egne»

Nøkkeltallene fra Statistisk sentralbyrå viser for det første at det ikke er få innvandrere med eller uten norskfødte barn

<sup>3</sup> <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/nokkeltall>. Lest 26.09.2017

i Norge – det er mange. I underkant av hver femte person som lever i Norge er innvandrere eller etterkommer etter innvandrere. De fleste bor i og rundt Oslo, hvilket fører til at enkelte bydeler har over 30% innvandrere, og enkelte skoler knapt har etnisk norske barn. Dette gir utfordringer for Oslo som øvrige byer ikke kjenner til, og kanskje heller ikke kommer til å få på lang tid. Ingebretsen (Ingebretsen, 2010) peker på at minoritetsbefolkningen er overrepresentert som ansatte i institusjonsomsorgen, mens minoritetsbefolkningen er underrepresentert blant brukerne/pasientene. Myter om offentlig omsorg blant innvandrere bidrar også til familieomsorg prioriteres over lenger tid med store belastninger for pårørende, sammenlignet med majoritetsbefolkningens bruk av disse tjenestene. Dersom man ikke har noenlunde nøktern kunnskap om aldring og om hvordan familieomsorg kan kombineres med offentlige tjenester, påvirker dette både omsorg og tjenester for minoritets- og majoritetsbefolkningen.

Eldre innvandrere har sammenfallende forventninger med majoritetsbefolkningen; de ønsker stabil og forutsigbar hjelp og støtte når de trenger det, og de ønsker at hjelp og tjenester skal ta hensyn til personlige preferanser og vaner, enten dette gjelder språk, kosthold, religiøse praksiser, påkledning, aktiviteter, organisasjonsdeltakelse eller kontakt med kjernefamilie, utvidet familie, venner og øvrig nettverk. Pårørende ønsker ikke å "sende de gamle vekk", på samme måte som pårørende i majoritetsbefolkningen.

Det er et paradoks at tjenesteapparatet først blir oppmerksom på viktige forskjeller mellom mennesker når de kommer i kontakt med eldre innvandrere. Det er tilsvarende et paradoks at ansatte med minoritetsbakgrunn blir dem som skal ivareta dette, når både ansatte og tjenestebrukere i utgangspunktet er mer like enn forskjellige, og har samme behov for involvering, anerkjennelse og deltakelse. Dette forutsetter kommunikasjon og samhandling. Kommunikasjon er ansikt-til-ansikt, eller via digitale plattformer med og uten bilde, og består av mye mer enn ord. De verbale uttrykkene er del av en større strøm av kommunikative signaler: tegn, gester, bevegelse, berøring, pust, tone, tempo, smil, latter, og kroppslig mikrokommunikasjon er av stor betydning (Sudmann, 2015b). Filosofen Hans-Georg Gadamer (1900-2002) sa at det var mer spennende å snakke med personer som kunne et ukjent språk. Da måtte han være mer nysgjerrig, mer åpen og observant i forhold til alt det som formidles uten ord. Dette er en tilnærming mange ansatte med minoritetsbakgrunn har måttet lære seg, som majoritetsbefolkningen kan hente inspirasjon fra.

## 6.5 KJØNN OG MEDBORGERSKAP

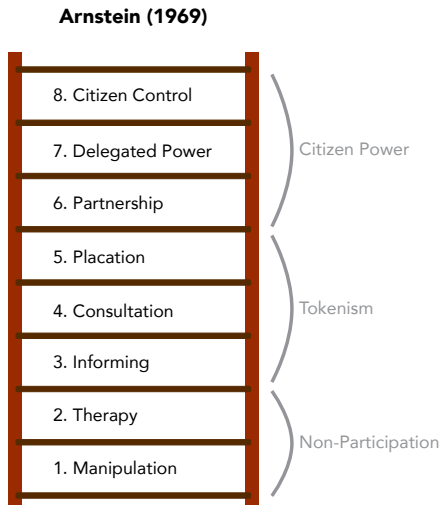
Betydningen av kjønn er diskutert over, med henvisning til at kjønn får betydning som biologi, identitet, kulturelt og strukturelt. Kjønn har spesiell relevans til utøvelse av medborgerskap hos eldre kvinner, uavhengig av etnisitet. Kirkens bymisjon har tatt denne utfordringen ved å legge til rette for egne grupper for eldre kvinner fra blant annet Pakistan. Disse kvinnene har vært svært lenge i Norge men har ikke fått anledning til å delta i samfunnslivet slik det er forventet at norske kvinner på samme alder har fått anledning til. Disse kvinnene får nå tilgang til nye arenaer, nye aktiviteter og flere fellesskap, ikke minst flere språklige fellesskap, se pkt. 8.2.1.1.

Forskere og aktivister påpeker i stadig større grad at måten eldre blir behandlet på i institusjonshelsetjenesten og i kommunale helse- og sosialtjenester fratrukker dem muligheter til å påvirke egne livsvilkår og utøve sitt medborgerskap. Medvirkning diskuteres og kreves i lys av rettigheter som medborger – helt fra hverdagsnivå til valgdeltakelse. Forskere fra tradisjoner som kritisk gerontologi viser hvordan Eldres "deltakelse" mer kan forstås som manipulering eller krav om etterlevelse (Bartlett, 2014; Bartlett, Gjernes, Lotherington, & Obstfelder, 2016; Breivik & Sudmann, 2015; Dominelli & Moosa-Mitha, 2014; Sudmann & Folkestad, 2015; Sudmann & Henriksbø, 2015; Timonen & Kautto, 2014). Lunde (2017) spør på sin side om noen av de tiltakene som settes i gang er mest for den ansattes skyld, slik at de kan være fornøyd med egen innsats. Om de det gjelder ikke involveres har de mistet mulighetene til å utøve sitt medborgerskap. Medvirkning kan studeres og utøves på mikronivå gjennom kommunikasjon, i samhandlings situasjoner, hverdagslivsaktiviteter og i involvering i lokalsamfunn eller politikk.

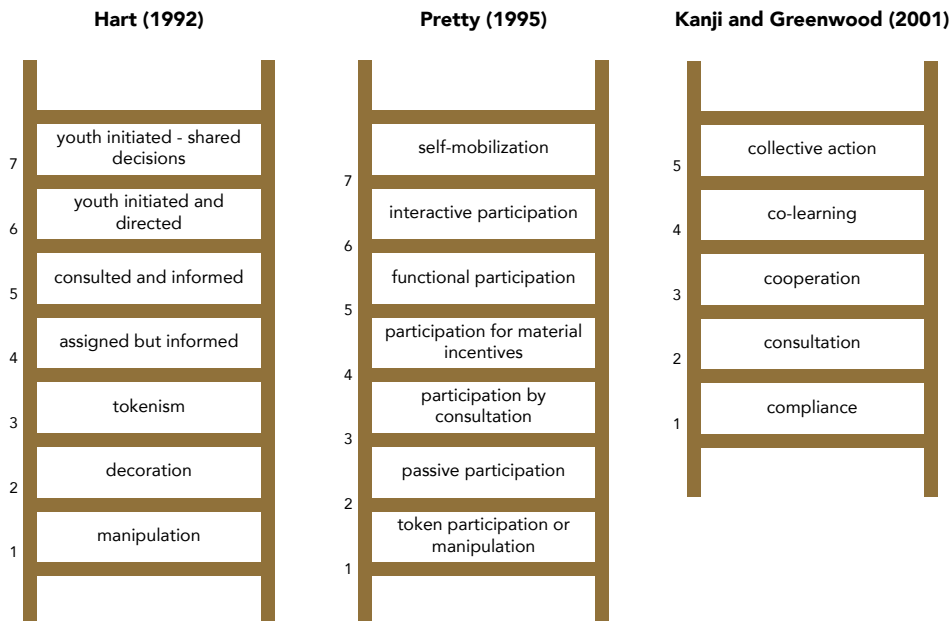
Under vises noen sentrale eksempler på deltakerstiger, billedlige framstillinger av hva deltakelse kan bety i ulike sosiale situasjoner: Arnstein (1969), Hart (1992), Pretty (1995), og Kanji & Greenwood (2001). Arnsteins stige for medborgerskap er utgangspunkt for de ulike variantene som har kommet til senere (Arnstein, 1969; Collins & Ison, 2009; Hart, 1992; Kanji & Greenwood, 2001; Pretty, 1995; Trittler & McCallum, 2006). Stigene er utformet for ulike formål – lokalsamfunnsutvikling, barns medvirkning, politisk deltakelse og læringsmiljø. De er på hver sin måte gode illustrasjon av at brukermedvirkning og deltakelse ikke er en ting. Mange av oss veksler mellom ulike posisjoner i disse stigen i løpet av en dag, og i løpet lengre tidsintervaller. Det er ikke slik at



noen posisjoner er mer verdifulle enn andre pr definisjon – det kommer an på situasjon og person, og hva som er hensikten med deltakelse. Deltakelse i sosiale aktiviteter og fellesskap forutsetter at man ikke er på de nederste trinnene på noen av stigen. Medborgerskap er drøftet i NOU2011:11 også som en sentral faktor for å forbedre og videreutvikle tjenester.



**Kilde:** Arnstein, S. R. (1969). A Ladder Of Citizen Participation. *Journal of the American Planning Association*, 35(4), 216-224.



**Kilde:** <https://stayingfortea.org/2011/06/13/participation-ladders-101/> lest 20.09.2017

Deltakerstignene kan brukes for å illustrere forholdet mellom innbyggere og politisk nivå, og mellom tjenestebrukere og tjenesteytere. Eldre trenger som andre innbyggere mulighet til å delta i samfunnslivet og i samfunnsutfordringen, og de trenger som andre muligheter til å innta en deltakende og mindre deltakende rolle i utforming av egne tjenester eller behandling. Det kan reises en kritikk mot de delene av stignene som plasserer etterlevelse (compliance) og terapi på nesten samme nivå som manipulasjon. Dette medfører riktighet i noen tilfeller, mens i andre tilfeller kan det å overlate beslutninger og valg til andre være et aktivt valg.

I prosjektet “Livsmot og mismot” understreker forfatterne at for minoritetskvinner er kjønnsdelte tilbud avgjørende for at de skal delta, og bidrar til integrering på arenaer utenfor familien og utvidelse av nettverk (Myrvang, Thorsen, Ingebretsen, & Aldring og, 2016). Kirkens bymisjon i Oslo “Velkommen inn” er et eksempel på et slikt tiltak, se pkt. 8.19. Kjønn er med andre ord relevant for alle eldre – både minoritet- og majoritetsbefolkningen.

## 6.6 IKKE-SMITTSOMME SYKDOMMER

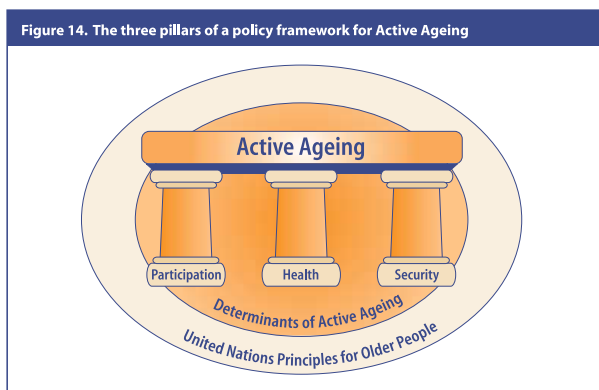
WHO viser til at 68% av globale dødsfall skyldes NCD, og at mange kunne levd lenger om sykdommene ble forebygget eller ikke fikk like alvorlige konsekvenser. NCD kan forebygges og dels behandles via aktivitet, kosthold og sosial deltakelse. En politikk for helsefremming, forebygging og aldring bør samkjøres med politikk for generell forebygging og behandling av NCD. En nasjonal NCD-politikk bør understreke og kommunisere at risikofaktorene hjertehelse er de samme som for hjernehelse. Aktiv aldring betyr å redusere risiko for kjente NCD, og opparbeide motstandsressurser for å håndtere de sykdommer som kan komme på tross av forebygging og sunne. Kampanjer som kobler hjerne og hjertehelse med diabetes og kreft kan være aktuelle.

NCD og aldring kan gi doble tap for den enkelte, om formen blir dårlig er det vanskeligere å opprette holde sosiale kontakter og være like aktiv som tidligere, hvilket kan forsterke funksjonstapet. Innsatsen mot NCD bør også av denne grunn kobles til aktiv aldring.

## 6.7 BOLIG OG TRYGGE OMGIVELSER

Forutsetningene for aktivitet og fellesskap handler om opplevelse av trygghet. WHO sin strategi for aktiv aldring har tre pilarer: helse, deltakelse og trygghet. Trygghet i eget hjem og nærmiljø er en forutsetning for å kunne være i aktivitet. Trygghet handler om sikkerhet for mat og varme, sikkerhet mot innbrudd, og det handler om trygghet utenfor egen bolig, enten dette gjelder lys, strøing, brøyting, overfall, sosiokulturelt miljø, trafikk eller støy. Og tilgang til sikker og trygg transport.

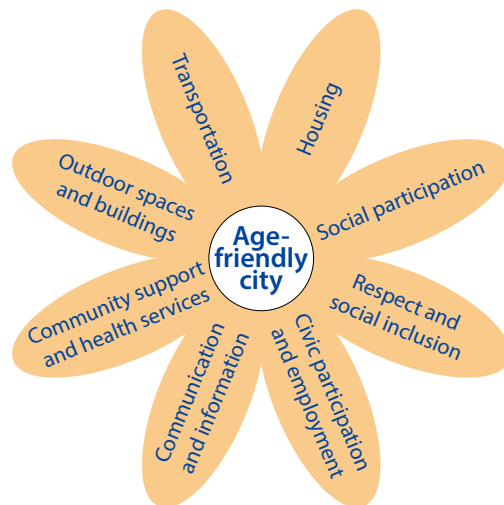
Aldringsvennlige byer kan ha universell tilrettelegging i større eller mindre grad, men bør også ha miljøer som tilbyr friksjon og utfordringer. Funksjon er ferskvare, og dersom vi ikke utfordres mentalt og kroppslig taper vi funksjon. Man kan oppnå tilgang for de fleste både ved å tenke universell tilrettelegging, og ved å tenke berikete miljøer (affordance theory). Den siste varianten er tanken at ingen trenger alt, men alle skal finne noe som passer og som oppleves meningsfylt og stimulerende. Spissformulert kan vi si uten variasjon ingen sivilisasjon (Solvang, 2002). Miljøpsykologene viser i tillegg til Attention restoration theory, som forklarer hvorfor vi trenger både miljøer rundt oss som lar oss hvile blikket og miljøer som krever oppmerksomhet. Vekslingen mellom fokusert og my oppmerksomhet er nødvendig for å ivareta vår mental helse. Dagtilbud på gård er et eksempel på beriket miljø som gir anledning til varierte typer oppmerksomhet, aktiviteter og fellesskap (Sudmann & Børsheim, 2017; von Lindern et al., 2017).



WHO Active Ageing. A policy framework, side 45 **Kilde:** [http://www.who.int/ageing/publications/active\\_ageing/en/](http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/) lest 09.09.17

SLT- Samordnet lokalt kriminalitetsforebyggende arbeid blant barn og unge er etablert i alle regioner. SLT-arbeid bør utvides til å inkludere eldre. Barn og unge som utviser uønsket sosial atferd kan redusere eldres opplevelse av trygghet og deres sikkerhet. Det bør vurderes å koble arbeidet med SLT til aldringsvennlig byer. Eldre kan som andre innbyggere bidra til egen trivsel, og de kan bidra til å skape trygge omgivelser for alle. Man kan kanskje vurdere å utvide SLT for å lage trygge omgivelser for alle? Eldre kan åpenbart være en ressurs i SLT-arbeidet.

En ny studie av eldre og deres mobilitetsvaner (bevegelse og transport utenfor egen leilighet for å handle, sosiale anledninger eller annet) viser at dersom de er redde for kriminalitet, blir de sittende innendørs i egen bolig/leilighet. Negative oppslag i pressen påvirket de eldre til å bli mer forsiktige med å gå ut. Dersom det legges til rette for sosiale treff og "reisen" fra eget hjem til møtested oppleves trygg (henting, noen å gå med) reduseres denne bekymringen noe (Stjernborg, 2017). Negative holdninger til eldre påvirker også lyst til å gå ut. Dersom få eldre er synlige i det offentlige rom kan dette styrke fordommer og aldring og eldre. Det er pr september 500 age-friendly cities i Verden, inkludert Oslo.



**Kilde:** WHO Agefriendly cities <http://www.who.int/ageing/events/gnafcc-500/en/> les 09.09.17

For politikkfeltet vil det være relevant å stimulere til ulike typer boliger, og forvente at folk flytter mange ganger i løpet av et livsløp. Det er viktigere for aktivitet og fellesskap av

bomiljøene blir varierte, enn av hver eneste bolig passer til en person i rullestol eller til en småbarnsfamilie. Byggforskriftene kan med henvisning til helse i all politikk utformes med tanke på variasjon for alle beboere, inne og ute, og med tanke på at de fleste vil bo flere steder i løpet av liv. Berikete miljøer gir variasjon i aktivitet, oppmerksomhet, hvile og fellesskap. Berikete miljøer kan også oppøve befolkningens generelle toleranse for at alle ikke kan klare alt – enten det er alder, høyde, vekt, bevegelsesevne, kognitiv funksjon eller sansefunksjon som er begrensende. Variasjon må tilkjennes en egenverdi (Solvang, 2002).

## 6.8 KLIMAENDRINGER OG VÆR

Trygge byer og trygge omgivelser henger sammen emd klimaendringer og vær. I Norge har vi til nå vært forskånet for store masseødeleggelser på grunn av været, men mange eldre bekymrer seg over klimaendringer på vegne av seg selv, og ikke minst på vegne av sine barnebarn. Klimaendringer påvirker vilkårene for aktiv aldring ved at det blir våtere og villere, at det blir mindre snø (for dem som liker vinteraktivitet), men samtidig varmere for dem som liker hagebruk. Endret klima stiller andre krav til påkledning, hvilket igjen kan være en utfordring. Det kan være vanskeligere å holde balansen i masse stive vinterklær.

Våtere og villere: mørkere, glattere, våtere, krav til påkledning, vind og balanse osv. Klær som hemmer før du går ut (omstendelig, tidkrevende), klær som hemmer balanse, sko som reduserer kontakten med underlaget, vann på briller som reduserer syn, støy som reduserer hørsel.

Besteforeldrenes klimaaksjon <http://www.besteforeldre-aksjonen.no> er interessant i så måte. Det illustrer at eldre er opptatt av verden de lever i, og at de engasjerer seg i politisk mobilisering for sin sak. Her fra nettsiden:

Vi er en kampanje, en bevegelse som kjenner oss forpliktet til å la våre stemmer bli hørt – for barnas skyld. Som eldre og besteforeldre er vi en raskt voksende velgergruppe, som kan presse på for en politikk som vil redusere klimagassutslippene til et nivå som er forenlig med et blomstrende liv på planeten vår. «*Enhver har rett til et miljø som sikrer helsen, og til en natur der produksjonsevne og mangfold bevares.*» (Grunnloven, paragraf 112).

Dårlig vær, som det er vent mer av, fører til lavere motivasjon for fysisk aktivitet utendørs. I forbindelse med utvikling av gå-strategien i Kristiansand ble dårlig vær oppgitt som en barriere mot å gå ut. Været påvirker med andre ord indre motivasjon. Dette kan kompenseres med ytre motivasjon fra venner og sosiale opplevelser. Dårlig fysisk form og dårlig vær er en barriere for å endre vaner, eller for å opprettholde vaner med fysisk aktivitet. Studien til Wahlich og medarbeidere viste at dersom aktivitetsnivået skulle opprettholdes må de det gjelder involveres i utforming av tiltaket og videreføring av det (Wahlich et al., 2017).

## 6.9 DIGITALISERING

Mange forskere stiller spørsmål ved om vi nå får ett nytt sosialt skille, ett grått digital skille (Friemel, 2016) – på grunn av økende digitalisering av kommunikasjon og tjenester (bank, post, helse, NAV, kontakt) spør flere om det krever dette en ny form for deltakingskompetanse, jfr. diskusjoner av medborgerskap over. Prosjektet “eHealth literacy and ageing. Elder Norwegians’ appropriation of Health related Internet information<sup>4</sup>” (Sudmann, Fredriksen, & Børshheim, 2017-2019) er en oppfølgingsstudie av studien e-Health literacy i en norsk kontekst – fra søk til bruk av helseopplysninger på internett (Fredriksen & Sudmann, 2016). Foreløpige analyser av materialet i den nye studien viser at eldre over 65 år har stor digital helsekompetanse, de søker ofte sammen med andre eller for andre, og diskuterer det de finner. De vurderer nøkternt det som står der, og kryssjekker troverdighet i forhold til egne og bekjentes erfaringer, eller diskuterer sine funn med fastlegen ved behov. De fleste eldre har barn og barnebarn som dels sørger for at de har oppdatert utstyr, og dels sørger for at de lærer å bruke det de har, og lærer seg å utnytte potensialet i de ulike plattformene. Lesebrett ansees som det mest praktiske. Mange har kontakt med Seniornett, der seniorer hjelper seniorer. Flere steder arrangeres det iPad-kurs, og noen eldre kvinner har iPad-klubb. Nettbrettet brukes til kontakt med familie via sosiale medier, meldinger, bildetelefon, deling av bilder, kryssord, spill, aviser og nettbank og epost.

Gjennom prosjektet har vi kontakt med Seniornett og kursholdere der, som forteller at bruk av digitale plattformer kan utfordres av stive fingre, tørre fingertupper og gammelt

<sup>4</sup> <https://app.cristin.no/projects/show.jsf?id=501168>

utstyr. Det er ikke mangel på vilje eller evne til å lære, men de eldre møter noen utfordringer knyttet til irreversible aldersendringer som smidighet og følsomhet i fingre, syn og hørsel. Opp mot 98% av den norske befolkning har tilgang til Internett, men vi vet ikke nok om hvor mange som bruker det eller hvor ofte det blir brukt for helseformål. Uavhengig av alder ser det ut til at søk etter helseopplysninger på internett blir gjort blant venner og familie, og at man hjelper hverandre. Håndtering av kjernejournal. Resepter, nettbank og kontakt med helsetjenesten gjøres som regel i mer private settinger, og der er det flere eldre som strever. Jfr. protester på at utbetalingskvitteinger for pensjon nå kun sendes digitalt.

I en Nøhr (2006) sin studie av eldre og IKT-bruk viste deg seg at de eldre deltakerne i studien fordelte seg på 4 ulike grupper; i) aktive IKT-bruker, ii) tidligere IKT-brukere, iii) personer som vet at de ikke følger med på IKT-utviklingen og iv) eldre som ikke under noen omstendighet vil bruke eller lære å bruke IKT. Nøhr anfører at digitalisering av samfunnet medfører behov for å ha en politikk for hvordan alle de som ikke kan eller vil tilegne seg digital kompetanse (Nøhr, 2006). Utviklingen på IKT-feltet går meget raskt, og trolig ville en tilsvarende studie i dag vist andre resultater. På den annen side, så viser medieoppslag at det enda er mange som ikke vil tilegne seg IKT-kompetanse sent i livet. En politikk for aldring må ta hensyn til dette på kort sikt. Manglende digital kompetanse er et generasjonsfenomen som løser seg av seg selv på sikt.

Nasjonal E-politikk og satsing på e-helse må ta hensyn til at ikke alle vil eller kan bruke digitale plattformer, og at noen faktisk ikke vil lære seg dette i siste fase av livet. På den annen side er det ikke urimelig å forvente at dette er et overgangsfenomen, og at alle om kort tid er fortrolig med dette – uavhengig av alder. Satsingen på Digidel2017 er over, men bør videreføres i samarbeid med Seniornett for å få den eldste delen av befolkningen fortrolig med digitale plattformer og løsninger. Utvikling av e-helse og digitalisering av helsetjenestene går meget fort og utfordrer hele befolkningen (Hauge, 2017).

## 6.10 TEKNOLOGI – FOR ALLE ELLER BARE FOR ELDRE?

Det meste av hverdagsteknologien vi omgir oss med er ikke utviklet for et spesielt alderssegment. Teknologibegrepet i seg selv rommer problemløsning, prosedyrer, teknikker og konkrete materielle objekter. Teknologi er praktisk utførelse, anvendelse av og kunnskapen om redskaper, maskiner, teknikker, systemer eller metoder i håndverk eller industri i den hensikt å løse et problem eller utføre en særskilt funksjon. Det betyr at teknologibegrepet omfatter alt fra blyanter, turnusplaner til GPS og sensorer. Begrepet velferdsteknologi kan derfor virke tilslørende med tanke på hva det er det viser til: er det nye prosedyrer, arbeidsdeling, teknologier eller konkrete som er omtalt. Når begreper velferd eller omsorg kobles til teknologibegrepet gjøres samtidig teknologi til noe som er særskilt utviklet eller tatt i bruk fordi sluttbrukeren ellers måtte fått tilbud om andre tjenester eller kunne fått et kvalitativt dårligere liv. Vi omgir oss med masse teknologi som setter ulike krav til brukeren; leseferdigheter, aldersbegrensninger i forhold til bilkjøring eller sykling, koordinasjon, bevegelighet, syn eller hørsel. Dette er et felles vilkår – ikke noe spesielt for aldring.

I NOU 2011:11 ble velferdsteknologi definert på følgende måte:

- Trygghets- og sikkerhetsteknologi
- Kompensasjons- og velværeteknologi
- Teknologi for sosial kontakt
- Teknologi for behandling og pleie

Den første gevinstrealiseringsrapporten fra det nasjonale velferdsteknologiprogrammet viser til at begrepsbruken rundt det som i Norge defineres som velferdsteknologi varierer fra land til land (Melting & Frantzen, 2015). Rapporten foreslår en ny definisjon:

- Trygghetsskapende teknologier som skal muliggjøre at mennesker kan føle trygghet og gis mulighet til å bo lengre hjemme. I dette inngår løsninger som gir mulighet for sosial deltakelse og motvirke ensomhet.
- Mestringsteknologier som skal muliggjøre at mennesker bedre kan mestre egen helse og sykdom.



- I dette inngår teknologiske løsninger til personer med kronisk sykdom/lidelser, personer med psykiske helseutfordringer, personer med behov for rehabilitering og ved-likehold av mobilitet mv.
- Utrednings- og behandlingsteknologier som muliggjør avansert medisinsk utredning og behandling i hjemmet – Hospital@home-løsninger. Dette teknologiområdet ble i Helse-direktoratets anbefalinger fra 2014 omtalt som helseteknologier.
  - Velværeteknologier som bidrar til at mennesker blir mer bevisst på egen helse og av-hjelper hverdagslige gjøremål uten at nedsatt helsetilstand er årsaken til bruken av tekno-logi.

Mange har installert teknologi i egen bolig for sikkerhetsformål, eller som svar på praktiske utfordringer. Mange installerer også teknologi for å holde kontakt med egne barn eller foreldre fra avstand. En del av denne teknologien kan plasseres under flere av overskriftene over (Munthe-Kaas, Johansen, & Kirkehei, 2014). Aktivitetsregistrering med eller uten GPS brukes også av mange – på tvers av alle aldergrupper. I nye telefoner og smart-klokker er dette innebygget, men mange foretrekker egne “klokker” eller registreringsteknologier.

Selvvalgt teknologi passer heller ikke inn i bare en definisjon. Til privat kostnad, nytte og glede har mange smarttelefon, datamaskin eller nettbrett, “the internet of things”, kommunikasjon og ”just checking” via kamera, generell varsling på brann, innbrudd og vannlekkasje, mange bestiller varier og tjenester via nett (inkludert helsetjenester). Denne type teknologi krever en aktiv bruker. Kamera eller sensorer kan monteres uten at sluttbruker trenger å være aktiv.

Teknologi kan være en del av tjenestetilbudet – jfr. digitalisering av grensesnittet mellom befolkningen og tjenesteleverandørene, e-konsultasjoner, videosamtaler, videokontroll av sår, og det kan være helse relatert innhold på internett. Teknologi kan være støtte for å huske medisiner og måltid, sikkerhet for å utløse skade (vann, varme, lys og låser), trygghetsalarm, GPS. Disse hjelpemidlene kan avhjelpe press til å huske, slik at den som bruker det kan bruke egne krefter og ressurser på andre aktiviteter. Dette er like nyttig for småbarnsforeldre som besteforeldre, eller for folk som har det travelt mer generelt.

Teknologi kan være erstatning og alternativ for flere formål: Videokommunikasjon, exergaming, gamification, digitalt tilsyn, avstandsoppfølging, helsesjekk, koseselen Paro (Howes, Charles, Marley, Pedlow, & McDonough, 2017; Robinson,

MacDonald, Kerse, & Broadbent, 2013). TV-spill for å holde seg i form er introdusert mange steder som exergaming/gamification. Forskningen er ikke klar på hvilke effekter dette har. Dersom et spill bidrar til systematisk fysisk aktivitet i eget hjem er det et gode, og dersom spill og exergaming oppleves som lek har det positive effekter for de som leker. Det ivaretar imidlertid ikke behov for sosial kontakt, men kan gjøre selvvalgt tid alene (solitude) meningsfull.

Nye teknologiske løsninger tilbys daglig. WHO har satset på forebygging og behandling av NCD gjennom mobiltelefoner, siden omtrent alle voksne i verden har tilgang til telefon. Hovedbudskapet i denne strategien er at aktivitet både forebygger og bidrar til behandling av NCDs. Strategien Be He@lthy – Be Mobile, fighting NCDs beskrives på følgende måte:

The Be He@lthy, Be Mobile initiative uses mobile phone technology to deliver disease prevention and management information direct to mobile phone users, and strengthens health systems by providing training to health workers. It provides governments with best practices for mHealth interventions, based on existing clinical evidence from trials around the world.

Teknologiens relevans for aktivitet og fellesskap er at det er bruken av den som avgjør dens relevans og nytte, ikke hvorvidt den klassifiseres som det ene eller andre. Teknologi inngår alltid i noen reelle og sosiale sammenhenger som bidrar til vår forståelse av hvilke muligheter og begrensinger den gir. Når teknologi ukritisk kobles sammen med myter, fordommer, naiv teknologiforståelse og uriktige demografiske framskrivinger åpnes et stort rom for kommersialisering. Det kommersielle presset må håndteres på politikk og praksisnivå dersom det er fellesskapet som skal ta kostnaden med bruken.

I Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn foreslås det å erstatte begrepet velferdsteknologi med hverdagsteknologi (Departementene, 2016). Det siste begrepet viser presist at teknologi er for alle, uavhengig av alder eller funksjon.

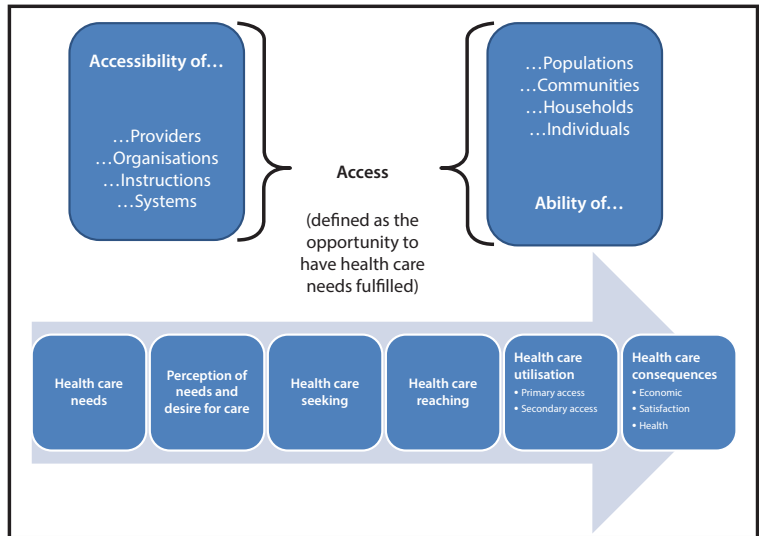
Det er imidlertid sett av myter som kan påvirke utviklingen av teknologi negativt. Durick og medarbeidere har identifisert 6 myter som dels sammenfaller med mytene som blir presentert nærmere i kapittel 8 under. For utvikling av morgendagens eldre og for aktiv aldring er det et problem at antakelser om at eldre er like, at de er sosialt isolerte og ensomme, at de er en byrde for samfunnet, at eldre er kronisk syke, at eldre ikke kan lære seg ny hverdagslig teknologi, eller at eldre ikke kan bruke teknologi (Durick, Robertson, Brereton, Vetere, & Nansen, 2013).

## 6.11 KOMMERSIALISERING AV ALDRING

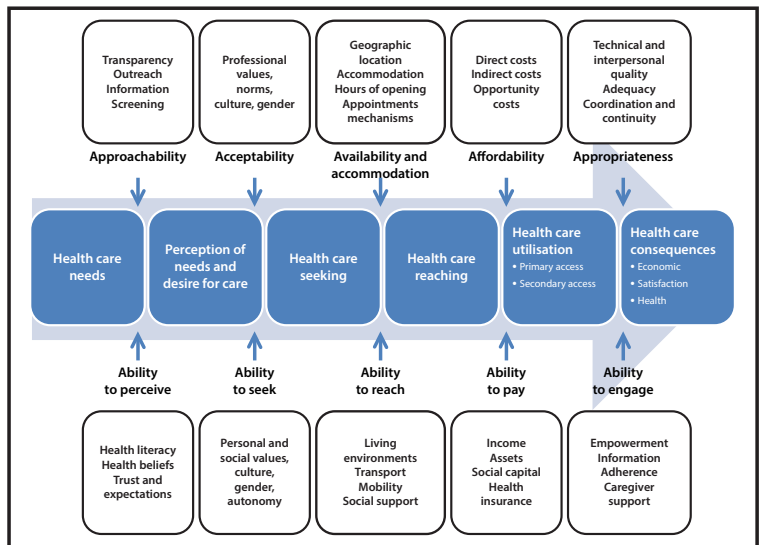
Kommersialisering er positivt i den forstand at det blir flere produkter, arenaer og aktiviteter tilgjengelig for flere aldersgrupper. Mange over 67 år har god råd, og har mulighet til å kjøpe varer og tjenester for å øke eget velvære, eller for å kunne delta i de aktiviteter og fellesskap de ønsker. Det er et økende marked for seniorer som ønsker å reise. Den negative siden av kommersialisering er at sosioøkonomiske forskjeller kan opprettholdes eller forsterkes, og at et økende kommersialiseringsspress ikke er bærekraftig på sikt, jfr pkt 6.8. Aktivitet og fellesskap som kobles til kommersielle aktører kan skape uønskete forskjeller og bidrar i mindre grad til aktivitet og fellesskap i nærmiljøene, jfr. treningsentre og reiser. Kirkens bymisjon har løst dette dilemmaet med å designe sykehjem som nærmiljøsentre, og invitere naboer inn til både treningsentre og kafe på sykehjemmet, se pkt 8.21.1.

## 6.12 TILGANG TIL HELSE- OG SOSIALTJENESTER

Meldingen til Stortinget “Leve hele livet” skal også svare på utfordringer knyttet til tilgang til tjenester og utfordringer med uønskete forskjeller. Modellene under viser til de samme faktorene som ICF-modellen og WHO sin strategi for aktiv aldring. Det er svært mange faktorer utenfor helsetjenesten som påvirker helsen, tilgang til helsetjenestene og tjenestene i seg selv.



Kilde: Levesque (Levesque et al., 2013)



Kilde: Levesque (Levesque et al., 2013)

Trygge og aldri-vennlige byer, tilgjengelig transport, gode og trygge boliger, mulighet for deltakelse og involvering i utforming av tjenester, kostnader osv. påvirker tilgang til helsetjenesten. Å velge å oppsøke helsetjenesten forutsetter kunnskap og kompetanse om at det problemet en har kan forstås av helsepersonell, at en vet hvordan en skal ta kontakt, og at det er praktisk og økonomisk mulig å komme i til konsultasjon. Prioritering av spesialisthelsetjenester forutsetter på samme vis at de det gjelder kan framstille seg selv for

vurdering. Motvirkning av økende sosial ulikhet i helse blant eldre må medtenkes i en ny politikk for eldre.

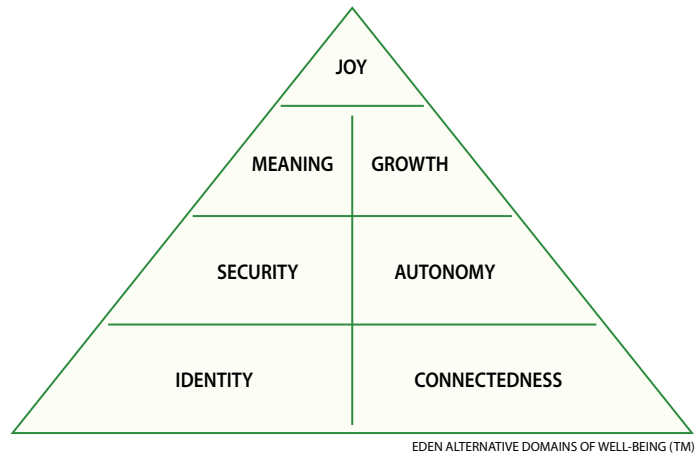
## 6.13 HVILKEN DAG ER DET I DAG?

Vårt samfunn har en klar rytme som peker ut hverdagene som arbeidsdager, og helgen som tid til rekreasjon. Normalarbeidstiden er mellom 8 og 17 på de fleste arbeidsteder. Skiftarbeid og turnusarbeid er underlagt samme logikk, hvilket kommer til uttrykk gjennom tilleggsbetaling for å kveldsskift, nattarbeid og helsearbeid. Ukens struktur på virker direkte og indirekte våre aktiviteter og fellesskap. Fritidsaktiviteter legges til ettermiddagstid i ukedagene, og det er langt færre fritidstilbud tilgjengelig i helgene. På den annen side er kunst og kulturinstitusjoner oftere besøkt i helgene. For de fleste er det forventninger om å møte familie og venner i løpet av helgene. Tilsvarende gjelder for høytider – det er forventning om å være sammen med familie og venner – enten det er for å gå i kirken eller gå tur sammen. Søndager er ofte familiedag med felles middag – og den som ikke har noen å spise sammen med på en søndag, kan oppleve seg mer alene på en søndag. Arbeids- og familielivets strukturer påvirker organisering av alle samfunnets arenaer og aktiviteter. De som ikke er i arbeid eller har nær familie vil derfor bli minnet om dette jamt og trutt.

Flere har spilt inn forslag om at norske tradisjonene med søndagstur og familiemiddag kan brukes som modell for aktiviteter for seniorer og eldre. Frivillige eller andre kan organisere tur (i natur, i by, på museum, på sjøen, i skogen) med påfølgende felles middag etterpå. Inspirasjon for gå- eller løpeturer kan hentes hos Hash House Harriers (HHH), en global sosial løpe- og drikke-/spiseklubb, se lenger nede. Det går på omgang å lage løyper, og oppmøtested varier. Løypene/turene kan lages som rebusløp, som spor- og stifinning eller faste spor. Etter turen er det felles mat og prat. Det er HHH klubber i mange norske byer som kan utfordres til å lage et tilpasset konsept til bruk i alle norske kommuner via idrettslag, frivillighetskoordinator eller frisklivssentraler og seniornettverk.

## 6.14 HVA ER MÅLET – KVANTIFISERBARE RESULTATER ELLER PERSONLIG VELVÆRE OG TRIVSEL?

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) fokuserer på ressursmobilisering og tilfriskning parallellt med endring i tankegang og forståelse av psykisk helse. En politikk for aldring kan hente mange ideer her. Eden alternativet som er tatt i bruk noen steder i Norge er inspirert av en parallell tankegang. Om dette omtales som recovery (Slade, 2017) eller medvirkning eller personsentrert omsorg er av mindre betydning enn at tankegangen innarbeides i politikken. Fagutvikling og politikktutvikling må gå hånd-i-hånd om en recovery- og lokalsamfunnsbasert tilnærming skal utvikles.



**Kilde:** The well-being pyramide, "The Edén Alternative Domains of Well-Being (TM) (Power, 2014). Modellen er gjengitt med tillatelse fra G. Alan Power.

Edén alternativer på norsk er drøftet i NOU 2011:11. De grunnleggende verdiene den formidler har sine paralleller i recovery-tenking og personsentrert omsorg. Politikktutforming må ha fokus på hva som gir mening og glede, ikke bare kvalitet målt i forhold til det som kan telles: måltider, sykehusinnleggelses, kroner og timer. Det skal legges liv til årene, ikke bare år til livet.

## 6.15 METT AV DAGE – AKTIVITET OG FELLESSKAP SOM NYE PLIKTER?

Forskning på tematikken medborgerskap/citizenship, fellesskap/community og deltakelse/participation viser at en ukritisk satsing på deltakelse, medvirkning og fellesskap kan oppleves som nye byrder og plikter både for enkeltindivider, familier eller lokalsamfunn (Bakken, 2014; Leal, 2007; Penderis, 2012). Det må forventes at det finnes noen som faktisk vil bo hjemme lengst mulig og til slutt dø hjemme, og at det finnes noen som ikke vil bo hjemme helt til siste slutt. Tilsvarende, om det blir mobilisert politisk for rettigheter til deltakelse og medvirkning, så vil det være noen som ønsker å overlate valg og beslutninger til andre. Politikken utformes i stor grad etter decibel-metoden: det er de som vil ha endring som får gjennomslag, fordi politikk for bevaring og stabilisering ikke alltid har samme appell.

Når aktiv aldring, deltakelse og fellesskap blir nye løsninger på gamle problemer, må de som utformer politikken og fagligheten for feltet undersøke om dette er like relevant for alle, og utforme alternative strategier for dem det ikke passer for. Deltakelse bør være en mulighet, ikke en plikt, fysiske fellesskap (samlokalisering) er noe annet enn samhandling (intellektuelt). Hva som passer for den enkelte kan variere over tid og gjennomlivsløpet, jfr. PROGRESS-pluss som ble introdusert i pkt. 3.1. Medborger-forskningen advarer mot at deltakelse kan forstås og oppleves som disiplineringsregimer og tyrannier om det ikke granskes kritisk. Passiv aldring er et begrep som kan anvendes som lakmus test for å avdekke underliggende ideologier. Passiv aldring er ett begrepspar som knapt finnes brukt i policy dokumenter eller forskning – det i seg selv er interessant. Det kan da stilles spørsmål ved om for mange har akseptert aktivitetsdiskursen uten kritisk granskning. Når man blir ensidig hjelpetrengende og vet at det relativt sett ikke er så lang tid igjen å leve, bør det være mulig å velge passiv aktivitet passiv deltakelse og passiv aldring, og kunne få lov å si nei takk til trening, rehabilitering, alvorlig samtale, trøst eller sang.

Det er viktig å reise en diskusjon omkring deltakingskompetanse: må de det gjelder ha et minste sett med ferdigheter for å kunne delta i fellesskap og aktiviteter? Redusert syn, hørsel, og bevegelighet gjør både fysiske og sosiale aktiviteter mer krevende. Samhandling krever ett minste nivå av kommunikasjon og forståelse, og åndelige behov kan vanskelig dekkes om en ikke klarer å formidle hvilke behov en

har. Det engelske begrepet empowerment er oversatt til ”rett til å ta initiativ” på islandsk. Andre oversettelser er selvstyrking. Initiativ må møtes og responderes på – der motstand er like relevant som tilslutning – og det åpner for forhandlinger og diskusjoner om aktivitetstilbud, fellesskap, tjenesteutforming eller tjenestebruk. Medvirkning betyr å kunne være aktivt handlende, å kunne utøve sitt medborgerskap på tross av og på grunn av omstendighetene, kunne identifisere et handlingsrom, kunne lage planer og revidere dem, og kunne ha mulighet til å påvirke sine omgivelser i det små (når vil jeg ha kaffe) til det større (valg deltakelse). De som er lydhøre og oppmerksomme og ser og lytter etter initiativ, tilslutning eller protest kan høre og se dette hos personer med meget alvorlig sykdom og funksjonsnedsettelse. Dersom man tror alle kan kommunisere så lenge de lever, så kan det oppdages og anerkjennes.

## 6.16 FRIVILLIGHET, PÅRØRENDE INNSATS OG PROFESJONELL FAGLIGHET

Samarbeid med den det gjelder, pårørende og frivillige er vesentlig i de faser av livet der en har behov for koordinerte og omfattende hjelp og tjenester. Tilbyder har ansvar for forsvarlig tjenesteutøvelse og for at det er faglig oppdatert. Tverrfaglig og flerfaglig innsats er ofte nødvendig, og det må avklares hvem som har ansvar for å kvalitetssikre rehabilitering og oppfølging om det skal utføres av frivillige. Hvem har ansvaret om kvaliteten ikke er tilfredsstillende og den som skulle hjelpes eller bistås ikke får tilbake funksjon eller taper funksjon på grunn av manglende faglig tilsyn og oppfølging? Frivilliges og pårørendes innsats må kvalitetssikres dersom den skal inkluderes som del av et formelt tjenestetilbud.

Men frivillig betyr ikke kostnadsfri: Sykehjemmet må prioritere ressurser til å rekruttere, organisere og følge opp de som ønsker å gi av tiden sin, slik at frivillige blir ivaretatt og får veiledning. Pårørende er på mange måter også frivillige, og bør tilbys samme oppfølging, opplæring og veiledning som frivillige får. For mange pårørende kan det å velge å påta seg flere oppgaver i rollen som frivillig være mer motiverende enn å bli pålagt oppgaver fordi man er pårørende.

Dagens pårørende for eldre innvandrere har noen andre utfordringer enn majoritetsbefolkningen. De er første generasjon som skal balansere mellom familieomsorg

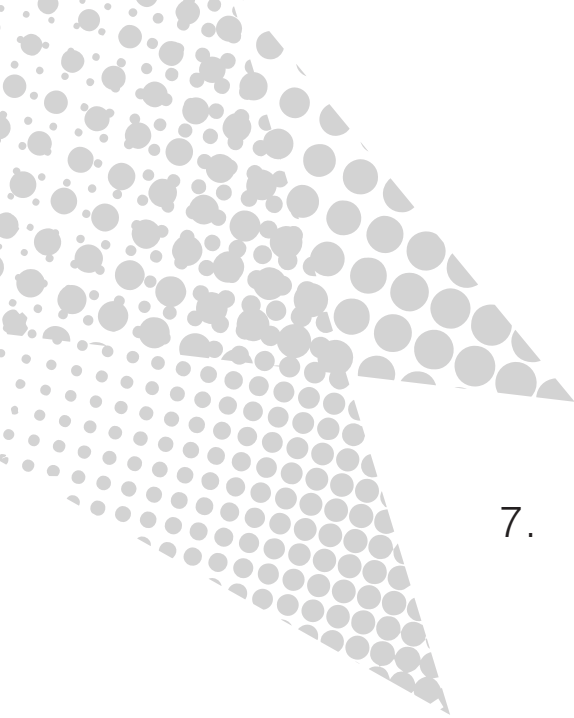


og offentlig omsorg, og ivare ta egen medborgerrolle og foreldrerolle i samfunnet. Forventninger fra de eldre med minoritetsbakgrunn kan være vanskelig å kombinere for deres barn som er yrkesaktive og har omsorg for egne barn. Utfra hva vi kjenner til er det ikke gjort komparative studier av pårørende med ulik bakgrunn. Majoritetsbefolkningens pårørende slites også mellom ulike hensyn (Gautun & Bratt, 2017; Ingebretsen, 2010, 2016).

## 6.17 KOMPETANSELØFT 2020 OG UTDANNING I HELSE OG SOSIALSEKTOREN

Aktivitet og fellesskap er det vi gjør og det vi er på tross av og på grunn av de kroppslige, sosiale, kulturelle, materielle og strukturelle betingelsene vi lever våre liv under. Betingelsene er mer eller mindre stabile på kort sikt, men endrer som alltid over tid for alle. Det betyr at det alltid er rom for å endre vaner og rutiner som følge av endrete ytre betingelser, eller å endre vaner og rutiner av nødvendighet eller indre motivasjon. Endrete vaner og rutiner, endre bosted eller familiesituasjon, endring i helsetilstand eller økonomi, vil påvirke de større sammenhenger. Sett fra et folkehelseperspektiv er de øyeblikk der ting utfordres eller endres brått en har en særlig anledning til å ta avgjørende valg om endring, eller omstille seg på grunn av ytre påtvingende ytre omstendigheter.

Relevant politikk for Leve hele livet bør kombineres med politikktutforming for morgendagens velferdsyrker. Innsats for å redusere sosial ulikhet i helse, marginalisering, diskriminering og alderisme må gjennomsyre utdanning av morgendagens tjensteytere. Politikk for aktiv aldring sammenfaller med NCD-strategien og tydeligere satsing på hjerne- og hjertehelse. Denne politikken kan bare lykkes om fordommer og myter om aldring utfordres i utdanningssektoren og i det offentlige rom.



## 7. IDENTIFIKASJON AV SENTRALE AKTØRER PÅ FELTET AKTIVITET OG FELLESKAP FOR ELDRE

Hvilke aktører som er sentrale handler om hvilken arbeidsdeling det ønskes mellom aktuelle aktører: offentlig sektor, ideell aktør, kommersiell sektor, frivillig sektor og sivilsamfunnet for øvrig. Fordeling av ansvar og plikter må følges opp av tilsvarende finansiering. Ingen tjenester er kostnadsfrie, det vil alltid ta tid, penger, personer eller være avhengig av bestemte materielle og strukturelle vilkår.

Når tjenesteproduksjon skal tildeles utvalgte aktører etter anbud, vil spesifikasjoner i anbudet være en metakommunikasjon på hva og hvem som er viktig, og om hvordan oppdragsgiver forstår hva som er nødvendige bidrag til et godt liv i eldre år: fra basale livsfunksjoner (mat, medisiner, trygghet, hvile), til sosiale, fysiske og kulturelle aktiviteter i og generell deltakelse i sivilsamfunnet. Deltakelse i samfunnet er en demokratisk rettighet, og det er viktig for samfunnets institusjoner og videreutvikling av velferdsstaten av alle medborgere deltar og er synlige for hverandre.

Når det utarbeides kvalitetsindikatorer for tjenestene må disse tilsvarende ta høyde for fysisk, sosial og kulturell aktivitet, for fellesskap og måltider, for aktiviteter i og utenfor institusjon tilgang til grøntarealer og dyr, kulturelle og kunstneriske aktiviteter, kontakt med nærmiljø og lokalsamfunn, kontakt med familie, nettverk. Penger er makt, og bestillerfunksjonen kan brukes for å initiere eller pålegge bestemt innhold. Oppdragsbrevene kan gis mandater som styrker det helsefremmende og forebyggende potensialet i å satse systematisk på fysisk og sosial aktivitet – uavhengig av hvem som er drifter og utfører.

## 7.1 INNBYGGERE

De sentrale aktører må være de dette gjelder – innbyggere om vil bli omfattet av politikken på feltet. Det er ulike måter å involvere innbyggere på – enten via dialogkonferanser som er brukt som del av forberedelser til meldingen, eller via sivilsamfunnet. De fleste voksne har en eller begge foreldre som lever, og vil slik sett ha interesse av politikk og tjenesteutforming for eldre fra posisjonen som pårørende før man selv blir mottaker. Det er de voksne midt i livet og de eldre i andre halvdel av livet som kjenner dette på kroppen. Innbyggere under 45 år kan på den annen side bidra med innspill og motspill i forhold til hvordan samfunnet kan utvikle seg slik at alle generasjoner kan leve livene sine på måter som støtter opp om fellesskapet og den enkelte.

## 7.2 OFFENTLIG SEKTOR

Offentlig sektor har samlet sett et meget variert tilbud til eldre med kognitiv svikt. Det bør legges til rette for at disse tiltakene kan inkludere eldre og yngre som bidragsyttere, og de som ønsker eller trenger det kan få tilbud om aktiviteter som et forebyggings tiltak. Dagsenter, støttekontakter, treningskontakter, fritid med bistand (fritid for pårørende, bistand for bruker) kan brukes systematisk. Gruppetilbud bør vurderes framfor individuelt tilbud, med tanke på mereffekt av å være flere, og med tanke på at de det gjelder kan etablere nye relasjoner uten betalt hjelp.

Det er bør være aktuelt å se på betydningen av hvordan flere sektorer i kommunen kan bidra til at eldre kan leve livet, og legge til rette for at helse- og sosialtjenestene må samarbeide kulturliv, bibliotek, IKT-opplæring, frivillighet og sosiale møteplasser, kulturskoler, NAV - arbeidsforberedende tiltak, osv. Mange eldre har mye å gi, og kombinasjoner av meråpent bibliotek (se 8.19.10), fritid med bistand, leksehjelp eller språkkafé kan bygge nettverk og relasjoner på tvers av alder, etnisitet, kjønn osv. Samarbeid mellom offentlig, ideell, kommersiell og frivillig sektor er nødvendig.

### 7.3 IDEELL SEKTOR

Ideelle organisasjoner har ikke anledning til å ta ut overskudd av sin drift, og må føre eventuelle overskudd tilbake til ordinær drift. Ulike stiftelser og organisasjoner leverer mange verdifulle tjenester til offentlig sektor, og har ansvar for drift av forsvarlige tjenester på oppdrag fra det offentlige. På feltet eldreomsorg er Kirkens bymisjon en stor og sentral aktør, og eksempler på innovative tilbud finnes i pkt. 8.21.1. Ideell sektor kan påta seg oppgaver på oppdrag fra offentlig sektor, enten etter anbud, bestilling eller tilbud.

Kirkens bymisjon, Røde Kors, Nasjonalforeningen for folkehelse, Norske kvinners sanitetsforening, Diakonale stiftelser, Lions og Odd Fellow er eksempler på ideelle organisasjoner som aktivt tar et samfunnsansvar og som ønsker å bidra til å videreutvikle både velferdsstaten og tilbud til eldre innbyggere. Samarbeid mellom offentlig, ideell, kommersiell og frivillig sektor er nødvendig..

### 7.4 KOMMERSIELL SEKTOR

Kommersielle aktører er selskaper som driver for profitt, og som har anledning til å ta ut profitt fra selskapet. Flere ulike selskaper leverer hjemmetjenester og sykehus tjenester. Samarbeid mellom offentlig, ideell, kommersiell og frivillig sektor er nødvendig, men har i flere tilfelle vist seg vanskelig. Privat sektor påtar seg mer avgrensede oppgaver, og sømløs integrering med ulike tjenester for brukere med sammensatte utfordringer viser seg vanskelig. Politikktutforming bør ta hensyn til dette, og vurdere om det er grenser for hvilke oppgaver som kan leveres fra private aktører uten at det går ut over kvaliteten.

### 7.5 SIVILSAMFUNN

Sivilsamfunnet er bærebjelken i et demokrati, og er avhengig av at alle deltar og slutter opp om fellesskapet. Eldre innbyggere må som yngre bidra til videreutvikling av demokrati og velferdsstat, blant annet gjennom organisasjonsdeltakelse. Om lag to tredjedeler av den norske befolkning er medlemmer i en organisasjons: for eksempel et idrettslag, Amnesty, et politisk parti, eller deltar i mer lokale aksjoner (jfr. kampen

mot “monstermaster” i Hardanger), SOS barnebyer, Norsk Folkehjelp, bondekvinnelaget osv. De fleste organisasjoner får statlig støtte. Tildelingsbrevet kan oppmuntre alle organisasjoner til å aktivisere eldre medlemmer, og til å rekruttere nye medlemmer, og til å inkludere nærmiljø og lokalmiljø i sine aktiviteter. Aktivitet og fellesskap er et gode i seg selv, enten man slutter opp om organisasjonens idealer eller ikke. Det er svært ulike grunner til at folk engasjerer seg – noen gjør det rett og slett for det sosiale eller fordi de får litt ekstra energi av aktivisme (uavhengig av saken) (Polletta & Jasper, 2001).

Eldre organiserer seg i dag blant annet i Besteforeldre-aksjonen for klima, Besteforeldregerilja for barnevernsbarn, Besteforeldre for sosial endring. Eldre tar aktivt ansvar for fellesskapet i flere land, og er ikke kun opptatt av egne behov. Dialogkonferansen 31 august 2017 i Bodø om aktivitet og fellesskap viste også at eldre er opptatt av mer enn individuelle behov.

Frivillighetskoordinator er nødvendig om sivilsamfunnet skal integreres i sammenhengende tjenester og tilbud. Erfaring fra større aktører på feltet viser at om frivillig arbeid skal være stabilt over tid, må det koordineres i små eller større enheter. Stabilitet er viktig for dem som har glede av de frivillige tjenestene, og for dem som avlastes eller kan bruke tiden sin til andre ting så lenge de frivillige tjenestene tilbys. Under er eksempler organisasjoner der eldre er aktive eller har egne organisasjoner.

- Pensjonistforbundet.no
- Senioruniversitetet.no
- Seniorsdans.no
- Seniornett.no
- Senioraktivitet.no
- Frivilligsentral.no
- Frivillighetnorge.no
- Seniorsgamers.net
- Sjakk.no
- Den norske turistforening
- Speiderorganisasjonene
- Pasientorganisasjoner og sammenslutninger (NHF, FFO)

Deltakelse i sivilsamfunnet er en mulighet og en rettighet og må ikke bli en plikt, uavhengig av alder. Måten eldre omtales på i massemedia og policy dokumenter kan bidra til å bygge ned barrierer for engasjement, eller bidra til nye barrierer for

deltakelse og mobilisering. Den amerikanske organisasjonen Grey Panthers – Age and youth in Action som mobiliserer mot aldersdiskriminering sier følgende:

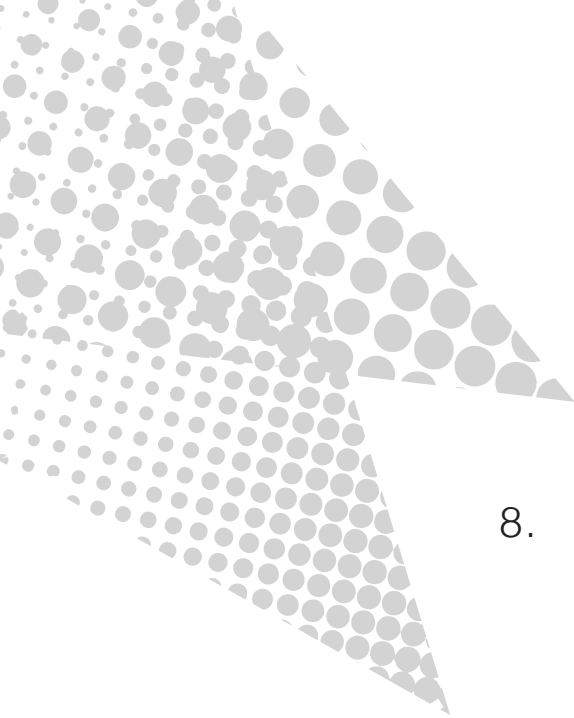
“The old, having the benefit of life experience, the time to get things done, and the least to lose by sticking their necks out, [are] in a perfect position to serve as advocates for the larger public good” <http://www.graypanthersnyc.org/>

Å engasjere seg for felleskapet innebærer ofte en risiko, men som det understrekes i sitatet – de elder har mindre å tape og kan bidra til med krutt og futt i den offentlige debatten og slik stimulere til debatt og handling. Forskere fra den kritisk gerontologiske tradisjonen understreker det samme – aksjonisme og deltakelse kommer på bakgrunn av interesse, ikke plikt. Invitasjon og motivasjon gjennom rekruttering bidrar til at flere får lyst til å delta (Martinson & Minkler, 2006).

## 7.6 KUNNSKAPSINSTITUSJONENE OG SENTRALE FAGMILJØER

Kunnskapsinstitusjonene har som samfunnsmandat å utdanne morgendagens velferdsprofesjoner og bidra til videreutvikling av den neste beste praksis. Andre kunnskapsprodusenter og –leverandører er Senter for Omsorgsforskning, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, Nasjonalt kompetansesentre for kultur, helse og omsorg, Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet, Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, Nasjonalt senter for legevaktsmedisin, Nasjonalt senter for disktriksmedisin, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, oppdragssektoren generelt, universiteter og høyskoler med relevante utdanningstilbud kan alle bidra med kunnskap til feltet – etter eget initiativ eller etter oppdrag. Det er svært mange kompetente miljøer i Norge som har som sitt mandat å bidra til utvikling av gode levekår og god helse i et livsløpsperspektiv.





## 8. FORSLAG TIL TILTAK, VERKTØY OG VIRKEMIDLER FOR Å BIDRA TIL AKTIVITET OG FELLESSKAP FOR ELDRE

Fysisk aktivitet, kosthold, sosial deltakelse og restitusjon er nøye forbundet. Det finnes ingen sosiale eller kulturelle aktiviteter som ikke også er fysiske, i og med at fysisk aktivitet er alt som er mer krevende enn å ligge på ryggen i en stol å hvile/sove. Argumentet i rapporten er at dersom funksjonsnivået er svært lavt, må man som regel begynne med det kroppslige for å få vedkommende delaktig i det sosiale eller kulturelle. For andre vil dette gå sømløst hånd i hånd. Myter om aldring og myter om fysisk aktivitet begrenser handlingsrommet for dem det gjelder, og det fører til at de som har ansvar for andres aktiviteter og fellesskap trolig forventer for lite av dem de skal bistå.

Dette kapitlet foreslår tiltak for å møte de utfordringer som er presentert i kapittel 6, på bakgrunn av det vi vet om aldring, aktivitet og fellesskap, jfr. kapitlene 3, 5 og 6.

### 8.1 MYTEKNUSING – KUNNSKAP, SPRÅK OG STRUKTURER

Som diskutert i kapittel 3 (Bakken, 2014; Lunde, 2017; Vik, 2015) og i kapittel 6.10 om teknologi (Durick et al., 2013) er det en stor utfordring av eldre samfunnsborgere omtales og behandles på måter som viker negativt inn på dem det gjelder, yngre personer, familie, arbeidsgivere, eller andre. I følge Tom Kitwood (1997), som har bidratt til å bringe de sosiologiske forståelser av diskriminering



og undertrykking av sosiologien inn på demensfeltet, kan vi karakterisere samhandling som enten nedbrytende eller oppbyggende. Samhandling som inneholder krenkende hendelser eller virker nedbrytende på de det gjelder kan karakteriseres med følgende begreper:

Løftebrudd, umyndiggjøring, infantilisering, trusler, stempling, holde for høyt tempo, ugyldiggjøring, stigmatisering, tvang, beskyldning, forstyrning, mobbing og nedvurdering.

Alt dette er samhandlingsformer Kitwood har observert i demensomsorgen. Dette er begreper som beskriver de ansattes måter å forholde seg til beboerne på, hvorpå beboere kan reager med protest, utagering eller oppgitthet og total tilbaketrekking. Kitwood har også observert støttende samhandlingsformer som han karakteriserer på denne måten:

Anerkjennelse, forhandling, samarbeid, lek, sanselighet, avslappethet, bekreftelser, fysisk kontakt, stimulering, samskaping og giverglede.

Nedbrytende fenomener finnes ikke bare i konkrete handlinger, men også i valg av språk, måter å beskrive personer med funksjonstap eller høy alder. Det er en gjensidig påvirkning mellom hvordan eldre og personer med nedsatt funksjon omtales og behandles i det offentlige rom, og hvordan de behandles i de "lukkede rom" – på dagsentrene, i hjemmetjenestene, på institusjonene og i familieomsorgen.

Eldres livsutfoldelse begrenses av lave forventninger fra omgivelsene, negative omtaler av aldring generelt, og eldres hjelpebehov spesielt (man koster for mye, lever for lenge, og trenger for mye hjelp). Eldre innvandrere rammes i tillegg av ett ekstra sett med fordommer og myter som begrenser muligheter for dem og egen familie.

Tiltak på politikfeltet er å innføre ett annet språk, og velge andre begreper som inspirerer og motiverer de som skal leve lenge, og de som skal bistå dem som trenger hjelp. Regjeringens strategiplan for et aldersvennlig samfunn har en språkdrakt som langt på vei ivaretar dette – i motsetning til mange andre policy dokumenter (Departementene, 2016; Jacobsen, 2017). Generelt er likebehandling et godt prinsipp, med det forbehold at om likhet skjuler viktige forskjell så må forskjellsbehandling vurderes som bedre for å få likt resultat. Under vises flere eksempler på at tilbud som rettes mot kvinner, språkgrupper eller bydeler har stor appell hos dem det gjelder (Annaniassen & Kristiansen, 2010; Ingebretsen,

2010). Forskere advarer mot at mytene påvirker utvikling av ny teknologi slik at den tenkte brukeren ikke samsvarer med morgendagens eldre (Durick et al., 2013).

## 8.2 SAMFUNNSARBEID SOM TILNÆRMING

Samfunnsarbeid (community work) som arbeidsmetode på helse- og omsorgsfeltet ble foreslått i NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg. Samfunnsarbeid som arbeidsmetode har svært mange likhetstrekk med aksjonslæring, aksjonsforskning, Living Lab, Design Thinking, fremtidsverksted (jfr. dialogkonferansene) problembasert læring og fokusgruppemetodologi. Felles for alle disse arbeidsmetodene er at de er gruppebaserte, og at målet er endring i sosiale felt gjennom koordinert ressursmobilisering og kollektiv handling sammen med dem det angår. Samfunnsarbeid har sterke røtter i arbeid med helsefremmende lokalsamfunn og i gruppe- og stedsbasert sosialt arbeid (Bracht, Kingsbury, & Rissel, 1999; Hutchinson, 2010; Økland, 2012; Sudmann & Folkestad, 2015; Sudmann & Henriksbø, 2015; Wallerstein, Minkler, Carter-Edwards, Avila, & Sanchez, 2015).

Samfunnsarbeid bygger på at velferdspolitikken og velferdstjenestene produseres i organisatoriske, geografiske eller interessebaserte fellesskap, og at sosial deltakelse er utgangspunktet for fellesskapsdannelse, innflytelse og sosial endring. Tjenestemottakere, forskere og ulike offentlige utredninger har pekt på at de som skal motta velferdstjenester i for liten grad får anledning til å delta i problemdefinerings og valg av løsninger. Om de det gjelder får anledning til å være med å undersøke og påvirke vilkår for sosial deltakelse, kan vi imøtekomme noe av denne kritikken. Det gjelder uavhengig av alder. De som har levd lenge har tilegnet seg mange erfaringer som kan være svært verdifulle for utvikling av nye tjenester, eller forbedring av eksisterende tjenester.

Breivik og Sudmann (2015) framfører tre argumenter for at samfunnsarbeid er et aktuelt svar på dagens utfordringer, ikke minst på helsefeltet. For det første er det historiske grunnlaget for dagens velferdsordninger og velferdsorienterte rettigheter i stor grad kjempet fram gjennom grasrotmobilisering og fellesskapsdannelse som for eksempel arbeiderbevegelsen, avholdsørsla, målrørsla og kvinnebevegelsen. Disse sosiale og politiske bevegelsene har og har hatt ulike innretninger

og ambisjoner. Sett fra vårt perspektiv er dette meget gode eksempler på hvordan kollektiv innsats skaper endring, altså det vi i dag kaller samfunns- arbeid. Utgangspunktet for disse bevegelsene har vært en felles forståelse om at en annen virkelighet er mulig, og at det å kritisere og protestere mot vilkårlig maktbruk og sosial ulikhet er effektive virkemidler for sosial endring.

Det andre argumentet for å ta samfunnsarbeid som utgangspunkt er at for å forstå større sosialpolitiske utfordringer må vi anlegge et hverdagslivsperspektiv. Dette innebærer en orientering mot mikrososiale prosesser (Kitwood, 1997; Sudmann, 2015b) og om å anerkjenne folk som kreative aktører i egne liv. Barrierer og begrensninger er ikke alltid forhåndsdefinerte utenfra. Et tredje argument er at velferdsstatens utfordringer knyttet til intensivert globalisering gjennom migrasjon (inn- og utflytting), differensiering av behov, individualisering av ansvar, og nye behov og krav fra befolkningen. Det politiske svaret er at vi trenger robuste fellesskap der folk er - på kommunalt nivå, i bygdene, bydelene og nærmiljøene. Dette har lenge vært påpekt innen folkehelsefeltet, som er et viktig historisk og dagsaktuelt forankringspunkt for samfunnsarbeid.

Frivillighetskoordinatorer eller folkehelsekoordinatorer med erfaring eller utdanning i samfunnsarbeid kan bidra til feltet aktivitet og fellesskap for eldre på måter som til nå ikke ha vært mye brukt. Engasjering av dem det gjelder kan bidra til å definere andre utfordringer og nye løsninger.

Samfunnsarbeid forutsetter reel brukermedvirkning, jfr. Pkt 3.3.4 over, og er en mye brukt arbeidsmåte i Storbritannia der begrepene community work, community building og community empowerment viser til disse nedefra-og-opp tilnærmingene til folkehelse og sosial deltakelse (Martinson & Minkler, 2006; Minkler & Minkler, 2012; Wallerstein et al., 2015). Ved mastergradstudiet i samfunnsarbeid ved Høgskulen på Vestlandet er det skrevet mange oppgaver som viser relevansen av samfunnsarbeid på helsefeltet generelt, og i forhold til eldre spesielt.

### 8.3 ELDRE ELLER SENIOR?

Som vist over har mange i dag en aldersuavhengig identitet, og det er funksjon mer enn leveår som er avgjørende. Begrepet funksjonell alder er foreslått, men blir fort negativt ladet for

dem som har en høyere funksjonell alder eller reell alder. Alder er ikke et problem dersom myter og fordommer blir utfordret.

En politikk for aldring handler dels om aldringsvennlig omgivelser, og en folkehelsepolitikk som stimulerer til sunn og aktive valg gjennom hele livsløpet, og om å tilbys sosiale møteplasser og aktiviteter på tvers av generasjon, kjønn, etnisitet osv. Flere kommuner har egen seniorpolitikk eller seniortilbud for dem over 60, eller tilbud til alle over 75/80 år. Eksempler er Voss kommune sin brosjyre 60+, Trondheim kommune aktivitetshefte 65+ osv. Generell distribusjon pr post, legge ut i butikker, bibliotek, kafeer osv. på samme måte som tilbud til turister gjør aktivitetstilbudet til noe alminnelig. Allmennpreventive tiltak kan med fordel kombineres med spesielle tiltak rettet mot spesielle grupper: eldre utviklingshemmede, hjemmeboende med demens, eldre med senskader etter langvarig rusbruk, personer med kroniske og langvarige helseutfordringer osv. Helsestasjon for 60+ er og et godt alternativ for generell informasjonsspredning med inspirerende og inviterende innhold.

#### 8.4 AKTIVITETSKONTAKTER/ TRENINGSKONTAKTER - AKTIVITETSVENN

Ordningen med støttekontakt er i utgangpunktet individuell, men kan godt tilbys i gruppe. Gruppetilbud kan gi nye vennskap uavhengig av støttekontakten. Organisasjoner og foreninger kan kontaktes med spørsmål om noen er interessert i slike oppdrag. Et betalt oppdrag har en annen status enn frivillig arbeid. Betaling understreker verdien, og et betalt arbeid kan motivere mer. Betaling gjør relasjonen mer formell, slik at det er lettere å si opp om man ikke trives. Støttekontaktordningen er hjemlet i Sosialtjenesteloven.

Nasjonalforeningen for folkehelse har et tilbud som kalles aktivitetsvenn for personer med demens<sup>5</sup>. Her rekrutteres frivillige som oppfordres til å ta med seg en person med demens for å gjøre det de liker selv – enten dette er å fiske, gå på kafe, på kino, eller strikke.

<sup>5</sup> <http://nasjonalforeningen.no/tilbud/aktivitetsvenn-for-personer-med-demens/>

## 8.5 AKTIV ALDRING OG AKTIV OMSORG

Aldersvennlige byer handler om tilgjengelighet til infrastruktur og viktige funksjoner i nærmiljøet. Dersom det ikke finnes møteplasser i det offentlige rom – parker, butikker, benker, kafeer, dagsenter – så er det mindre motiverende å bevege seg utendørs. Nærmiljøutvikling og bydelsutvikling må sørge for at det finnes møteplasser for alle innbyggere, bidra til at folk som ikke vet om hverandre kan møtes, på tvers av kjønn, alder, etnisitet, nasjonalitet, geografi osv, eller lage møteplasser for grupper som er like med hensyn til det samme. Mange over 67+ har mistet venner, familie og kolleger, og får mindre sosiale nettverk og ofte færre sosiale aktiviteter på grunn av dette. Det offentlig bør bidra til å få oversikt over hvem som er blitt alene, og tilby å skape møteplasser. Folk klarer seg kanskje selv om de vet om hverandre. Aktiv omsorg er tittel på flere nye bøker der dette er utlagt i detalj (Disch & Lorentzen, 2012; Disch, Lorentzen, & Midtsundstad, 2017; Jakobsen & Granbo, 2011).

## 8.6 PÅRØRENDE SOM PARTNERE MED SELVSTENDIGE RETTIGHETER

De fleste er både pårørende og berørte i løpet av livet, og vet at den enes sykdom eller funksjonstap påvirker livene til alle berørte. Dersom pårørende skal gid flere oppgaver og større ansvar enn i dag må de få selvstendige rettigheter til informasjon, oppfølging, fri fra lønnet arbeid der det er aktuelt, og avlastning. Jfr. Pårørendealliansens<sup>6</sup> målsetting: Et samfunn der pårørendes innsats som uformelle omsorgsgivere synliggjøres, verdsettes og inkluderes. Det er behov for flere typer pårørendeskoler med “o-fag for helsesektoren NAV”, og pårørendeskoler om digital helsekompetanse og kommunikasjon. Aldring og helse<sup>7</sup> har arbeidet med pårørende skoler for pårørende ti personer med demens i lengre tid. Det er krevende å være pårørende til langvarig syke, og Krefthforeningen tilbyr også kurs og oppfølging av pårørende. Det ser ut til å være behov for pårørendeskoler som retter seg mot sammensatte og langvarige utfordringer.

<sup>6</sup> <https://parorendealliansen.no/>

<sup>7</sup> <https://www.aldringoghelse.no/?PageID=6620&ItemID=5329>

## 8.7 EN TIME FYSISK AKTIVITET PR DAG TIL ALLE – UAVHENGIG AV ALDER

Fysisk aktivitet virker, og alt er bedre enn ingenting. I stedet for å fokusere på alle som ikke følger målsettingen om aktivitet, bør fokus rettes mot hverdagsaktivitet med lav til moderat intensitet. Legges listen for høyt er det mange som ikke prøver, fordi de ikke tror det hjelper. De som er aktive holder trolig fram med dette uavhengig av politikken på feltet. Husarbeid og turgåing kan være nok. Vi trenger likevel politikker for fysisk aktivitet for alle, jfr. representantforslag Dokument 8:113 S (2016–2017) fra stortingsrepresentantene Jonas Gahr Støre, Torgeir Micaelsen, Trygve Slagsvold Vedum, Kjersti Toppe, Knut Arild Hareide, Olaug V. Bollestad, Audun Lysbakken og Rasmus Hansson om daglig fysisk aktivitet i skolen og en handlingsplan for fysisk aktivitet (AP, SV, MDG, KRF, SP). Saken er ferdigbehandlet, men problemet består.

## 8.8 VEDLIKEHOLD OG ENDRINGER AV VANER OG RUTINER

Vaner etableres langsomt, og de endres langsomt. Indre og ytre motivasjon er nødvendig, og det kreves lang oppfølging, jfr MotiView kapittel 8.14.4 og Aktivitetsdosetten<sup>8</sup>. De som har ansvar for å aktivisere andre skal også holde på egen motivasjon og inspirasjon. Aktivitetsplanlegging er nødvendig, og hverdagsrutiner bør beholdes – gå i trapp (styrketrening, balansetrening), vaske opp selv (stå- og balansetrening), gå tur ute, bære varer, lage egen mat osv. De som har betalt eller frivillig hjelp bør lage egen aktivitetsplan og aktivitetsmål sammen med sine hjelpere. Aktivitetskaken i pkt. 5.4 bør brukes aktivt som planleggingskalender eller som inspirasjon. Lag gjerne egne aktivitetskaker som passer dere, eller fyll ut slik at den dokumenterer hva dere gjør. Etablering av nye vaner krever motivasjon, og repetisjoner over tid lager nye vaner (Fleig et al., 2015).

<sup>8</sup> <https://aktivitetsdosetten.no/>

## 8.9 GODE EKSEMPLER PÅ TVERS AV FUNKSJON

### 8.9.1 “VI SKAL JO HJÆLPE HINANDEN” FRIVILLIGE MED UTVIKLINGSHEMMING

Vi skal jo hjelpe hverandre er et interessant prosjekt i Danmark. Her kobles utviklingshemmedes behov for ordinært arbeid med eldres behov for selskap og trygghet og aktivitet – utviklingshemmede som støttekontakter, treningskontakt, kulturkontakt, middagsvenn, turvenn, praktiske gjøremål. Prosjektet ‘Helt med’ i Norge, et prosjekt for å få utviklingshemmede ut i ordinært arbeidsliv <http://heltmed.no/> kan med fordel inviteres til å bidra. Tilsvarende kan unge voksne bidra med aktivitet for eldre utviklingshemmede.

### 8.9.2 ELDRE HJELPER ELDRE

Eldre hjelper eldre er satt i system i mange norske byer. Mange frivillighetssentraler formidler kontakt mellom eldre som trenger praktisk hjelp og bistand til å småreparasjoner, transport osv. Noen opplyser at oppdrag et skal ta ca. en time og at det koster ca. 100 kr. Andre lister ikke opp verken tid eller pris. I Bergen kommune er det pr september 2017 ansatt to frivillighetskoordinatorer for hjemmetjenestene.

Frelsesarméen har en noe annen innretning på sitt Mentor+ Eldre hjelper eldre<sup>9</sup>, der hensikten først og fremst er å forebygge alvorlig ensomhet. Eldre som har overskudd kan bidra med kontakt og aktivitet til personer som har mindre nettverk. Frelsesarméen organiserer aktiviteten.

Flere frivillige og veldedige organisasjoner organiserer det slik at pensjonister hjelper pensjonister, for eksempel med tilkjøring av ved, sandstrøing eller snømåking om vinteren. Organisasjoner som Lions, Civitan, Rotatry, Odd Fellow bidrar og til eldre velferd ved å gjøre frivillig arbeid på institusjonene og på sykehusene, for eksempel slik Odd Fellow og Rebecca losjen sørger for at det alltid er frukt, varm og kald drikke og mat tilgjengelig for pasienter som er inne til poliklinisk behandling på Kreftavdelingen ved Haukeland Universitetssykehus.

«Eldre hjelper eldre» var et prosjekt ved Dankert Krohn i Bergen i mange år. Det innebar at eldre(pensjonister) var

<sup>9</sup> [http://www.frelsesarmeen.no/no/vart\\_arbeid/eldre/hoyre\\_kolonne/vare\\_tilbud/mentor+/](http://www.frelsesarmeen.no/no/vart_arbeid/eldre/hoyre_kolonne/vare_tilbud/mentor+/)

tilgjengelig for ulike oppgaver til hjemmeboende eldre basert på hvilken kompetanse de hadde. F.eks en jurist, kunne bistå med juridiske råd, man kunne få følge eller transport, handling, hagearbeid, småreparasjoner. Senteret ved Dankert Krohn administrerte ordningen visse dager og fordelte hjelperne. Det kostet kr 50 i timen.

Mange borettslag har ildsjeler blant eldre beboere som arrangerer både treff, trim og diverse for de eldre beboerne som trenger noe ytre motivasjon eller støtte for å komme seg i aktivitet eller for å treffe folk. Borettslagene stiller felleslokalene til disposisjon (Bergen og omegn boligbyggelag m.fl.).

Mange menigheter har egne arrangementer for eldre, der de bistår med henting, måltider og retur hjem. Noen arrangerer også snømaking, tilkjøring av ved eller annet forefallende arbeid. Tilbudene gid til dem som bor i menighetens område, uavhengig av om de er aktive i kirken. Dette gjelder både statskirkelige og frikirkelige menigheter.

## 8.10 GODE EKSEMPLER PÅ TVERS AV GENERASJON

### 8.10.1 UNGE MØTER ELDRE

«Unge møter eldre» i Groruddalen er et diakonalt samarbeidsprosjekt mellom lokal ungdom, ungdomsråd, sykehjem og omsorgsboliger, kirke og skole. Prosjektet er forankret i menighetsråd og ledes av en diakon. Besøkene foregår på institusjon i en gruppe sammen med en voksen. Dette gir andre muligheter og en annen dynamikk enn individuelle besøks- eller aktivitetsordninger. «Unge møter eldre» er ikke en tradisjonell besøkstjeneste, men et gruppebasert tilbud der grupper av ungdom besøker en avdeling jevnlig.

Prosjektet knytter kontakt på tvers av alder og etnisk bakgrunn. Deltakerne lærer hverandre å kjenne og gjør forskjellige ting sammen. Målet er å skape en arena for kontakt på tvers av generasjoner, religiøs og kulturell tilhørighet, og å bidra til økt trivsel på sykehjem og lokale institusjoner for eldre og legge til rette for at ungdom lar seg engasjere av andre menneskers behov i lokalmiljøet. Opplegget ble startet opp i 2013 av Høybråten, Fossum og Stovner menighet under ledelse av diakon Liv Berg.



### 8.10.2 RESERVEBESTEFØRELDRE – AKTIVITET OG FELLESSKAP PÅ TVERS AV GENERASJONER

Kirkens bymisjons familiearbeid inviterer eldre til å være veiledere eller reservebesteførelde. Dette kan også arrangeres av frivillighetskoordinatorer, eller sosialtjenesten. Eldre kan brukes som avlastningshjem, støttefamilie med hybel, støttekontakter, eller lignende.

### 8.10.3 SKOLEMÅLTIDER

Et eksempel på aktivitet på tvers av generasjoner er pensjonistene fra frivillighetsentralen som lager skolemat. Én gang i uken får Hunn skole i Overhalla kommune besøk av pensjonister fra frivillighetsentralen. Pensjonistene lager koldtbord med grove brødprodukter, grønnsaker, fiskepålegg og annet sunt pålegg. En gang i måneden serveres det varm mat. Elevene betaler 25 kroner per måltid. Skolen har ingen utgifter knyttet til ordningen, og pensjonistene tar seg av alt det praktiske arbeidet, slik at det ikke tar tid fra lærerne eller undervisningen. Skolen er svært fornøyd med matordningen og samarbeidet med frivillighetsentralen. Rektor opplever at den psykososiale biten er vel så viktig som at elevene får sunn mat. Han ønsker å involvere pensjonister mer i skolens aktiviteter. Elevene er mer konsentrerte etter måltidet, og ordningen er videreført over flere år (Departementene, 2016).

## 8.11 GODE EKSEMPLER: KUNST, KULTUR OG MUSIKK

Fysisk aktivitet kan være byvandring eller deltakelse i kulturelle aktiviteter dersom det legges inn rom for å bevege seg selv – altså ikke bli kjørt fra dør til dør. Gange vil stimulere høyere kognitive funksjoner, og forbereder kroppen og hjernen på opplevelsene. Kulturelle opplevelser er ofte gode opplevelser, som er godt for helsen. Det er også sosiale erfaringer. Vi opplever noe sammen og har mer å snakke om og huske.

Flere steder tilbys det dramaaktiviteter til eldre, med eller uten funksjonsnedsettelse. Anvendt drama er fysisk aktivitet som utfordrer og stimulerer kognitive funksjoner. Det å arbeide med drama er sosialt og kan være morsomt eller vemodig. Drama vil alltid kreve en form for fysisk aktivitet. Sosialt samspill krever og stimulerer balanse og evne til å justere bevegelse.

Mange videregående skoler og folkehøgskoler har dramalinjer. Dagaktivitetstilbydere kan invitere disse elevene inn for å lage prosjekter med deltakerne i dagaktivitetstilbudene. Tilsvarende kan gjøres i sykehjem, eller man kan lage miniforestillinger som drar hjem til innbyggere som bor alene.


Kirkens bymisjon Oslo har prioritert å gi alle sine medarbeidere i sykehjem en *kulturarbeiderskole*, for å utvikle kompetanse og sider ved seg selv som kan gi glede og gode øyeblikk i omsorgen. Ansatt kulturleder tilrettelegger et mangfold av tilbud.

### 8.11.1 LIVSGLEDE FOR ELDRE

Livsglede for eldre er utviklet av to sykepleiestudenter som var meget bekymret etter å ha vært i praksis på et sykehjem. De har laget et system for å fokusere på gode og støttende relasjoner, jfr. Kitwood (1997). Fokus på samværsformer i sykehjem vil påvirke livet både for beboere og arbeidstakere.



## De ni livsgledekriteriene

-  Alle ansatte på sykehjemmet skal vite om hva sertifiseringsordningen er, og hva det innebærer.
-  Virksomheten skal legge til rette for samarbeid med skoler, barnehager eller andre organisasjoner.
-  Virksomheten skal legge til rette for at beboeren får komme ut i frisk luft en gang per uke.
-  Virksomheten skal legge til rette for kontakt med dyr.
-  Virksomheten skal legge til rette for at beboeren får mulighet til å opprettholde sine hobbyer og fritidssysler.
-  Virksomheten skal legge til rette for sang, musikk og kultur i hverdagen.
-  Virksomheten skal legge til rette for å skape en hyggelig ramme rundt måltidet.
-  Virksomheten skal legge til rette for god kommunikasjon med pårørende.
-  Virksomheten skal legge til rette for å trekke årstidene inn som en naturlig del av sykehjemmets hverdag.

**Kilde:** Livsgleder for eldre <http://livsgledeforeldre.no/> lest 10.09.2017

### 8.11.2 TEATER- OG MUSIKKSKOLER FOR VOKSNE OG ELDRE

Kulturskolene i de fleste byer har tilbud til barn opp til 18 år. Det bør vurderes å tilby kulturskoler for voksne 60+ med musikk, kunst og teater/drama. Oslo musikk- og kulturskole har tilbud til voksne.

### 8.11.3 MUSIKK SOM MILJØTILTAK I SYKEHJEM

Det er opprettet et eget nasjonalt kompetansesenter kultur, helse og omsorg i Levanger<sup>10</sup>, som tilbyr opplæring og utdanning i musikk i miljøbehandling. Det godt dokumentert at individuelt tilpasset musikk, eller musikk som del av miljøet på sykehjem, har positive effekter for mange (Elliott & Gardner, 2016; Hicks-Moore & Robinson, 2008; Myskja, 2012; Pavlicevic et al., 2015). Musikk som spesialisert tiltak bør kombineres med bruk av musikk slik de fleste ville gjort om de ikke bodde på sykehjem; radio, musikkanlegg, konserter, spille selv, skolebesøk osv.

### 8.11.4 TEATER OG KLOVNER PÅ SYKEHJEM

Klovner brukes ofte i sykehjem og på sykehus for personer som er alvorlig syke eller som det kan være vanskelig å komme i kontakt med. Forskning viser at dette bidrar til gode opplevelser for den som får klovnene på besøk, og det gjør at ansatte oppdager andre sider ved beboere eller pasienter (Dupuis et al., 2016; P. Kontos, Miller, Mitchell, & Stirling-Twist, 2015; P. C. Kontos, Mitchell, Mistry, & Ballon, 2010).

### 8.11.5 ELDREKINO

Mange byer tilbyr eldre kino der lyden er lavere og belysningen bedre. Kanskje dette burde kombineres med babykino? Eldrekino og babykino gir mindre lyd og mer lys, og kan være godt for mange og gir tre generasjonstreff. Nye relasjoner kan skapes.

### 8.11.6 SKRIVEKURS FOR ELDRE

Kirkens bymisjon har arbeidet systematisk med dette i mange år. De inviterer inn profesjonelle forfattere som holder kurs og bidrar til at eldre får skrive. Erfaringen er at mange eldre som ellers strever med å formidle sine tanker og ønsker, får en ny mulighet til formidling og kommunikasjon. Oddgeir Synnes (Kvåle & Synnes, 2013; Synnes, 2002) har jobbet mye med dette med eldre med demens og med personer i terminal fase ved kreftsykdom. Også hans erfaring er at med tilrettelegging og tilpasset hjelp kan alle formidle seg gjennom skrift. For den det gjelder blir dette styrkende opplevelser, og pårørende

<sup>10</sup> <https://kulturoghelse.no/>

og ansatte får erfare andre sider ed sine beboere som bidrar til bedre samhandling og kontakt.

## 8.12 GODE EKSEMPLER:

### KJØNNSSPESIFIKKE TILBUD

Kjønn betyr alltid noe – hva det betyr og på hvilke måter de blir relevant er et empirisk spørsmål. Likhet skjuler viktige forskjeller (Bartlett et al., 2016; NOU 1999:13). Hvorvidt kjønn er den viktigste forskjellen må vurderes lokalt. Norge har meget høy yrkesdeltakelse blant kvinner, men samtidig et meget kjønnsdelt arbeidsmarked. Det betyr at de fleste som har vært i arbeid er vant til at voksenalleskapene er kjønnsdelte. Mange mister partner og ektefelle, og setter pris på kjønnsdelte aktivitetstilbud. På den annen side kan aktiviteter på tvers av kjønn bidra til at mange finner nye venner og partnere. Det ene bør ikke utelukke det andre.

#### 8.12.1 SVØMMEGRUPPER OG KARALAG I FANA BYDEL BERGEN KOMMUNE, HORDALAND

Delt på kjønn, meget populært! Flere steder arrangerer pasientforeninger både kjønnsdelte og kjønnsblandete svømmegrupper. De rapporterer at eldre leker like mye med garderobetitting som yngre – til stor fornøyelse for alle.

#### 8.12.2 TRIM FOR DAMER OG TRENING FOR MENN VOSS KOMMUNE, HORDALAND

Aktivitør rapporterer at valg av begreper er viktig for rekruttering, mennene kommer når det er trening, mens kvinnene kommer til trim. Da dette ble oppdaget har de spisset tilbudene mot henholdsvis kvinner og menn og får aktivisert flere.

#### 8.12.3 HÅNDARBEID OG SNEKKERARBEID

Flere steder arrangeres knivverksted, systuer eller strikkelag. Disse er stort sett delt på kjønn. Strikking som aktivitet er kommet mye tilbake, og yngre generasjoner tar opp igjen gamle tradisjoner. Strikkedamer på sykehjem har stort utbytte av disse aktivitetene og de tilhørende fellesskap (Gjernes,

2017). Strikking og snekkerarbeid er en aktivitet som egner seg godt for fellesskap på tvers av generasjoner. Skoler, organisasjoner og frivillighetskoordinatorer kan invitere til kunnskapsoverføring mellom generasjoner, og trivelig aktivt fellesskap. Norsk knivforening<sup>11</sup> bistår lokale lag og skoler med kurs i knivlaging og knivsliping.

#### 8.12.4 RED HAT SOCIETY®

Red Hat Society® (RHS®) er en organisasjon for kvinner over 50 år, der fokus er på lek, latter og vennskap. Flere studier av medlemmer og deltakere i arrangementer i regi av RHS® viser at dette lekne kvinnefellesskapet bidrar til kvinnenes helse og tilfriskning, og til mobilisering av individuelle og kollektive ressurser for å takle livets gang og utfordringer. Vi har ikke mange slike foreninger i Norge, men har hatt noen fargerike divaer i det offentlige rom som bidrar til å skape andre bilder og forestillinger om hva aldring kan bety. Jfr. Wenche Foss og Mia Berner.

### 8.13 GODE EKSEMPLER: STOR EFFEKT MED ENKLE MIDLER

#### 8.13.1 FOREBYGGENDE HJEMMEBESØK

Forebyggende hjemmebesøk hos eldre tilbys i mange kommuner (Skumsnes et al., 2015). Det varierer noe fra sted til sted hvem som er "eldre" i forhold til dette. I nettverkene rundt forebyggende hjemmebesøk diskuteres det om innslagspunktet skal være 70, 75 eller 80 år. Forebyggende hjemmebesøk er en anledning til å informere om og vise hvor lite som skal til for å beholde fysisk funksjon, og invitere til felles aktiviteter i nærmiljø eller lokalsamfunn. I Trondheim kommune har de i mange år vist de eldre innbyggerne fire enkle øvelser som bedrer fysisk funksjon og helse relatert livskvalitet hos hjemmeboende eldre med balanse- og gangvansker (Helbostad, Sletvold, & Moe-Nilssen, 2005). Øvelsene er tatt i bruk mange steder. Dersom tipsene er enkle å følge, og de kan inkluderes i hverdagsrutinene blir de fulgt opp. Forebyggende hjemmebesøk kan brukes for å motivere til ytterligere aktivitet, og til å fortelle at alle kan trene, at alt er bedre enn ingenting,

<sup>11</sup> <http://norskkniv.no/hvem-er-vi.html>

uavhengig av utgangspunkt (Bahr, 2009; Helsedirektoratet & Trondheim kommune; Lohne-Seiler & Langhammer, 2011; Lund & Sundberg, 2015).

### 8.13.2 FALLFOREBYGGING

Mange kommuner har egne program for fallforebygging, jfr Trygg på to bein i Bergen og Sterk og stødig i Trondheim, som nå skal utvikles til en nasjonal forebyggingspakke. Fallforebygging er først og fremst sikre best mulig fysisk funksjon, slik at det de gjelder settes i stand til å tåle fall og til å komme seg opp igjen på to bein etter et fall. Redusert redsel for å falle øker sosial deltakelse og øvrig aktivitetsnivå. Alle fall kan ikke forhindres, og det må finnes en balanse mellom å fjerne alt som kan utløse fall og samtidig fjene alt som bidrar til å holde funksjon vedlike (løfte føttene for dørstokker, gå i trapp, bo litt “tungvint”).

### 8.13.3 GÅ!

Gange er den aktiviteten som både viser om funksjon holdes vedlike, og om alle vitale funksjoner fungerer. Redusert gangtempo er en viktig indikasjon på at helsetilstanden ikke er optimal. Demenssykdom kan vise seg i redusert gangtempo inntil 10 år diagnosen stilles (Middleton, Fritz, & Lusardi, 2015). Gange kan påvirkes, og dermed også styrke kroppens evne til å bremse eller dels reversere symptomer fra NCD eller demens. (Beauchet et al., in press; Kikkert, Vuillerme, van Campen, Hortobágyi, & Lamothe, 2016; Saji & Sakurai, 2017; Verlinden, van der Geest, Hofman, & Ikram, 2014). Aldringsvennlige omgivelser bidrar til at flere går mer, og holder gangfunksjon vedlike.

Økt motivasjon gjennom bedre fysisk tilrettelegging og lavterskeltilbud om gågrupper kan få flere eldre til å gå. Eldre i Kristiansand ønsker seg bedre vintervedlikehold, adskilte gang- og sykkelveier, biltrafikken bort fra de viktigste fotgjengerområdene, lavere fartsgrenser for biltrafikken i de sentrale områdene, bredere fortau, nedsenkede fortauskanter, flere benker for hvile og opplevelser, bedre belysning, særlig ved fotgjengerfelt og bedre merking av fotgjengerfelt. I tillegg kom det fram gjennom diskusjonen i Forskningsverkstedet at informasjon om aktiviteter og etablering av gågrupper ville motivere særlig de som manglet en turkamerat (Krogstad, Hjorthol, & Tennøy, 2013)

Norges Røde Kors og Den norske turistforening samarbeider om gågrupper for eldre. Helse- og omsorgsdepartementet gir tilskudd til dette. Hensikten er å få flere eldre som erfarer ensomhet, med på sosiale og fysiske aktiviteter. Gruppene har turleder og går i terreng og turstier tilpasset eldre (Departementene, 2016).

Spillet PokémonGo fikk millioner av mennesker ut for å gå da det kom. Spillteknologi og exergaming kan brukes for å gjøre gåturer morsommere for alle aldersgrupper. Telling av steg, høydemeter, avstand, hastighet osv kan bidra til motivasjon. Skolebarn har konkurranser i forhold til å bruke sykkel eller gå på ski, samme prinsipp kan brukes for eldre og kobles til en app eller annen lokal løsning. Forskningsmiljøer ved NTNU arbeider nå med utvikling av lærende og intelligente exergames for eldre, og har involvert eldre i design og utviklingsprosess (Nawaz et al., 2016; Nawaz et al., 2014)

Lokal politikkkutforming for aldersvennlig lokalsamfunn bør bruke metodologien som er utarbeidet i Barnetråkk (Norsk Form, 2010), en systematisk måte å kartlegge gangveier blant barn som godt kan brukes med eldre. Metoden viser hvor det oppleves trygt, mørkt, trangt, hvor de ønsker lekeplass, hvileplass, osv.

Mennesket har også en annen kobling til det å gå, gjennom opplevelsen av å tenke bedre og annerledes mens vi går, jf. r bøkene *Det vandrande mennesket* (Tveito, 2010) og *Gå – eller kunsten å leve et vilt og poetisk liv* (Espedal, 2006).

## 8.14 GANGE OG KOGNITIV FUNKSJON

De fleste tenker at det å gå er lett siden vi gjør det hele tiden uten å tenke oss om. Men det å gå er en meget komplisert bevegelse som krever at vi kan orientere oss i omgivelsene, planlegge og styre i en bestemt retning, styre tempo, skrittlengde, hvor høyt vi skal løfte beina, samt at vi må klare å balansere på ett bein om gangen for å flytte motsatt fot fram (Deshpande, Metter, Bandinelli, Guralnik, & Ferrucci, 2009; Lord, Weatherall, & Rochester, 2010; Studenski et al., 2011).

Vi kan ofte se på en persons ganglag at vedkommende har en sykdom eller funksjonsnedsettelse. Dette er også synlig på personer med demens. Ganglaget endrer seg i takt med sykdomsutviklingen. De med mye motorisk uro beveger seg ikke på samme måte som før selv om de er aktive (Kikkert et al., 2016).

Gange i ulikt tempo på variert underlag og i varierte omgivelser er en glimrende måte å vedlikeholde eller forbedre fysisk funksjon, og det er en glimrende måte å aktivisere og stimulere kognitiv funksjon. Det er ikke bare filosofer som har erfart at det å gå seg en liten tur kan løse mange små og store problemer.

Gange bidrar til at alle ledd som beveger seg i kroppen blir smurt. Store armbevegelser smører skulderleddene mer enn små bevegelser. Leddene stivner til om de ikke bevegges, og resultatet blir dårligere balanse og dårlige funksjonsevne. God bevegelighet i alle ledd gjør det lettere å kle av og på seg, og lettere å stille seg. Vi trenger å få hendene opp på hodet for å vaske håret, vi må kunne vri oss for å kunne tørke oss bak ved toalett-besøk, og vi må kunne bøye oss fram for å klippe tåneglene.

Kroppens rytmesenter stimuleres ved gange. Noen personer med demens kan ha litt start og stopp vansker. Ved å starte en aktivitet med å trampe takten på stedet, "Ett-to-ett-to-en-støvel-og-en-sko," så kommer de fleste mye lettere i gang. Denne trampereglen kan brukes når som helst der en trenger å gjenvinne balanse eller komme i gang. Den kan også brukes for å stoppe og samle seg der en står.

#### 8.14.1 OSLO IDRETTSKRETS 60+ OG 60+ EKSTRA

60+ er et aktivitetstilbud i regi av Oslo Idrettskrets. Målet med 60 pluss er å få friske, inaktive, eldre i fysisk aktivitet. Det er ca. 40 aktivitetsgrupper i Oslo. Turgåing er den mest populære aktiviteten både med og uten staver, i tillegg til bl.a. trim til musikk, bordtennis, roing, vanngymnastikk, styrketrening, innebandy, dans og yoga.

Oslo idrettskrets til byr også 60 pluss ekstra, for dem som trenger mer veiledning og oppfølging. Her er fokuset på at tilbudet skal gi opplevelse av mestring og at det skal være sosialt. Begge tilbud er meget rimelige, og begge tilbud har godt kvalifiserte instruktører. 60+ekstra er et lavterskel-aktivitetstilbud som passer til alle som kan komme seg til aktivitetsstedet. Aktivitetene arrangeres flere steder i Oslo.

#### 8.14.2 NORGES IDRETTSKRETS

Voksenidrett tilbys mange steder, som oftest på mosjonsnivå – det vil si aktivt vedlikehold og litt bedring av funksjon og fysisk form. Det er aldri for seint å lære en ny idrett! Jfr Fauja



Singh som begynte å løpe da han var 89 år, og løp sitt siste maraton da han var 104 år (han lever enda). Flere særforbund har tilbud til seniorer, både de som tidligere har drevet med idretten og for nye utøvere. Idrett er sosial kontakt og fysisk aktivitet, og mulighet for å få nye venner og utvidet nettverk. Kontingent og priser er ofte redusert eller sponset eller støttet fra offentlige kilder. Noen eksempler under.

Pick up the reins – UK (redusert pris) - Introkurs til seniorer

Refreshing tennis courses - Introkurs for seniorer

Grønn glede – golf - Introkurs for seniorer

Aktivitets og fellesskap registrering: O-løp kan lages som familieløp som passer alle aldre, og det kan lages slik at det passer alle funksjonsnivå. Poster kan lages i byrom, inne på en institusjon, eller i nærmiljøet. O-løp kan også gå fra post til post på museer, konserter, kafeer eller hva man måtte ha tilgjengelig i nærmiljøet.

### 8.14.3 FYSISK AKTIVITET I DAGAKTIVITETSTILBUD FOR PERSONER MED DEMENS – ALDRING OG HELSE

Dagaktivitetstilbud gir anledning til å påvirke kosthold og aktivitetsvaner, og mulighet til å påvirke og endre vaner (Sudmann, 2015a). Gjennom samarbeidet med Aldring og helse om undervisning om fysisk aktivitet i dagaktivitetstilbud for personer med demens har vi erfart at om ansatte får støtte og motivasjon til å øke aktivitetsnivået blant deltakerne, så øker også funksjonsevne og trivsel. Som beskrevet i kapittel 3 trenger ansatte helse- og sosialtjenestene å få oppdatert egne kunnskaper om fysisk aktivitet, og motivasjon til å motivere andre. Systematisk oppfølging og oppdatering på hvordan fysisk aktivitet kan integreres i dagaktivitetstilbud bør legges inn i årsplaner, anbud og tilbud. Eksempler på systematisk oppfølging leveres av kommersielle aktører som MotiView og Aktivitetsdosetten. Dette bør forventes av offentlige tjenesteleverandører også, noe flere norske kommuner er i ferd med å utvikle. Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester kan få ansvar for å følge dette opp, og bidra med opplærings og utviklingskurs osv.

## 8.14.4 SYKKEL-VM FOR ELDRE

MotiView er produsenter og leverandører av ergometersykler som er koblet til TV-skjermer. Vanligvis sendes det film fra lokalmiljøet der sykehjemmet eller dagsenteret ligger, eller det brukes filmer fra steder som syklisten gjerne vil besøke på nytt. Syklingen gir felles opplevelser, samtaler og mosjon. Erfaringer fra de som bruker syklene systematisk er at formen øker, trivsel øker, sosialt deltakelse øker, medisinbruk går ned, appetitt og søvn bedres. Syklene kobler aktivitet og fellesskap og virker helsefremmende.

En viktig forutsetning for at syklene skal gi effekt på individuell helse, på fellesskap og trivsel for alle, er at ansatte motiverer syklisten, inviterer og holder interessen ved like. MotiView arbeider systematisk med å få "utsiden" inn til syklistene ved å tilby ulike fellesarrangementer og opfølging via sosiale medier med mer. Sykkel-VM for eldre er eksempel på et slikt tiltak som engasjerte ca 1100 syklisten i Norge, Sverige, Danmark og Canada. Det er konkurranser på individuelt nivå og mellom lag (institusjoner). Mange institusjoner har skaffet seg sponsorer, de har laget spesielle effekter (lagdrakter), laget egne strikkeoppskrifter for sykkelluer og pannebånd, eller det er laget dikt, slik som disse limerickene fra Bergljot Kvernenes ved Domkirkens sykehjem i Stavanger<sup>12</sup>.

En fysioterapeut fra Polen  
 Ville ha folk opp av stolen  
 En sykkel var nok  
 Nå trør vi i flokk  
 I VM vi sykler til solen  
 \*

Noen fra dagsentertoppen  
 Ville røre litt ekstra på kroppen  
 Så nå trør de til  
 Mon tro om de vil  
 Få plass i Olympiatoppen?  
 \*

En gjeng i sykehjemmets dagligstue  
 Med gjennomsnittsalder laaaangt over tjue  
 I VM de trår  
 Så mage, rumpe og lår  
 Blir smekrere enn hos fotballfrue  
 \*

En mann på 103  
 Ville i VM bli me'

<sup>12</sup> <https://www.motitech.no/nb/artikkel/vm-forfatter>

På sykkel han trår  
 Rekorden han nå  
 Til tross for et dårlig kne

Planfasen har vært lang, som for et ordinært VM, og alle har forberedt seg på samme måte som syklistene i ordinært VM. Løypene fra Bergen har vært på skjermene til de eldre. MotiView kan videreutvikles slik at hjemmeboende eller syklistere på dagsenter eller sykehjem kan sykle på “besøk” til hverandre, og se hverandre, eller koples til aktiviteter som foregår andre steder i verden – eller i etasjen over. Eksemplet fra sykkel-VM for eldre viser at suksessen er avhengig av at syklingen koples til noe som gir indre og ytre motivasjon, at det er ansatte eller frivillige eller treningskontakter som bistår med veiledning og oppmuntring, og at det koples til noe som gir assosiasjoner til det virkelige liv. Konkurranseselementet er viktig for noen, mens andre finner glede i å være supportere eller materialforvaltere (lage drakter, strikke luer), eller ha kontakt med sponsorer (et sykehjem hadde dette).

## 8.15 GODE EKSEMPLER: PÅRØRENDE OG NÆRSTÅENDE

Pårørende skoler for pårørende til personer med demens tilbys mange steder. Vi har ikke oversikt over om disse kursene er like godt tilpasset ektefeller/partnere som venner eller barn. Pårørende-rollen er krevende, og mange vil trenge hjelp til å orientere seg i systemet rent praktisk, og i forhold til digital kommunikasjon eller i forhold til rettigheter og plikter. Mange sykehus har frivillige som kan være “los” når en kommer til sykehuset. Det kan være tilsvarende komplisert å orientere seg i kommunale tjenester og i NAV. Los kan trenes flere steder. Pårørendealliansen og pasientforeningene bør være aktive medspillere her.

## 8.16 GODE EKSEMPLER: FRILUFTSLIV, NATUR, DYR OG MENNESKETS HELSE

Mange eldre har mindre kontakt med dyr og natur enn de ønsker. Det bør være en selvfølgelighet at alle som trenger hjelp for å komme seg utendørs får oppleve dette så ofte som

mulig, selv man ikke kommer seg så langt vekk fra der man bor. De fleste har erfart at det gjør godt for kropp og sjel å ha kontakt med natur og dyr. Forskning viser også at helsen vår blir bedre om vi har kontakt med natur og dyr. Om vi kombinerer fysisk aktivitet med natur og /eller dyr blir utbyttet større. Det viser seg også at vi klarer mer og blir mindre slitne av aktiviteter som foregår utendørs enn av aktiviteter som foregår innendørs. Naturen hjelper oss til å finne ro, og den gir varierte erfaringer og aktiviteter uten at vi tenker på det (Hartig, Mitchell, De Vries, & Frumkin, 2014; Ottosson & Grahn, 2008; Stigsdotter & Grahn, 2002; von Lindern et al., 2017; Zhang et al., 2017).

Det å kjenne vær og vind på kroppen, og kjenne ulikt underlag under føttene, gjør at kroppen å mange vis er mer tilstedeværende og reagerer raskere på det som er rundt oss. Balansen blir bedre av å utfordres. Nordmenn flest har et eget forhold til friluftsliv. De aller fleste er vant til å gå på tur, og vet at “Ut på tur – aldri sur” faktisk virker. Kroppen har en egen “hukommelse” og selv om personen selv ikke “husker” turgåing, vil kroppen huske det. Det å gå en fast løype daglig eller flere dager i uken gir struktur, rytme og gjenkjenning. Gjennom året vil været og årstidene endre løypen og gi nytt å se og snakke om. Vi kan snakke om gode og dårlige turer, eller om hvor godt det er å være ferdig med den obligatoriske turen. Turgåing medfører også krav til dagliglivets aktiviteter – ADL og IADL. For å gå på tur må man kle av og på seg, av og på med sko, tilpasse klær og fottøy til temperatur og vær. Denne av- og påkledningen “husker” kroppen. Det er motoriske mønstre og bevegelser som er lagret i hjernen, som minner oss på gleden av å gå på tur, og gleden ved å komme tilbake. Turvenner og aktivitetsvenner og støttekontakter, samt dagaktivitetstilbud kan bidra til at flere får kontakt med natur og dyr og friluftsliv.

### 8.16.1 NATUR OG TUROMRÅDER

Nordmenn er turgåere, og de fleste har et forhold til friluftsliv. Dersom eldre med funksjonstap skal ha glede av natur og parker må turveiene være åpne og oversiktlige, og det må være mange steder å sette seg ned og ta en pause. Pausebenker må være plassert der det er noe fint å se på, eller med utsikt til andres aktiviteter. Turområdene trenger ikke være flate, men gi nok friksjon til å at det utfordrer kognisjon, bevegelse og sosial aktivitet, og til at det er mye forskjellig å hvile blikk og tanker på. Friksjon betyr kurver i terrenget, kurver på veien,

variasjon i underlag (men fast nok for staver, krykker, stokk eller rullestol). Alle turveier skal ikke legges til rette for dem med lavest funksjonsnivå, det vil frata dem som er i god form muligheter til å vedlikeholde eller bedre formen.

Tilgjengelighet, offentligkommunikasjon eller parkeringsplass, trygghet, lys, hvilebenker, kafeer osv inviterer flere til å bruke turområdet. Det kan lages klippekort-system for eldre-turer, som for O-løp, med varierende lengder. Turområder for eldre bør integreres i øvrige turområder slik at turgåere møter hverandre. Svensk forskning viser at naturen gir trygghet og variert aktivitet, restitusjon og ro uavhengig av kulturell bakgrunn og alder (Skårbäck & Grahn, 2016; Weimann et al., 2017). Aldringsvennlig omgivelser tilbyr inviterende men også krevende omgivelser med mulighet for å ferdes trygt og med mulighet for småpauser og hvile.

#### 8.16.2 HUSDYR, KJÆLEDYR OG BESØKSDYR

Dyr påvirker menneskets helse på positive måter, som forebygging, del av behandling eller som lindring i livets vanskelig eller sist faser. Besøksdyr på sykehjem kan være katter, hunder, hester, griser, sauer og geiter – alt etter hva som er tilgjengelig og der dyrene er opplært til å tåle slike besøk. Hest er brukt med god effekt for personer med demens (Gallagher-Thompson, Anzelmo, & Hertel, 2016). Dyrs velferd må ikke kompromitteres for menneskets helse. Hest brukes i ridefysioterapi og som tilrettelagt ridning og fysisk aktivitet for alle, uavhengig av alder. Norges miljø- og biovitenskapelige universitet NMBU tilbyr kurs flere typer utdanning i bruk av dyr i helsearbeid. Fysioterapeuter har egen utdanning gjennom eget forbund. Inn på tunet gårdene bruker dyrene aktivt gjennom stell og tilsyn og daglige aktiviteter på gårdene. Inn på tunet gårder som ikke har ordinær husdyrproduksjon har alltid dyr for miljø og trivsel og aktivitet.

#### 8.16.3 INN PÅ TUNET – UT PÅ HAVET – UT PÅ GJERDET – UT I SKOGEN

Kvalitetssikrete velferdstjenester i primærnæringene som bidrar til mestring og trivsel (Giskeødegård et al., 2016; Strandli, 2016). Gir kontakt med vær og vind og årstider, bidrar til opplevelse av friluftsliv og kontakt med produksjon. Inn på tunet gir muligheter for å vedlikeholde gamle interesser og ferdigheter, vise og lære fra seg tradisjoner og håndverk til

yngre generasjoner. På gård kan en lære noe nytt, se på at andre holder på med det en kunne gjøre selv tidligere (Sudmann & Børsheim, 2017). Primærnæringer er landbruk, skogsdrift, reindrift og fiske.

Aldring og helse har arbeidet systematisk med faglig kvalitetssikring av dagtilbud på gård for personer med demens i lengre tid (Strandli, 2001, 2007, 2008, 2016). Det er utarbeidet nasjonal håndbøker for kjøpere og tilbydere av Inn på tunet (Kogstad, 2012; Strandli, 2016) Det er i 2017 om lag 40 gårder som tilbyr dagaktiviteter til personer med demens og eldre med kognitiv svikt. Erfaringene så langt er svært positive, og tilbakemeldinger fra deltakere, pårørende og tilbydere er gode. Det er til nå vist politisk vilje til å satse på velferdstjenester på gård (Handlingsplan Inn på tunet 2013-2017, 2013; Meld. St. 31 (2015-2016)). Dette bør kobles direkte til melding Leve hele livet.

#### 8.16.4 SINGELTREFF OG SINGELTURER I FJELLET FOR SENIORER – DEN NORSKE TURISTFORENING

De som lever lengst, overlever som regel flere familiemedlemmer, partnere og venner. Den norske turistforening DNT arrangerer egne singelturer og har forslått at man skal gå i fjellet med grønn lue om en på utkikk etter ny partner eller turvenn. DNT og andre større organisasjoner kan utfordres til å lage turer for målgrupper i alderen 60-70, 70-80 og over 80 år. Alle som ferdes i fjellet vet at fjellfolk gjerne vil tilbake så lenge de kan finne fotfeste i ulendt terreng. DNT sin nettside "Fjelltreffen" brukes av dem som ønsker turfølge i fjellet.

### 8.17 NYE IDEER

#### 8.17.1 KIRKENS BYMISJONS ELDREOMSORG

Ideell aktører som leverer og driver tjenester for det offentlige, men som samtidig vil være en aktiv pådriver for å videreutvikle og faglig styrke de tjenestene og feltene de går inn i. Bymisjonen er en stor ideell aktør, og kan derfor bidra til innovasjon på feltet, jfr. NOU 2011:11. Kirkens bymisjon har prøvd ut og videreutviklet mange gode tilbud til eldre på tvers av kjønn, etnisitet, religion, bosted og generasjoner.

*Dette er mitt liv-* samarbeid mellom skole og sykehjem. Tre skoleelever blir koplet med en eldre beboer som de bruker mye tid på å snakke med. Elevene og den eldre samler masse stoff som så blir trykket i en bok til hver eldre person, der livshistorien blir presentert. Elevene bruker offentlig tilgjengelig informasjon, studerer bilder eller brev den eldre gir dem tilgang til, eller kontakter noen som den eldre vil de skal snakke med. De fleste skolefag kan kobles til elevenes læringsmål. Prosjektet er meget positivt evaluert av alle involverte. Prosjektet krevder tett samarbeid mellom skole og sykehjem og bidrar til kontakt på tvers av alder, kjønn, etnisitet, religion, og funksjon. Det er laget en film om prosjektet som ligger på Kirkens bymisjon sine nettsider: [www.bymisjon.no/dettermittliv](http://www.bymisjon.no/dettermittliv).

*Nettverksarbeid* – systematisk kartlegging og mobilisering av nettverk for helsefremming (Fosse, 2017; Teresa E. Seeman, 1996; Teresa E Seeman, 2000). Kirkens bymisjon arbeider systematisk med gjenoppretting og ivaretagelse av den enkelte beboers nettverk. Ved å arbeide systematisk med nettverk får alle involverte en mer omforent forståelse av nettverkets betydning for beboeren, og ved å involvere flere er det færre som opplever det belastende å holde kontakt med beboeren. Sykehjemmene har bidratt til å gjenopprette kontakt mellom familie og venner som ikke har hatt kontakt på svært lang tid, noe alle involverte har satt stor pris på. Aldring er også tid for forsoning.

*Eksistensielle samtaler* i livets siste slutfase er prioritert. Samtalene kan være eklektiske, og åpne for at eldre kan ha behov for å dele erfaringer de aldri har delt med noen, og ikke har lyst til å dele med venner og familie, for å finne fred før de dør. Forsoningsarbeid er viktig.

*Jeg skriver. Kreativ skrivning for eldre.* Kirkens bymisjon har som andre arbeidet systematisk med ulike uttrykksformer for de eldre, blant annet skrivning. D bruker profesjonelle forfattere og skribenter, uten helseutdanning. Fagkompetanse er verdsatt i alle deler av tjenestene, også når det gjelder skrivning. Prinsippet er så langt det er mulig å bruke fagfolk der fagfolk finnes. Tilbakemeldinger fra eldre, ansatte og pårørende er også her gode. Eldre mennesker er mer forskjellige enn yngre mennesker, og trenger tilbud om ulike måter å uttrykke seg på.

*Sosiale medier og teknologier.* Kirkens bymisjon ønsker å legge til rette for aktiv bruk av sosiale medier eller andre teknologier for å bygge ned barrierer mellom institusjoner, steder, personer og generasjoner. Sosial innovasjon kan vokse ut fra en stor ideell aktør, jfr Aktivitetsdosetten som har utgangspunkt fra Ammerudhjemmet. Koblingen mellom innside og utside i sykehjemmet øker trivsel og livskvalitet for beboere, bidrar

til å holde kontakten med sivilsamfunnet levende, og bidrar til mer variert liv i nærmiljøet. Kirkens bymisjon satsing på sykehjem som del av nærmiljøsentral bygger en slik tankegang.

*Løkka+ nærmiljøsentral* – Løkka+ skal utvikles til å bli en nærmiljøsentral som kommer hele bydelen til gode, ikke bare de eldre. Gjennom å invitere flere av beboere til Løkka+ kan tiltaket indirekte bidra med alt fra forebyggende barne og ungdomsarbeid, integrering, språkopplæring, leksehjelp, helsekompetanse, nærmiljøutvikling, nye vennskap og godt naboskap. Åpne møteplasser skaper støtte og skaper små lokalsamfunn i storbyen.

*Åpent sykehjem* – naboer og nærmiljø kan komme innom for å spise middag, delta i aktiviteter eller gå på treningsrommet. Gjennom bydelsdager, kulturkvelder og utadrettet samarbeid blir sykehjemmet en møteplass for mennesker i nærmiljøet. Mange kommer innom og nettverk bygges. Det åpne sykehjemmet bygger på et helhetlig menneskesyn hvor vi tar på alvor at alle har fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov. Sykehjemmet må legge til rette for at beboerens egen livsverden kan videreføres, eller berikes og utvikles når beboeren selv har lite med seg. Det får direkte følger for ledelse, drift og tilrettelegging, blant annet ved å prioritere stillinger for frivilligleder og kulturleder, å arbeide systematisk med å finne og revitalisere beboernes nettverk, drifte kafé for nærmiljøet og sikre gode fellesarealer (Taksdal, Fosse, & Nordberg, 2017).

*Aktive seniorer i møte med Enslige Mindreårige Asylsøkere* Samarbeid med barnevernet slik at enslige mindreårig kan delta på eldresenteret som medhjelpere, og få anledning til å lære om norsk språk og kultur, de eldre bidrar med leksehjelp

*Velkommen inn* – minoritetsspråklige kvinner som får lære norsk, og som nå opplever senteret som “sitt sted”. Er utvidet til flere språkgrupper. Et prosjekt rettet mot minoritetsspråklige eldre kvinner i bydel Grünerløkka. Gjennom arbeidet har vi erfart at det er den personlige rekrutteringen som gir resultater. Prosjektet ble presentert på Helse- og omsorgsdepartementets helsekonferanse 2017, som et av Extrastiftelsen fire presentasjoner innfor eldreomsorg.

## 8.17.2 LAG EN EKSTRA PORSJON

### MIDDAG – TIPS FRA AUSTRALIA

Oppfordre hvem som helst til å lage en ekstra middagsporsjon og bring til en eldre person som bor alene og som ellers ikke ville laget seg mat. Erfaringene fra Australia er at dette skaper kontakter som ellers ikke ville blitt knyttet. Nye vennskap og



relasjoner oppstår på tvers av familier og generasjoner. Når kontakt var etablert, inviterte de gjerne hverandre på kaffe osv. For yngre barnefamilier uten egne besteforeldre i nærheten, kan dette gi barna kontakt med eldre som de ellers ikke ville fått (Personlig meddelelse, førsteamanuensis Tone Elin Mekki, Senter for omsorgsforskning Vest 2017).

En videreutvikling av e-ekstra porsjon kan være å lage middagsringer, der som grupper lager middag til hverandre en gang i uken. Man vet ofte ikke om hverandre, spise sammen, lage middag en dag i uken, spise hos andre 4 dager i uken. Bruke Facebook, Messenger eller en App. For dem som bor i storby er det flere restauranter som har en felles App, der man kan sjekke og bestille om det er billig restemat å få kjøpt.

### 8.17.3 SOSIALTJENESTE OG HELSESTASJON FOR ELDRE

Utprøvd flere steder med gode erfaringer, jfr Kirkens bymisjon, Oslo, Tromsø, Harstad, Løten, Grane, og i mange norske kommuner er dette under utvikling og implementering. Åpen helsestasjon, eller tilgjengelig helsesøster og sosionom på bibliotek eller tilsvarende en fast ukedag senker terskelen for å ta kontakt. Åpen helsestasjon er som åpne sykehjem eller åpne barnehager steder der det blir knyttet kontakter som folk har glede av på andre arenaer.

### 8.17.4 RUSFOREBYGGING OG POLYFARMASI HOS ELDRE

Alkoholforbruket blant voksne og eldre øker mer enn blant unge. Alkohol i små og moderate mengder kan i noen tilfeller være helsefremmende, mens større forbruk kan være helseskadelig. Kombinasjoner av ulike medikamenter og alkohol kan føre til endret rusopplevelse, og til at medisiner ikke virker som de skal. Fastlegene kan ta dette opp med sine pasienter, og alkoholbruk og kombinasjon av medikamenter må diskuteres. Alkoholforbruket i Norge er høyest i aldersgruppen 55-70 år, hvilket medfører at risikoen for negative helsefølger også blir større for denne aldersgruppen. Alkoholvaner kan følges av andre helseskadelige vaner som røyking, lite fysisk aktivitet og usunt kosthold. På den annen side så har vi ikke god kunnskap om hvilke positive helsegevinster alkohol kan gi i forhold til måltidshygge eller være appetittvekker for dem som spiser for lite, som trøst eller innsøvningshjelp, eller som kos i sosiale lag. (Mobæk & Nesvåg, 2015)

Dess eldre man blir dess større er sjansen for at en trenger fast medisiner, og gjerne ulike medisiner for ulike formål som tas parallelt, såkalt polyfarmasi. Forskning og klinikk viser at mange eldre tar for mange medisiner, og at de tar medisiner som gjensidig forstyrrer hverandres virkning. Overforbruk av medikamenter øker risiko for fall, for plagsomme bivirkninger og for redusert effekt av behandling. Eldre som bruker flere preparater parallelt bør følges nøye, enten de bor hjemme eller er i institusjon. Systematisering av slike oppfølginger bør diskuteres med leger og farmasøyter (Hajjar, Cafiero, & Hanlon, 2007).

Bekkelagshjemmet (Kirkens bymisjon) har arbeidet systematisk med å legge til rette for et aktivt liv for sine beboere, og har redusert kraftig på av medikamentbruk. Polyfarmasi øker risiko for fall, underernæring/feilernæring, kognitiv svikt og redusert levetid. Bekkelagshjemmet arbeider systematisk for å tilby måter å leve på som reduserer behovet for medisiner, jfr. Pernille Brusgård. Erfaringer fra bruk av Aktivitetsdosetten har også vist til reduksjon i medikamentbruk (i følge fysioterapeut Lone Koldby, foredrag Bergen 28.09.2017).

#### 8.17.5 ERFARINGSKONSULENTER – SENIORER MED EGENERFARING

Innen psykisk helse og rusarbeid brukes erfaringskonsulenter på systematisk vis. Erfaringskonsulenter er personer som har gått fra “kriseerfaring” til “krisekompetanse”, og som kan bidra til likemannsarbeid, rådgivning til faglig ansatte eller til videreutvikling av tjenestene. NAV har eget utdanningsprogram for Medarbeider med brukererfaring<sup>13</sup>. Likepersonhjelp brukes systematisk av mange pasientorganisasjoner, og flere sykehus ansetter medarbeidere med relevant egen erfaring.

Det kan hentes inspirasjon fra dette ved å tilby eldre som har erfaring som bruker eller pårørende til å systematisk bruke denne erfaring til å støtte andre, gi råd til politikk og praksisfelt, eller bidra til utdanningssektoren. Erfaringskonsulenter eller seniorkonsulenter kan lønnes som støttekontakter eller treningskontakter. Haraldsplass Diakonale Sykehus har lang erfaring med å invitere, veilede og følg opp frivillige ved sykehuset. Det oppgis at mange som har vært pårørende eller

<sup>13</sup> <https://www.nav.no/no/Person/Arbeid/Oppfolging+og+tiltak+for+a+komme+i+jobb/Relatert+informasjon/medarbeider-med-brukererfaring>

tidligere pasienter ønsker å gi noe tilbake til andre pasienter og til sykehuset. De bruker da egen erfaring på samme måter som erfaringskonsulentene/likemannshjelperne.

Pårørende og beboere på sykehjem eller brukere av dagtilbud kan selv organisere og arrangere aktiviteter. Ved å åpne for at de det gjelder er velkomne til å ta initiativ og støtte de forslag som kommer, mobiliseres samtidig krefter og kreativitet hos dem som deltar. Det bør lages aktivitetsgrupper eller team det pårørende, beboere eller brukere sammen planlegger og organiserer aktiviteter.

#### 8.17.6 HASH HOUSE HARRIERS

Inspirasjon for gå- eller løpeturer kan hentes hos Hash House Harriers (HHH)<sup>14</sup>, en global sosial løpe- og drikke-/spise-klubb. Det går på omgang å lage løyper, og oppmøtested varierer. Løypene/turene kan lages som rebusløp, som spor- og stifinng eller faste spor. Etter turen er det felles mat og prat. Det er HHH klubber i mange norske byer som kan utfordres til å lage et tilpasset konsept til bruk i alle norske kommuner via idrettslag, frivillighetskoordinator eller frisklivssentraler og seniornettverk.

#### 8.17.7 SOSIALE ENTREPRENØRER

Aktivitetsdosetten – livskvalitet for eldre<sup>15</sup> er systematisk veiledning og oppfølging av den det gjelder, pårørende, ansatte i sykehjem og hjemmetjenester, der fokuset er at aktivitet er like viktig som medisiner, og at aktivitet er en forutsetning for livskvalitet. Konseptet er utviklet av fysioterapeut Lone Koldby. Erfaringene fra drift er at øket aktivitet fører til økt trivsel, redusert uro, bedre søvn og mindre medikamentbruk. Lone Koldby fikk ideen til dette da hun jobbet på Ammerudhjemmet i Oslo. Ideen er tatt videre til kommersielt nivå.

Impact HuB Bergen / Impact challenge et eldrevennlig samfunn<sup>16</sup> har nylig startet opp et prosjekt som skal stimulere til innovasjon for en aktiv alderdom. Ferd Sosiale Entreprenører FSE – kommersiell aktør som investerer i sosial verdiskaping. Har til nå fokusert på barn og unge, og mennesker som av ulike

<sup>14</sup> <http://oh3.no/new/home>

<sup>15</sup> <https://aktivitetsdosetten.no/>

<sup>16</sup> <https://innovasjonsukenopp.no/arrangement/impact-challenge-eldrevennlig-samfunn/>

grunner har vanskeligheter med å komme inn på det ordinære arbeidsmarkedet. FSE modellen er velegnet for utvikling av lokale eller nasjonale ideer for aktivitet, felleskap og aldring. Kommersielle aktører av en viss størrelse bør oppfordres til å etablerer enheter for sosialt entreprenørskap rettet mot eldre..

#### 8.17.8 MERÅPENT BIBLIOTEK – EKSEMPEL DEICHMANSKE BIBLIOTEK OSLO

Bibliotekkortet kan oppgraderes til å inkludere adgangskort etter skriftlig avtale og gir tilgang til biblioteket kl. 07-23 hver eneste dag hele året. Biblioteket blir brukt av mange flere i større del av døgnet, folk treffer og blir kjent med naboer og nærmiljø. Særskilte tiltak for eldre, for eksempel informasjonskvelder eller temakvelder, kan legges til biblioteket slik at de som ikke er kjent med ordningen samtidig blir introdusert til en ny arena og nye sosiale kontakter.

#### 8.18 INSPIRERE, INVITERE OG MOTIVERE

Ansatte og frivillige skal tilrettelegge, bidra, motivere og inspirere til fysisk aktivitet. Handlingsplaner for fysisk aktivitet legger stor vekt på at noen har og tar ansvar for å inspirere andre til å være aktive. Indre og ytre motivasjoner like viktig (Farholm, 2017; Farholm & Sørensen, 2016; Farholm, Sørensen, & Halvari, 2016; Fleig et al., 2015)

Demens medfører ofte redusert evne til å ta initiativ, men ikke nødvendigvis redusert evne til å følge opp andres initiativ. Når vi er opptatt av øket mengde fysisk aktivitet i hverdagen bør vi tilrettelegge omgivelsene slik at fysisk aktivitet blir en naturlig del av dagen. Det å starte dagen med å gå noen minutter vil stimulere kroppen og hjernen. Det enkleste er å parkere litt lenger unna, ta en omvei rundt huset, eller ta trappene i stedet for heisen. Ved å legge aktivitet inn i dagens rutiner unngår vi at fysisk aktivitet er noe som skal komme i tillegg til det andre vi gjør. Det ambulerende aktivitetsteamet i Fredrikstad bruker systematisk alle slike muligheter til å kombinere fysisk og sosial aktivitet.

Det å måle og registrere aktivitet kan gi inspirasjon. Det er mange ulike produkter på markedet som registrerer aktivitet, enten det er skritt-teller, generell aktivitetsmåler, pulsklokke, armbånd eller applikasjoner (app-er) i mobiltelefoner.

Aktiviteten kan vises på en mobilskjerm, lesebrett eller på en datamaskin. Det å se at aktivitetsmengden øker, er stabil eller har gått ned, kan bidra til å stimulere til øket aktivitet. Man kan konkurrere med seg selv eller med andre deltakere, ansatte eller frivillige.

Mange som trener på toppnivå har egne treningsdagbøker. Denne ideen kan overtas av andre, og man kan lage en aktivitetsdagbok for hver person. Bøkene kan ha bilder, tabeller, tall eller klistermerker eller tekst, alt etter hva den enkelte foretrekker. Informasjon fra de mobile aktivitetsregistreringene (puls klokke, mobil-app, armbånd) kan skrives inn. Aktivitetsdagbøker kan også gi nyttig informasjon til pårørende om hva som har skjedd de ulike dagene.

De ansatte må ta hovedansvar for planlegging og gjennomføring av fysiske aktiviteter, slik at det blir en naturlig del av det som foregår. Den det gjelder skal involveres og få så mye ansvar som mulig, avhengig av hva vedkommende kan og vil. Det er ikke rimelig å forvente at den det gjelder eller dennes pårørende skal ta hovedansvar for fysisk aktivisering de dagene vedkommende har et dagaktivitetstilbud.

## 8.19 AKTIVE SAMMEN GIR VINN-VINN

Sett i et folkehelseperspektiv, trenger alle voksne minst 30 minutter lett til moderat fysisk aktivitet hver dag. Nasjonale myndigheter oppfordrer arbeidsgivere til å legge til rette for aktivitet på jobben. De som er ansatte eller frivillige ved dagaktivitetstilbud for personer med demens har en særlig mulighet for å nå det anbefalte aktivitetsnivået i arbeidstiden. Aktiviteter sammen med deltakerne i tilbudet gir både dem og de ansatte/frivillige fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet i arbeidstiden er godt for dem enkeltes helse, det er bra for arbeidsmiljøet, og det bra for dem som er mottakere av tjenestene.

Arbeidsgiver og kommunale myndigheter har ansvar for å tenke helse i alt som gjøres, enten det bygging av sykkelveier, tilrettelegging av friluftsområder eller det er å tilby hjemmeboende personer med demens et dagaktivitetstilbud. Fysisk aktivitet fører til og forutsetter sosial deltakelse, so også er helsefremmende. Fysisk aktivitet stimulerer appetitt, og det er lettere å spise nok og riktig mat i tilknytning til fysisk aktivitet.

Ved å følge opp det ansvaret som ligger hos tjenestetilbyder og kjøper, så vil både ansatte og mottakere av tjenesten vinne på dette. Fysisk aktivitet sammen er en vinn-vinn situasjon.

Egen erfaring som kurs- og foredragsholder i for ansatte i hjemmetjenester og institusjonshelsetjeneste viser at det er fornuftig å koble fysisk aktivitet for tjenestemottakere til helsefremming og forebygging for ansatte, gjennom å aktivt engasjere tillitsvalgte og ledere til å bruke regelverket for HMS; Inkluderende arbeidsliv IA-avtalen og Intern kontroll-rutiner. Dess bedre fysisk form tjenestemottakerne og tjenesteytere er, dess mindre plager og skader. For å følge dette opp må det diskuteres lokalt hva tjenesteytere skal bruke tid på, og hvordan tid kan prioriteres til aktivitet og fellesskap.

## 8.20 KUNNSKAP OM ALDRING I HELE UTDANNINGSPYRAMIDEN

Foreliggende rapport fokuserer på at myter omkring aldring og eldre er en betydelig barriere for aktivitet og fellesskap for de eldre selv, og et hinder for gode tjenester. Politikken på feltet må bidra til nedbygging av funksjonshemmende barrierer for eldre – de kulturelle (myter), de strukturelle (for eksempel organisering av tjenestene, aldersgrenser), og de materielle (møteplasser, aldersvennlige byer).

Morgendagens tjenesteytere må utdannes til å ha en katalysatorfunksjon, og til å være profesjonelt nysgjerrige på hva tjenestemottakeren er interessert i. Tjenesteytere skal invitere og motivere mottaker til å ta initiativ, men også respektere ønsker om å slippe å bli aktivisert. Utdanning må sette tjenesteytere i stand til å forholde seg kritisk til instrumentell bruk av allmenne og hverdagslige handlinger og samværsformer, og ikke se alle uttrykk for aldring som uttrykk for sykdom som skal behandles. Tjenesteytere bør være katalysator, mer enn organisator. Samfunnsarbeid er en arbeidsmetode som med stor fordel kunne vært tatt mer i bruk i helse- og omsorgstjenestene.

## 8.21 AKTIV OMSORG, STØTTE TIL EGNE VALG OG STØTTE TIL USUNNE OG KONTROVERSIELLE VALG

Aktivitet er en grunnleggende forutsetning for å leve. Som det er vist over skal det svært lite aktivitet til før det bidrar til bedre helse. Tilsynelatende er det mange i voksne befolkningen ikke oppfyller anbefalte aktivitetsnivå i løpet av en dag eller uke. Registrering av aktivitet er ikke uten videre enkelt, og det må stilles spørsmål til om all hverdagsaktivitet og småaktivitet er medregnet. For friske personer er det nesten umulig å bevege seg mindre enn 30 minutter pr dag dersom man regner sammen tid brukt på egenomsorg, husarbeid (renhold klesvask), mat (handling og laging), og transport. Svært mange forbinder fysisk aktivitet med trening, og vil si at de ikke aktive siden de ikke trener. Vi vet ikke om aktivitetsnivået i den norske befolkningen er tilfredsstillende om alt dette medregnes. Mange av dem som er hverdagsaktive i 30 minutter kunne trolig profitert på et høyere intensitetsnivå.

Aktiv omsorg er å bidra til at den enkelte kan sette egne mål og ønsker, og få støtte til dette (Borge, Martinsen, Moe, & Berntsen, 2011; Disch & Lorentzen, 2012; Disch et al., 2017; Jakobsen & Granbo, 2011; Vik, 2015). Det betyr at vi må akseptere at mange ikke vil følge råd om aktivitet, felleskap, kosthold, alkohol eller tobakksbruk. Dette kan være utfordrende for tjenesteyterne, men er helt nødvendig å akseptere i et demokratisk land. Det er uetisk å ikke akseptere valg andre gjør, så lenge de ikke medfører skade for andre, eller bryter lover. Det er viktig å minne tjenesteytere på at vi må tåle at folk vil leve livene sine på ulikt vis, og likevel kunne bistå dem. Ethiske og praktiske utfordringer må løses lokalt i henhold til retningslinjer (om de finnes).

### 8.21.1 AMBULERENDE DAGAKTIVITETSTILBUD TIL HJEMMEBOENDE PERSONER MED DEMENS FREDRIKSTAD KOMMUNE

Prosjektet har pågått vel ett år, og har så langt bare fått gode tilbakemeldinger fra brukere, pårørende og ansatte. Kommunen har sett at antall søknader og institusjonsplass for personer med demens har gått ned i prøveperioden. Medarbeiderne har faste personer de jobber med, og har tid til å bli kjent og følge den enkeltes ønsker og behov, samtidig som de kan veilede og følge opp i forhold til aktivitet, kosthold, medisinbruk og alkohol.

Se innslag på NRK Østfold: <https://www.nrk.no/ostfold/dagtilbud-gjor-at-faerre-soker-om-sykehjemsplass-1.13614740>

### 8.21.2 SJEF I EIGE LIV – FJELL KOMMUNE, HORDALAND

Fjell kommune har i mange år arbeidet systematisk fram mot utvikling av et nytt lokalmedisinsk senter, der visjonen er “Sjef i eget liv”<sup>17</sup>. Under klipp frå rapporten fra 2013.

“Helse og omsorgstenestene i Fjell skal hjelpa deg som innbyggjar til å leva eit mest mogeleg sjølvstendig liv, også om du vert ramma av alvorleg sjukdom og funksjonssvikt. Vi vil at du då framleis skal vera sjef i eige liv og i eigen heim! I slike høve vil du oppleve at vi gir deg rask og kompetent hjelp og at vi støttar deg i å mobilisera egne og andre sine ressursar t.d. familie, venner, naboar og frivillige.”

- Folk flest må førebu seg på alderdomen ved å leggja bustaden bra tilrettes for eit liv der ein ventelege vert mindre førleg. Både private og offentlege instansar kan vera til hjelp, men kostnadene må ein dekkja sjølv. Eit anna alternativ er å skaffa seg ein meir tilrette-lagt bustad t.d. eit husvære i blokk.
- Mange eldre og andre med nedsett funksjonsevne har vanskar med å utført praktiske gjeremål. Det er skissert alternative løysingar på dette i rapporten.
- Mange treng hjelpemidlar for meistra kvardagen. Kommunen må i eit samarbeid med NAV hjelpemiddelsentral finna smidige løysingar for å dekkja dette behovet.
- Bruk av moderne velferdsteknologi kan hjelpa mange til å leva eit meir sjølvstendig liv i eigen heim. I rapporten er det skissert ein strategi for innføring av velferdsteknologi i Fjell. Første steg er å etablere eit visningshusvære, neste steg er saman med SINTEF å avgjera kva utstyr som skal vera i “standardpakken” og i “tilleggspakken”, opplæring høyrer med og kommunestyret må ta standpunkt til både organisatoriske og økonomiske konsekvensar av satsinga. Målsetjinga er å starta ei systematisk utplassering av utstyr i 2014.

<sup>17</sup> <https://www.fjell.kommune.no/globalassets/dokumenter/helseogomsorg/sjef-i-eige-liv-febr13.pdf>



- Aktivitet er ein føresetnad for det gode liv også om ein opplever sjukdom og funksjons-tap. Rapporten hevdar at dette må ein få til i eit systematisk samarbeid med frivillig og privat sektor.
- Det vert i rapporten vist til at det er eit stort potensiale i innsats frå frivillig sektor. Stra-tegien kommunen bør leggja til grunn for satsinga, er å starta opp med seg sjølv. Døme på dette er å få heile den kommunale organisasjonen til å møta frivillige lag på ein sams og motiverande måte. Ein kan også etablera prosjekt i barnehagar og skular knytt til fri-villig innsats. Møteplassar med frivillige må etablerast og økonomisk støtte må vurde-rast. Kommunen kan også saman med dei frivillige laga utvikla heimesider for frivillig innsats.
- Aksjonssenteret høyrer også med i denne opplistinga, men det er alt omtalt framom som del av det lokal medisinske senteret.

Kommunen utvikler sin nye modell i tett samarbeid med forskere på SINTEF og Senter for omsorgsforskning vest. Som det viser over, satser Fjell kommune på aktivitet, samordning og koordinering av tjenestene, involvering av frivillige og familieomsorg, samt oppbygging av et nytt lokal-medisinsk senter.

### 8.21.3 LYST PÅ LIVET – HVOR NYE MULIGHETER KAN VOKSE FRAM

Kommunene sørger for praktisk tilrettelegging og rekruttering av gruppeledere og deltakere i samarbeid med frivillig sektor. Nye kommuner som planlegger å starte opp, anbefales å kontakte andre kommuner som er godt i gang.

## Mestring gir muligheter!



**Kilde:** Kunnskapssenteret for helsetjenesten, modell for kvalitetsforbedring [http://www.kunnskapssenteret.no/kvalitet-og-pasientsikkerhet/kvalitetsforbedring/\\_image/190287.png?encoded=2f66666666666678302f35382f&ts=14913752c6f](http://www.kunnskapssenteret.no/kvalitet-og-pasientsikkerhet/kvalitetsforbedring/_image/190287.png?encoded=2f66666666666678302f35382f&ts=14913752c6f) lest 09.09.17

Lyst på livet<sup>18</sup> er et helsefremmende konsept hvor eldre arbeider systematisk i grupper med å utvikle vaner som er viktige for aktiv aldring. Gruppene ledes av deltakerne selv. Det er et gap mellom hva folk vet om hva som skal til for å ta vare på helsa og de vanene som de har lagt seg til. I Lyst på livet deler deltakerne sin kunnskap og erfaring, og motiverer hverandre til å tette gapet gjennom bruk av en forbedringsmetode kalt Livshjulet.

Gruppene ledes av et par deltakere (sirkelledere), noe som skaper en likeverdig ramme. Fokuset er på deltakernes ressurser og kunnskap, og ved hjelp av en enkel forbedringsmetode – PDSA-sirkelen (Plan, Do, Study, Act), kalt livshjulet – arbeider hver enkelt med å utvikle gode vaner ved å lukke gapet mellom det man vet man burde gjøre og det man gjør. De arbeider med livsområdene som Verdens helse- organisasjon (WHO) har definert som de viktigste for aktiv aldring; sikkerhet og trygghet, sosiale nettverk, mat og drikke og fysisk aktivitet. Arbeidet med hvert livs- område går over tre måneder, og de arbeider mellom møtene (Livscaféene) med endringer som de ønsker å gjennomføre.

<sup>18</sup> <https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/lyst/lyst-pa-livet--hvor-nye-muligheter-kan-vokse-fram/> lest 09.09.17

For å motivere til endring, reflekterer deltakerne sammen over noen innledende spørsmål som er inspirert av motiverende intervju/samtale. Kunnskapscenterets rapport vises det til at det nå er omlag 50 norske kommuner har startet opp med Lyst på livet siden 2012. Konseptet er spredd til åtte land, og svenskene vant i 2014 en prestisjefylt europeisk innovasjonspris «Social innovation in ageing – The European Award» for arbeidet (Konsmo, de Vibe, & Vege, 2015). Arbeidsmetoden i lyst på livet minner både om fremtidsverkssted og samfunnsarbeid, der kollektive arbeidsmetoder er utgangspunktet for kritisk granskning, identifisering av nye mål, mobilisering av ressurser, gjennomføring og evaluering (Breivik & Sudmann, 2015; Sudmann & Henriksbø, 2015).

#### 8.21.4 HVA ER VIKTIG FOR DEG? AKTIVITETSMÅL

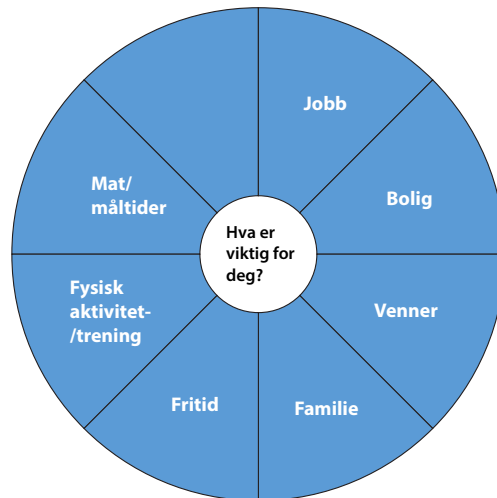
De siste årene er det satset på å snu holdningen fra 'Hva er i veien med deg?' – til 'Hva er viktig for deg?' Hva er viktig for deg dagen arrangeres årlig den 6 juni, og stadig flere kommuner er med. Ansatte oppfordres til å spørre om hva som er viktig, høre på hva som er viktig, og gjør det som er viktig så langt det er praktisk mulig. Dette har åpnet en helt ny verden for mange tjenesteytere og tjenestemottakere. For noen er dette enkelt å forholde seg til, mens det for andre er krevende. Eldre tjenestemottakere er kanskje ikke vant til å få uttrykke egne ønsker og behov, og noen tjenesteytere strever med å endre gamle arbeidsvaner fra en tid der det var de ansatte som definerte hva som var viktig.

Hverdagsrehabilitering, forebyggende hjemmebesøk eller hverdagsrutiner på sykehjem kan alle legges opp etter hva som er viktig for den enkelte sett i lys av hva som er praktisk og forsvarlig å få på plass. Aktivitetshjul eller aktivitetskalendre kan lages slik at det tas hensyn til årstid, høytider, ukedager, merkedager, begivenheter lokal, nasjonalt eller globalt, eller andre hensyn. Dersom vaner skal endre, jfr. Lyst på livet over, trenger de fleste av oss påminning og støtte, hvilket en aktivitetsplan kan gi. Planer som utarbeides bør inneholde variasjon i aktivitet og intensitet, variasjon i sted og tid, variasjon i personer og omgivelser, det bør inkludere kontakt med vær og vind, utendørsliv og natur, grøntområder eller dyr eller friluftsliv. En bålpanne i en sykehusgård kan være nok.

Aktiviteter bør gi generell kroppslig og mental stimulering, alle sanser bør stimuleres – berøring, lyd, lukt, syn, smak, berøring – og lek og kreativitet. Hjulene under er eksempler på hvordan aktivitetsplaner kan utarbeides.



**Kilde:** Hverdagsrehabilitering [http://www.rana.kommune.no/helse\\_sosial\\_og\\_omsorg/omsorgstjenester/PublishingImages/Sider/Hverdagsrehabilitering-gir-hverdagsmestring/Aktivitetshjul%20ohverdags-rehabilitering.jpg](http://www.rana.kommune.no/helse_sosial_og_omsorg/omsorgstjenester/PublishingImages/Sider/Hverdagsrehabilitering-gir-hverdagsmestring/Aktivitetshjul%20ohverdags-rehabilitering.jpg) lest 09.09.17



Aktivitetshjulet kan brukes som inspirasjon før og under samtalene med utfylling av «Hva er viktig for deg»-skjemaet. Aktiviteter og mål som er viktig for deg kan være innenfor kategoriene i aktivitetshjulet, eller de kan være noe helt annet. Det tomme feltet symboliserer det.

**Kilde:** Aktivitetshjul [http://images.slideplayer.no/41/11408998/slides/slide\\_1.jpg](http://images.slideplayer.no/41/11408998/slides/slide_1.jpg) lest 09.09.17

**Vi markerer**  
**«Hva er viktig for deg?»-dagen**  
6. juni 2017



**1. Spør** bruker «hva er viktig for deg?»  
**2. Lytt** til svaret!  
**3. Følg** opp det som er viktig sammen!



**Kilde:** Folkehelseinstituttet og KS [http://www.ks.no/contentassets/188b563a79364092b806f23daba8400a/hevfd\\_plakat\\_50x70.pdf?id=71375](http://www.ks.no/contentassets/188b563a79364092b806f23daba8400a/hevfd_plakat_50x70.pdf?id=71375)  
lest 09.09.17

Det er mye materiell tilgjengelig på KS sine nettsider.

### 8.21.5 AKTIV OMSORG MED VEKT PÅ ÅNDELIGE BEHOV

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

Kirkens Bymisjon har også satt dette i system i sine syke hjem og tilbyr både religiøse og mer eksistensielle samtaler med beboere. Deres erfaringer er at de åndelige og eksistensielle

spørsmålene ofte kan diskuteres på tvers av trossamfunn. Mange finner tilbake til sin barnetro sent i livet i følge de erfaringer de har gjort i Kirkens bymisjon

Mange setter pris på samtaler om livet, døden og kjærligheten og åndelige behov når de blir eldre, og trenger kompetente samtalepartnere som har tid og interesse for disse spørsmålene. En kvalitetsreform for eldre må gi rom for de åndelige og eksistensielle sidene ved tilværelsen, og prioritere å bruke ressurser på kompetente samtalepartnere – enten dette er prester, imamer, psykologer eller kliniske sosionomer eller familieterapeuter.

#### 8.21.6 HELSERÅD PÅ MELKEKARTONGER, BRØDPOSER ELLER TOBAKKSPAKKER?

Dagens politikk for redusert tobakksbruk er basert på at skremselspropaganda virker. Sigarettesker er utstyrt med bilder og tekst som skal skremme folk fra å røyke. Forbud og skremsel produserer også begjær (Lupton, 2013; Lupton & Tulloch, 2002)

For folkehelsen generelt burde varer og tjenester som omsettes i stort volum heller ha etiketter som drypper gode råd uten å moralisere eller nedvurdere folks vaner. For folkehelsen er det kanskje viktigere at flere beveger seg mer enn at flere slutter å røyke? Stillesitting er en alvorlig trussel mot helsen, hvilket en kvalitetsreform for eldre må ta på alvor (Diaz et al., 2017)

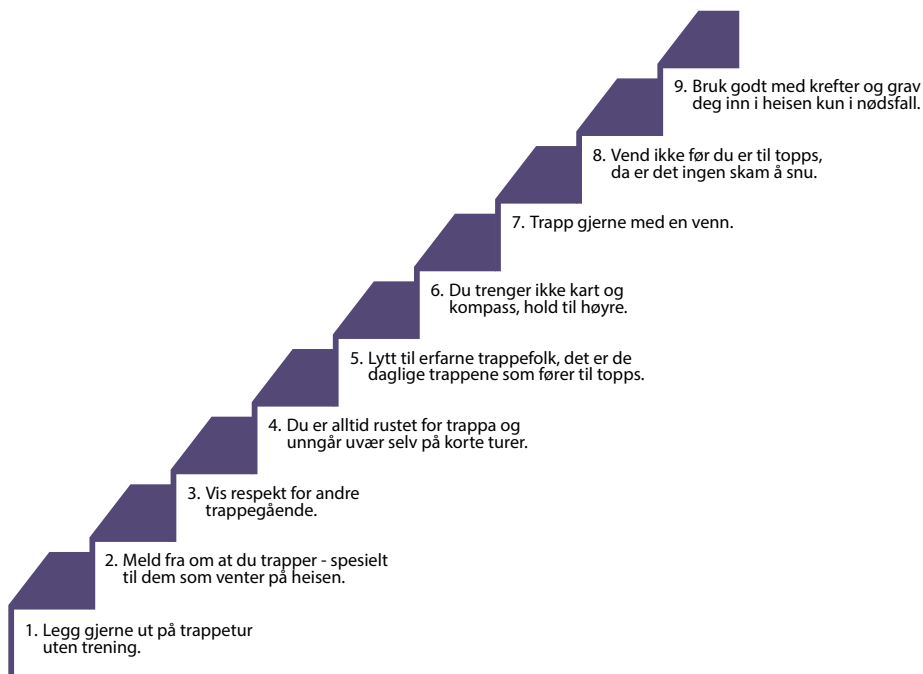
Det kan lages hundrevis av ulike råd, og man kan oppfordre publikum til å bidra til å lage limericker eller korte forslag, for eksempel:

1. Gå i trapp hver dag
2. Ta 10 knebøyninger når du har vært på do
3. Stå på ett bein og puss tennene
4. Gå av bussen en stopp før
5. Gå en tur med den hunden du ikke har
6. Bær varene i en sekk på ryggen
7. Heng opp klær i stedet for å bruke tørketrommel
8. Hugg din egen ved
9. Bare bruk heisen i nødsfall
10. Gå minst 500 meter utendørs hver dag

11. Skrubb en kopis på ryggen

12. Lek mer!

Trappehus må være inviterende, og heissjakter bør gjemmes unna om trappene skal velges foran heisen. Figuren under kan henges opp ved siden av.



**Figur 4** Trappevettregler

**Kilde:** Idebanken <http://mag.idebanken.org/fysisk/7/>



## 9. LITTERATUR

- Ainsworth, B. E., Haskell, W. L., Herrmann, S. D., Meckes, N., Bassett Jr, D. R., Tudor-Locke, C., . . . Leon, A. S. (2011). 2011 Compendium of Physical Activities: a second update of codes and MET values. *Medicine and science in sports and exercise*, 43(8), 1575-1581.
- Ainsworth, B. E., Haskell, W. L., Whitt, M. C., Irwin, M. L., Swartz, A. M., Strath, S. J., . . . Emplaincourt, P. O. (2000). Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. *Medicine and science in sports and exercise*, 32(9 Suppl).
- Annaniassen, E., & Kristiansen, I.-H. (2010). Eldre innvandrere og organisasjoner *NOVA-rapport 13/2010*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Arnstein, S. R. (1969). A Ladder Of Citizen Participation. *Journal of the American Planning Association*, 35(4), 216-224.
- Attwood, S., van Sluijs, E., & Sutton, S. (2016). Exploring equity in primary-care-based physical activity interventions using PROGRESS-Plus: a systematic review and evidence synthesis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 13(1), 1.
- Bahr, R. (2009). *Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. [Oslo]: Helsedirektoratet.
- Bakken, R. (2014). *Frykten for alderdommen : om å eldes og leve som gammel*. Oslo: Res publica.
- Baldewijns, G., Debar, G., Mertes, G., Vanrumste, B., & Croonenborghs, T. (2016). Bridging the gap between real-life data and simulated data by providing realistic fall dataset for evaluating camera-based fall detection algorithms. *Healthcare Technology Letters*(accepted).



- Baldewijns, G., Debard, G., Van Den Broeck, B., Mertens, M., Karsmakers, P., Croonenborghs, T., & Vanrumste, B. (2016). Fall prevention and detection. In F. Florez-Revue & A. A. Chaaoui (Eds.), *Active and assisted living. Technologies and applications* (pp. 203-223). London: Institution of Engineering and Technology.
- Baldewijns, G., Luca, S., Vanrumste, B., & Croonenborghs, T. (2016). Developing a system that can automatically detect health changes using transfer times of older adults. *BMC medical research methodology*, 16(1), 1.
- Barry, M. J., & Edgman-Levitan, S. (2012). Shared decision making—the pinnacle of patient-centered care. *New England Journal of Medicine*, 366(9), 780-781.
- Bartlett, R. (2012). The emergent modes of dementia activism. *Ageing and Society*, 1-22.
- Bartlett, R. (2014a). Citizenship in action: the lived experiences of citizens with dementia who campaign for social change. *Disability & Society*(ahead-of-print), 1-14.
- Bartlett, R. (2014b). Citizenship in action: the lived experiences of citizens with dementia who campaign for social change. *Disability & Society*, 29(8), 1291-1304.
- Bartlett, R. (2015). Visualising dementia activism: using the arts to communicate research findings. *Qualitative Research*, 15(6), 755-768.
- Bartlett, R., Gjernes, T., Lotherington, A. T., & Obstfelder, A. (2016). Gender, citizenship and dementia care: a scoping review of studies to inform policy and future research. *Health & Social Care in the Community*.
- Bauman, A., Merom, D., Bull, F. C., Buchner, D. M., & Singh, M. A. F. (2016). Updating the Evidence for Physical Activity: Summative Reviews of the Epidemiological Evidence, Prevalence, and Interventions to Promote “Active Aging”. *The Gerontologist*, 56(Suppl 2), S268-S280.
- Beauchet, O., Annweiler, C., Callisaya, M. L., De Cock, A.-M., Helbostad, J. L., Kressig, R. W., . . . Verghese, J. (in press). Poor Gait Performance and Prediction of Dementia: Results From a Meta-Analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2015.12.092>

- Berkman, N., Sheridan, S., Donahue, K., & Halpern, D. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155, 97-107.
- Borg, G. A., & Noble, B. J. (1974). Perceived exertion. *Exercise and sport sciences reviews*, 2(1), 131-154.
- Borge, L., Martinsen, E. W., Moe, T., & Berntsen, R. A. (2011). *Psykisk helsearbeid – mer enn medisiner og samtale-terapi*. Bergen: Fagbokforl.
- Boulton, E., Hawley-Hague, H., Vereijken, B., Clifford, A., Guldmond, N., Pfeiffer, K., . . . Bourke, A. (2016). Developing the FARSEEING Taxonomy of Technologies: Classification and Description of Technology Use (including ICT) in Falls Prevention Studies. *Journal of Biomedical Informatics*.
- Boyle, G. (2014). Recognising the agency of people with dementia. *Disability & Society*(ahead-of-print), 1-15.
- Bracht, N. F., Kingsbury, L., & Rissel, C. (1999). A five-stage community organization model for health promotion. empowerment and partnership strategies. In N. F. Bracht (Ed.), *Health promotion at the community level : new advances* (pp. 83-117). Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Breivik, J.-K., & Sudmann, T. T. (2015). Samfunnsarbeid som svar på velferdspolitiske utfordringer? *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 18(1), 2-6.
- Brodie, M., Lord, S., Coppens, M., Annegarn, J., & Delbaere, K. (2015). Eight weeks remote monitoring using a freely worn device reveals unstable gait patterns in older fallers.
- Brodie, M. A., Lord, S. R., Coppens, M. J., Annegarn, J., & Delbaere, K. (2015). Eight weeks remote monitoring using a freely worn device reveals unstable gait patterns in older fallers. *Biomedical Engineering, IEEE Transactions on*, PP(99), 1-1. doi:10.1109/TBME.2015.2433935
- Busfield, J. (2017). The concept of medicalisation reassessed. *Sociology of Health & Illness*, n/a-n/a. doi:10.1111/1467-9566.12538

- Carney, G. M., & Gray, M. (2015). Unmasking the 'elderly mystique': Why it is time to make the personal political in ageing research. *Journal of aging studies*, 35, 123-134. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jaging.2015.08.007>
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public health reports*, 100(2), 126.
- Collins, K., & Ison, R. (2006). *Dare we jump off Arnstein's ladder? Social learning as a new policy paradigm*, Edinburgh.
- Collins, K., & Ison, R. (2009). Jumping off Arnstein's ladder: social learning as a new policy paradigm for climate change adaptation. *Environmental Policy and Governance*, 19(6), 358-373.
- Crawford, R. (2006). Health as a meaningful social practice. *Health*, 10(4), 401-420.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2009). *Utjevning av helsetforskjeller, Del 2, Strategier og tiltak for å utjevne sosiale ulikheter i helse*. Oslo: Helsedirektoratet.
- de Souto Barreto, P., Morley, J. E., Chodzko-Zajko, W., Pitkala, K. H., Weening-Dijksterhuis, E., Rodriguez-Mañas, L., . . . Landi, F. (2016). Recommendations on Physical Activity and Exercise for Older Adults Living in Long-Term Care Facilities: A Taskforce Report. *Journal of the American Medical Directors Association*.
- Debove, L., Bru, N., Couderc, M., Noé, F., & Paillard, T. (2017). Physical activity limits the effects of age and Alzheimer's disease on postural control. *Neurophysiologie Clinique/Clinical Neurophysiology*.
- Departementene. (2016). *Flere år - flere muligheter. Regjeringens strategiplan for et aldersvennlig samfunn*. Oslo: Departementene.
- Departementene. (2017). *Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017-2021). Sunt kosthold, måltidsglede og god helse for alle!* Oslo.
- Diaz, K. M., Howard, V. J., Hutto, B., Colabianchi, N., Vena, J. E., Safford, M. M., . . . Hooker, S. P. (2017). Patterns of Sedentary Behavior and Mortality in US Middle-Aged and Older Adults: A National Cohort Study. *Annals of Internal Medicine*.

- Disch, P. G., & Lorentzen, G. (2012). *Aktiv omsorg : prioritering, kompetanse og kompetansebehov* Senter for omsorgsforskning, rapportserie, Vol. 2012 nr. 6.
- Disch, P. G., Lorentzen, G., & Midtsundstad, A. (Eds.). (2017). *Aktiv omsorg : samspill mellom kultur, aktiviteter, helse og trivsel*. Bergen: Fagbokforl.
- Dominelli, L., & Moosa-Mitha, M. (2014). *Reconfiguring citizenship: social exclusion and diversity within inclusive citizenship practices*. Farnham: Ashgate.
- Dupuis, S. L., Kontos, P., Mitchell, G., Jonas-Simpson, C., Gray, J., O'Connor, D., & Nedlund, A.-C. (2016). Re-claiming citizenship through the arts. *Dementia*, 15(3), 358-380.
- Elliott, M., & Gardner, P. (2016). The role of music in the lives of older adults with dementia ageing in place: A scoping review. *Dementia*, 1471301216639424.
- Ervik, R., Kildal, N., & Nilssen, E. (2015). Contractualism and the Emergence of a New Welfare Regime. *New Contractualism in European Welfare State Policies*, 13.
- Espedal, T. (2006). *Gå : (eller kunsten å leve et vilt og poetisk liv)*. Oslo: Gyldendal.
- Falk, H., Johansson, L., Östling, S., Thøgersen Agerholm, K., Staun, M., Høst Dørfinger, L., & Skoog, I. (2014). Functional disability and ability 75-year-olds: a comparison of two Swedish cohorts born 30 years apart. *Age and ageing*, 43(5), 636-641.
- Fanning, J., Porter, G., Awick, E. A., Ehlers, D. K., Roberts, S. A., Cooke, G., . . . McAuley, E. (2016). Replacing sedentary time with sleep, light, or moderate-to-vigorous physical activity: effects on self-regulation and executive functioning. *Journal of Behavioral Medicine*, 1-11.
- Farholm, A. (2017). Motivation and physical activity in individuals with severe mental illness. *PhD*.
- Farholm, A., & Sørensen, M. (2016). Motivation for physical activity and exercise in severe mental illness: A systematic review of intervention studies. *International journal of mental health nursing*, 25(3), 194-205.

- Farholm, A., Sørensen, M., & Halvari, H. (2016). Motivational factors associated with physical activity and quality of life in people with severe mental illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*.
- Fleig, L., McAllister, M. M., Brasher, P., Cook, W. L., Guy, P., Puyat, J. H., . . . Ashe, M. C. (2016). Sedentary Behavior and Physical Activity Patterns in Older Adults After Hip Fracture: A Call to Action. *Journal of aging and physical activity*, 24(1), 79-84.
- Fleig, L., McAllister, M. M., Chen, P., Iverson, J., Milne, K., McKay, H., . . . Ashe, M. (2015). "Motivation gets you started, habit keeps you going": Feasibility of a habit-based physical activity intervention. *European Health Psychologist*, 17(S), 483.
- Førland, O., Fagertun, A., Hansen, R., & Kverndokk, S. (2017). *Normtide til besvær. Evaluering av endringene i normtider for hjemmetjenestene i Bergen kommune*. Retrieved from Bergen:
- Førland, O., & Skumsnes, R. (2016). *Hverdagsrehabilitering. En oppsummering av kunnskap*. Omsorgsbiblioteket. Sentrene for omsorgsforskning. Retrieved from <http://www.helsebiblioteket.no/omsorgsbiblioteket/hverdagsrehabilitering>
- Fosse, G. (2017). Ressurser i sosiale nettverk. In P. G. Disch, G. Lorentzen, & A. Midtsundstad (Eds.), *Aktiv omsorg: samspill mellom kultur, aktiviteter, helse og trivsel* (pp. 123-132). Bergen: Fagbokforlaget.
- Fredriksen, E. H., & Sudmann, T. T. (2016). Fra søk til bruk av helseinformasjon på Internet: e-Health literacy i en norsk kontekst  
(From seeking to using Internet-based health information - eHealth literacy in a Norwegian context). *Fysioterapeuten*, 83(10), 16-21.
- Friemel, T. N. (2016). The digital divide has grown old: Determinants of a digital divide among seniors. *New Media & Society*, 18(2), 313-331.
- Gallagher-Thompson, D., Anzelmo, N. A. S., & Hertel, P. A. (2016). The connectd horse: Equine-guided support research project for people living with early stage dementia and their caregivers. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, 12(7), 1010-1011.

- Gautun, H., & Bratt, C. (2017). Caring too much? Lack of public services to older people reduces attendance at work among their children. *European Journal of Ageing*, 14(2), 155-166.
- Getz, L., Kirkengen, A., & Ulvestad, E. (2011). The human biology-saturated with experience. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 131(7), 683-687.
- Giskeødegård, M. F., Sudmann, T. T., Halvorsen, L. J., Børsheim, I. T., Agdal, R., & Båtevik, F. O. (2016). Samarbeid om Inn på tunet. Utvikling av relasjonar for å legge til rette for alternative velferdstenester (Co-operation on Green Care Farming. Development of alternative welfare services). In Møreforskning (Ed.). Volda: Møreforskning.
- Gjernes, T. (2017). Knitters in a Day Center: The Significance of Social Participation for People With Mild to Moderate Dementia. *Qualitative Health Research*, 1049732317723890.
- Goenka, S., & Lee, I. M. (2017). Physical activity lowers mortality and heart disease risks. *The Lancet*. doi:10.1016/S0140-6736(17)32104-9
- Gubrium, J. F. (1997). *Living and dying at Murray Manor* (Expanded pbk. ed. ed.). Charlottesville: University Press of Virginia.
- Hajjar, E. R., Cafiero, A. C., & Hanlon, J. T. (2007). Polypharmacy in elderly patients. *The American journal of geriatric pharmacotherapy*, 5(4), 345-351.
- Handlingsplan Inn på tunet 2013-2017. (2013). Oslo: Kommunal- og regionaldepartementet, Landbruks- og matdepartementet,.
- Hart, R. A. (1992). Children's participation: From tokenism to citizenship. *Innocenti Essay* (92/6).
- Hartig, T., Mitchell, R., De Vries, S., & Frumkin, H. (2014). Nature and health. *Annual review of public health*, 35, 207-228. doi:10.1146/annurev-publhealth-032013-182443
- Helbostad, J. L., Sletvold, O., & Moe-Nilssen, R. (2005). Øvelser bedrer fysisk funksjon og helse relatert livskvalitet hos hjemmeboende eldre med balanse- og gangvansker. *Fysioterapeuten*, 1(2005), 26-33.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Demensplan 2015: Den gode dagen*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011a). *Demensplan 2015: Den gode dagen. Revidert handlingsplan for perioden 2012-2015*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011b). *Nasjonal helse- og omsorgsplan: 2011-2015*. Oslo: [Regjeringen].

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *NCD-strategi 2013 – 2017. For forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft*. Oslo.

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

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015b). *Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helsedirektoratet. (2017a). *Nasjonal faglig retningslinje for forebygging av hjerte- og karsykdom*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2017b). *Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet, & Trondheim kommune. *65+ Øvelser som holder deg i form*. Oslo.

Hicks-Moore, S. L., & Robinson, B. A. (2008). Favorite music and hand massage: Two interventions to decrease agitation in residents with dementia. *Dementia*, 7(1), 95.

Hitch, D., Pépin, G., & Stagnitti, K. (2014). In the footsteps of Wilcock, part two: The interdependent nature of doing, being, becoming, and belonging. *Occupational Therapy in Health Care*, 28(3), 247-263.

Howes, S. C., Charles, D. K., Marley, J., Pedlow, K., & McDonough, S. M. (2017). Gaming for Health: Systematic Review and Meta-analysis of the Physical and Cognitive Effects of Active Computer Gaming in Older Adults. *Physical therapy*.

Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., . . . van der Meer, J. W. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343.

- Hutchinson, G. S. (2010). *Samfunnsarbeid. Mobilisering og deltakelse i sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal.
- Ihle, R., & Sudmann, T. T. (2014a). Health Encounters with Minority Patients – Changing Perspectives from Tolerance and Intercultural Communication to Empowerment and Shared Decision-Making. *FLEKS Scandinavian Journal of Intercultural Theory and PRactice*, 1(2). Retrieved from
- Ihle, R., & Sudmann, T. T. (2014b). Sosiale ulikheter i helse. In U.-G. S. Goth & J. E. Berg (Eds.), *Folkehelse i ett norsk perspektiv* (pp. 65-90). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ingebretsen, R. (2010). *Omsorg for eldre innvandrere : samlede prosjekterfaringer* (Vol. 15/2010). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Ingebretsen, R. (2016). Informasjon, tilrettelegging og forventningsavklaring—om eldre innvandrere i helse-og omsorgstjenesten. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(03), 241-251.
- Ingebretsen, R., Thorsen, K., & Myrvang, V. H. (2015). *Livsmot og mismot blant aldrende kvinner med innvandrerbakgrunn : "Møteplasser er viktig! Det er kjempeviktig"*. Tønsberg: Aldring og helse.
- Innes, A., & Manthorpe, J. (2013). Developing theoretical understandings of dementia and their application to dementia care policy in the UK. *Dementia*, 12(6), 682-696.
- Jacobsen, F. F. (2017). Active ageing. *International Practice Development Journal*, 7(Supplement), Article 3. doi:<https://doi.org/10.19043/ipdj.7SP.003>
- Jakobsen, K., & Granbo, R. (2011). Større faglig bredde bidrar til mer aktiv omsorg for sykehjemsbeoere.
- Johnson, L. G., Butson, M. L., Polman, R. C., Raj, I. S., Borkoles, E., Scott, D., . . . Jones, G. (2016). Light physical activity is positively associated with cognitive performance in older community dwelling adults. *Journal of Science and Medicine in Sport*. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jsams.2016.02.002>
- Kanji, N., & Greenwood, L. (2001). *Participatory approaches to research and development in IIED: Learning from experience: IIED*.



- Kern-Godal, A., Arnevik, E. A., Walderhaug, E., & Ravndal, E. (2015). Substance use disorder treatment retention and completion: a prospective study of horse-assisted therapy (HAT) for young adults. *Addiction science & clinical practice*, 10(1), 1-12.
- Kikkert, L. H. J., Vuillerme, N., van Campen, J. P., Hortobágyi, T., & Lamoth, C. J. (2016). Walking ability to predict future cognitive decline in old adults: A scoping review. *Ageing Research Reviews*, 27, 1-14. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.arr.2016.02.001>
- Kirkengen, A. L. (2010). *The lived experience of violation. How abused children become unhealthy adults*. Bucharest: Zeta Books.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: the person comes first*. Buckingham: Open University Press.
- Knøsen, E., Krokan, A. K., & Statens kunnskaps- og utviklingscenter for helhetlig rehabilitering. (2003). *Den tause diskrimineringen nytt fokus på funksjonsbemming*. Oslo: Kommuneforl.
- Konsmo, T., de Vibe, M., & Vege, A. (2015). Utvikling, spredning og resultater av Lyst på livet - et helsefremmende konsept for eldre. In M. Nylenna (Ed.), *Notat om kvalitetsutvikling* (Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten ed.). Oslo.
- Kontos, P., Miller, K.-L., Mitchell, G. J., & Stirling-Twist, J. (2015). Presence redefined: The reciprocal nature of engagement between elder-clowns and persons with dementia. *Dementia*, 1471301215580895.
- Kontos, P. C., Mitchell, G. J., Mistry, B., & Ballon, B. (2010). Using drama to improve person-centred dementia care. *International Journal of Older People Nursing*, 5(2), 159-168.
- Krogstad, J. R., Hjorthol, R., & Tennøy, A. (2013). Kunnskapsgrunnlag for gåstrategi i Kristiansand. *Plan*, 45(06), 47-54.
- Kvåle, K., & Synnes, O. (2013). Understanding cancer patients' reflections on good nursing care in light of Antonovsky's theory. *European journal of oncology nursing*, 17(6), 814-819.

- Leal, P. A. (2007). Participation: the ascendancy of a buzzword in the neo-liberal era. *Development in Practice*, 17(4), 539-548.
- Lear, S. A., Hu, W., Rangarajan, S., Gasevic, D., Leong, D., Iqbal, R., . . . Yusuf, S. (2017). The effect of physical activity on mortality and cardiovascular disease in 130 000 people from 17 high-income, middle-income, and low-income countries: the PURE study. *The Lancet*. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31634-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31634-3)
- Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International journal for equity in health*, 12(1), 1.
- Lohne-Seiler, H., & Langhammer, B. (2011). *Fysisk aktivitet og trening for eldre: betydning for fysisk kapasitet og funksjon*. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Lund, B., & Sundberg, C. J. (2015). *Alle kan trene: tren smartere, føl deg bedre, lev lenger* (A. Hansen, Trans.). Oslo: Pax.
- Lunde, L.-H. (2017). *Myter om aldring*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lupton, D. (2013). *Risk*. London: Routledge.
- Lupton, D., & Tulloch, J. (2002). "Life would be pretty dull without risk": voluntary risk-taking and its pleasures. *Health, Risk & Society*, 4(2), 113-124.
- Maas, J., Van Dillen, S. M. E., Verheij, R. A., & Groenewegen, P. P. (2009). Social contacts as a possible mechanism behind the relation between green space and health. *Health & Place*, 15(2), 586-595.
- Maas, J., Verheij, R., Spreeuwenberg, P., & Groenewegen, P. (2008). Physical activity as a possible mechanism behind the relationship between green space and health: a multilevel analysis. *BMC Public Health*, 8(1), 206.
- Magnussen, A.-M., & Nilssen, E. (2015). Sosialt medborgerskap, autonomi og deltagelse. *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 18(1), 61-75.
- Magnussen, J. (2015). *På ramme alvor. Alvorlighet og prioritering*. Oslo.

- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin : historisk-filosofiske essays* (2. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Martinson, M., & Minkler, M. (2006). Civic engagement and older adults: A critical perspective. *The Gerontologist*, 46(3), 318-324.
- Meld. St 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Oslo.
- Meld. St. 18 (2015-2016). *Friluftsliv. Natur som kilde til helse og livskvalitet*. Oslo: Klima- og miljødepartementet.
- Meld. St. 19 (2014-2015). *Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter*. Oslo: Helse- og sosialdepartementet.
- Meld. St. 29 (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 31 (2015-2016). *Garden som ressurs – markanden som mål. Vekst og gründerskap innan landbruksbaserte næringer*. Oslo: Landbruks- og matdepartementet.
- Meld. St. 34 (2012-2013). *Folkehelsemeldingen: God helse – felles ansvar*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 34 (2015-2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 34 (2015-2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Melting, J. B., & Frantzen, L. (2015). *Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger. Nasjonalt velferdsteknologi-program*. Retrieved from Oslo:
- Middleton, A., Fritz, S. L., & Lusardi, M. (2015). Walking speed: the functional vital sign. *Journal of aging and physical activity*, 23(2), 314-322.
- Mills, J., Taylor, J., Dwyer, J., & Bartlett, J. (2014). The well-being benefits of sensory-rich farm visits. *International Journal of Agricultural Management*, 4(1), 3-10.
- Minkler, M., & Minkler, M. (2012). *Community Organizing and Community Building for Health and Welfare* (3rd ed. ed.). Piscataway: Rutgers University Press.

- Mobæk, R., & Nesvåg, S. (2015). *Eldres rusmiddelbruk. Alkoholbruk og alkoholrelaterte helsemessige og sosiale problemer blant eldre / Helsemessige og sosiale problemer blant eldre i LAR. Utredning til helse- og omsorgsdepartementet*. Retrieved from Stavanger:
- Munthe-Kaas, H. M., Johansen, S., & Kirkehei, I. (2014). *Velferdsteknologi for å støtte selvstendige liv for eldre og voksne med nedsatt funksjonsevne*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Myrvang, V. H., Thorsen, K., Ingebretsen, R., & Aldring og, h. (2016). *Livsmot, trivsel og fellesskap blant eldre personer med innvandrerbakgrunn : kunnskap, forståelse og helsefremmende bistand*. Tønsberg: Aldring og helse.
- Myskja, A. (2012). *Integrated music in nursing homes: an approach to dementia care*. (PhD), University of Bergen, Bergen.
- Nawaz, A., Skjæret, N., Helbostad, J. L., Vereijken, B., Boulton, E., & Svanaes, D. (2016). Usability and acceptability of balance exergames in older adults: A scoping review. *Health informatics journal*, 22(4), 911-931.
- Nawaz, A., Skjæret, N., Ystmark, K., Helbostad, J. L., Vereijken, B., & Svanæs, D. (2014). *Assessing seniors' user experience (UX) of exergames for balance training*. Paper presented at the Proceedings of the 8th Nordic conference on human-computer interaction: fun, fast, foundational.
- Nøhr, Ø. N. (2006). *De kompetente eldre : aldring og digital kompetanse - konflikt eller lykke?* Forskningsrapport (Høgskolen i Lillehammer : online), Vol. nr 128/2006.
- Noorani, T., Blencowe, C., & Brigstocke, J. (2013). *Problems of Participation: Reflections on Authority, Democracy, and the Struggle for Common Life*: Authority Research Network.
- Norsk Form. (2010). *Barnetråkk. Registrering av barn og unges arealbruk*. Retrieved from Oslo:
- NOU 1999:13. *Kvinner helse i Norge*. Oslo.
- NOU 2011:11. *Innovasjon i omsorg. (Innovation in Care)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

- Nye, R. A. (2003). The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 39(2), 115-129.
- O'Rourke, G. (2016). Older People, Personalisation and Self: an alternative to the consumerist paradigm in social care. *Ageing and Society*, 36(5), 1008-1030.
- Økland, M. A. (2012). *Samfunnsarbeid og boligsosialt arbeid: en erfaringsssamling med fokus på strategier og virkemidler : for inspirasjon til videre teori- og metodeutvikling*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ottosson, J., & Grahn, P. (2008). The role of natural settings in crisis rehabilitation: how does the level of crisis influence the response to experiences of nature with regard to measures of rehabilitation? *Landscape research*, 33(1), 51-70.
- Pavlicevic, M., Tsiris, G., Wood, S., Powell, H., Graham, J., Sanderson, R., . . . Gibson, J. (2015). The 'ripple effect': Towards researching improvisational music therapy in dementia care homes. *Dementia*, 14(5), 659-679.
- Penderis, S. (2012). Theorizing Participation: From Tyranny to Emancipation. *Journal of African & Asian Local Government Studies*, 1(3).
- Pinker, S. (2015). *The village effect : why face-to-face contact matters*. London: Atlantic Books.
- Polletta, F., & Jasper, J. M. (2001). Collective identity and social movements. *Annual Review of Sociology*, 283-305.
- Power, G. A. (2014). *Dementia beyond disease: Enhancing well-being*: Baltimore: Health Professions Press.
- Pretty, J. N. (1995). Participatory learning for sustainable agriculture. *World development*, 23(8), 1247-1263.
- Ramm, J. (2013). *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester* Statistiske analyser (1993 : online), Vol. 137.
- Requejo, P. S., Furumasu, J., & Mulroy, S. J. (2015). Evidence-based strategies for preserving mobility for elderly and aging manual wheelchair users. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 31(1), 26.
- Robinson, H., MacDonald, B., Kerse, N., & Broadbent, E. (2013). The psychosocial effects of a companion robot: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(9), 661-667.

- Rocha, V., Marques, A., Pinto, M., Sousa, L., & Figueiredo, D. (2013). People with dementia in long-term care facilities: an exploratory study of their activities and participation. *Disability & Rehabilitation*, 35(18), 1501-1508.
- Rokstad, A. M. M. (2014). *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rosenbaum, P., & Gorter, J. (2012). The 'F-words' in childhood disability: I swear this is how we should think! *Child: Care, Health and Development*, 38(4), 457-463.
- Saji, N., & Sakurai, T. (2017). Is gait speed a risk factor for dementia? *Geriatrics & gerontology international*, 17(S1), 75-76.
- Seeman, T. E. (1996). Social ties and health: The benefits of social integration. *Annals of Epidemiology*, 6(5), 442-451. doi:10.1016/S1047-2797(96)00095-6
- Seeman, T. E. (2000). Health promoting effects of friends and family on health outcomes in older adults. *American Journal of Health Promotion*.
- Skårbäck, E., & Grahn, P. (2016). People's Preferences for Outdoor Affordances are Relatively Similar Irrespective of Cultural Background. *Space*, 37(31), 59.
- Skumsnes, R., Alvsvåg, H., Teigen, S., & Førland, O. (2015). *Forebyggende hjemmebesøk til eldre : Idehåndbok med anbefalinger*. Stavanger: Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester.
- Slade, M. (2017). *100 råd som fremmer recovery : en veiledning for psykisk helsepersonell* (2. utg. ed. Vol. nr. 2/2017). Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.
- Solvang, P. (2002). *Annerledes. Uten variasjon, ingen sivilisasjon*. Oslo: Aschehoug.
- Spijker, J., & MacInnes, J. (2013). Population ageing: the timebomb that isn't. *BMJ*, 347(nov12 1), f6598-f6598.
- St. meld. nr. 28 (2014-2015). (2015). *Legemiddelmeldingen : riktig bruk-bedre helse*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- St. Meld. nr. 39 (2006-2007). *Frivillighet for alle*. Oslo.

- Stiggelbout, A. M., Van der Weijden, T., De Wit, M., Frosch, D., Légaré, F., Montori, V. M., . . . Elwyn, G. (2012). Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ: British Medical Journal (Online)*, 344.
- Stigsdotter, U., & Grahn, P. (2002). What makes a garden a healing garden. *Journal of therapeutic Horticulture*, 13(2), 60-69.
- Stjernborg, V. (2017). Experienced fear of crime and its implications for everyday mobilities in later life: an ethnographic case study of an urban Swedish neighbourhood. *Applied Mobilities*, 1-17.
- Strandli, E. H. A. (2001). *Landbruket som ressurs for personer med demens: rapport fra forprosjekt*. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
- Strandli, E. H. A. (2007). *Den beste dagen på mange år. Dagtilbud for personer med demens i Grønn omsorg*. Retrieved from Tønsberg:
- Strandli, E. H. A. (2008). Ut av isolasjonen - inn på tunet: alternative arenaer for livsutfoldelse tilrettelagt for personer med demens. In R. E. Krüger, P. K. Haugen, & A. Eek (Eds.), *Å leve med demens: erfaringsbasert utvikling av tilbud : til Arnfinn Eek på 60-årsdagen* (pp. 191-202). Tønsberg: Forl. Aldring og helse.
- Strandli, E. H. A. (2016). *Nasjonal håndbok Inn på tunet dagaktivitetstilbud tilrettelagt for personer med demens*. Tønsberg: Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.
- Studenski, S., Perera, S., Patel, K., Rosano, C., Faulkner, K., Inzitari, M., . . . Connor, E. B. (2011). Gait speed and survival in older adults. *Jama*, 305(1), 50-58.
- Sudmann, T. T. (2015a). Fysisk aktivitet i dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens. Tønsberg: Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.
- Sudmann, T. T. (2015b). Mikroagresjon og ikke-undertrykkende praksis i demensomsorgen (Microaggression and anti-oppressive practice in dementia care). *Michael Quarterly*, 12, 237-251.

- Sudmann, T. T., & Børsheim, I. T. (2017). 'It's good to be useful': Activity provision for people living with dementia on green care farms in Norway. *International Journal of Practice Development*, September (Supplement article 8).
- Sudmann, T. T., & Folkestad, H. (2015). Deltakelse som engasjement og utfordring - samfunnsarbeid med utviklingshemmede. *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 18(1), 7-17.
- Sudmann, T. T., Fredriksen, E. H., & Børsheim, I. T. (2017-2019). *Work in progress: eHealth literacy and ageing. Elder Norwegians' appropriation of Health related Internet information*. Reserach project. Department of occupational therapy, physiotherapy and radiography. Western Norway University of Applied Sciences. Retrieved from <https://app.cristin.no/projects/show.jsf?id=.501168>
- Sudmann, T. T., & Henriksbø, K. (2015). Kollektiv handling skaper endring. In L. G. Aamodt (Ed.), *Mangfold og utvikling - sosialt arbeid i en ny tid. En artikkel-samling om sosialt arbeid 2015* (pp. 107-115). Oslo: Fellesorganisasjonen LO Media.
- Synnes, O. (2002). Ageing and Verbal Creativity-creative writing for the elderly in the library. *IFLA journal*, 28(5-6), 318-322.
- Taksdal, A., Fosse, G., & Nordberg, G. S. (2017). Feire livet og lindre døden - kvalitet i sykehjem. In T. B. Wyller & H. Haukelien (Eds.), *Ny helsepolitikk : det finnes løsninger*. Oslo: Dreyers forl.
- Taranrød, L.-B. (2011). *Mellom hjem og institusjon. Dagtilbud tilrettelagt for personer med demens. Utviklingsprogram om dagtilbud og avlastningsrdninger for personer med demens: Demensplan 2015*. Retrieved from Tønsberg:
- Thorsen, K., Myrvang, V. H., Ingebretsen, R., & Moen, B. (2015). Livsmot eller mismot. Hva opplever eldre kvinner med innvandrerbakgrunn er belastende i hverdagslivet og hva er psykisk helsefremmende. *Demens og alderspsykiatri*, 19(1), 8-14.
- Timonen, V., & Kautto, M. (2014). Sustaining the Nordic welfare model in the face of population ageing. In S. Harper & K. Hamblin (Eds.), *International handbook on ageing and public policy* (pp. 279-290). Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing Ltd.



- Tritter, J. Q., & McCallum, A. (2006). The snakes and ladders of user involvement: moving beyond Arnstein. *Health policy*, 76(2), 156-168.
- Tuntland, H., & Ness, N. E. (2014). *Hverdagsrehabilitering*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tveito, F. (2010). *Det vandrande mennesket*. Oslo: Novus forl.
- Verdens helseorganisasjon. (2004). *ICF: internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonsbemming og helse. Norsk brukerveiledning*. Trondheim: KITH.
- Verlinden, V. J., van der Geest, J. N., Hofman, A., & Ikram, M. A. (2014). Cognition and gait show a distinct pattern of association in the general population. *Alzheimer's & Dementia*, 10(3), 328-335.
- Vik, K. (2015). *Mens vi venter på eldrebølgen : fra eldreomsorg til aktivitet og deltakelse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Vike, H. (2015). Likhetens natur. *Norsk antropologisk tidskrift*, 25(01).
- von Lindern, E., Lymeus, F., & Hartig, T. (2017). The restorative environment: A complementary concept for salutogenesis studies. In M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindström, & G. A. Espnes (Eds.), *The Handbook of Salutogenesis* (pp. 181-195): Springer International Publishing. Retrieved from [http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-04600-6\\_19/fulltext.html](http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-04600-6_19/fulltext.html). doi:10.1007/978-3-319-04600-6
- Wærness, K. (2016). Runar Bakken: Frykten for alderdommen : om å eldes og leve som gammel. *Tidsskrift for velferdsforskning [elektronisk ressurs]*, 19(4), 366-369.
- Wahlich, C., Beighton, C., Victor, C., Normansell, R., Cook, D., Kerry, S., . . . Fox-Rushby, J. (2017). 'You started something... then I continued by myself': a qualitative study of physical activity maintenance. *Primary health care research & development*, 1-17.
- Wallerstein, N., Minkler, M., Carter-Edwards, L., Avila, M., & Sanchez, V. (2015). Improving health through community engagement, community organization, and community building. *Health behavior: theory, research and practice*, 5.

- Weimann, H., Rylander, L., van den Bosch, M. A., Albin, M., Skärbäck, E., Grahn, P., & Björk, J. (2017). Perception of safety is a prerequisite for the association between neighbourhood green qualities and physical activity: Results from a cross-sectional study in Sweden. *Health & Place*, 45, 124-130.
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2009). *Utjevning av helseforskjeller, Del 1, begreper og prinsipper for å utjevne sosiale ulikheter i helse*. Oslo: Helsedirektoratet.
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*.: World Health Organization.
- World Health Organization. (2008). *WHO global report on falls prevention in older age*: World Health Organization.
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*: World Health Organization.
- Xu, W., Tan, L., Wang, H.-F., Jiang, T., Tan, M.-S., Tan, L., . . . Yu, J.-T. (2015). Meta-analysis of modifiable risk factors for Alzheimer's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 86(12), 1299-1306.
- Zhang, G., Poulsen, D. V., Lygum, V. L., Corazon, S. S., Gramkow, M. C., & Stigsdotter, U. K. (2017). Health-Promoting Nature Access for People with Mobility Impairments: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(7), 703.





Senter for  
**omsorgsforskning**

[www.omsorgsforskning.no](http://www.omsorgsforskning.no)