

Geriatrisk sykepleie



NSFS FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS



E-læringsprogram for
å øke kompetansen om
fallforebyggende trening

Side 16

GERIATRISK SYKEPLEIE utgis av faggruppen geriatri og demens, Norsk sykepleierforbund

ISSN: 1891-1889

ANSVARLIG REDAKTØR

Wivi-Ann Tingvoll
wivi.ann.tingvoll@gmail.com
Tlf. 97 53 95 55

**REDAKSJONSKOMITE/
FAGLIGE MEDARBEIDERE**

Jorunn Drageset, Sykepleier Professor, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap Høgskulen i Bergen. **Gunn Mari Holdø**, Førsteamanuensis universitet i Tromsø. **Gørill Haugan**, Sykepleier og professor Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, fakultet for medisin og helsevitenskap/Senter for helsefremmende forskning, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. **Liv Halvorsrud**, Sykepleier Professor Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsevitenskap, Oslomet – storbyuniversitetet.

ABONNEMENT

Send bestilling til:
Wivi-Ann Tingvoll
wivi.ann.tingvoll@gmail.com
Pris: I Norge kr. 400, internasjonalt kr. 500. Institusjonsabonnement i Norge/biblioteker: kr. 1 000

ANNONSER

Frank Eide
Tlf: 993 21 576
frank.eide@bergen.kommune.no

TRYKK: Mediehuset Andvord AS

FORSIDEFOTO: iStockphoto

ANNONSERING

Geriatrisk Sykepleie passer for annonsører som ønsker å nå sykepleiere i geriatri og demensomsorgen i alle deler av helse-tjenesten. Tidsskriftet sendes alle medlemmer i faggruppen.

Innhold

01 - 2024



- 6** Dørene åpnes til det digitale klasserom – kompetanseheving under pandemien
- 16** E-læringsprogram for å øke kompetansen om fallforebyggende trening
- 18** Sunn aldring og sosioøkonomiske helseforskjeller
- 28** Intervju med Isabelle Sandstedt Pedersen



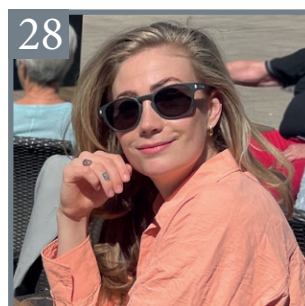
6



16



18



28

Vi ønsker alle
en riktig god sommer!



FAKTA

Tor EngevikLeder NSF's Faggruppe
for sykepleiere i geriatri og demens

Fokus på fallforebygging

Alle vi som jobber i eldreomsorgen, vet at økende alder i seg selv gir større risiko for fall. Vi vet også veldig godt hvilke lidelser den som faller påføres når uhellet først er ute. Og ikke minst vet vi at veien tilbake, i den grad det er en vei tilbake, vil kunne bli lang og tung.

Hvert år faller omtrent 30 % av alle over 65 år og hele 50 % av dem som er over 80 år. Funksjonssvikt, inaktivitet, isolasjon, nedsatt livskvalitet, økt hjelpebehov og tidligere død er noen av konsekvensene et fall kan innebære for eldre. I 2021 mistet nær 1000 mennesker livet etter fall. Dette er dystre tall; [sykepleien.no/2022/06/nesten-1000-dode-etter-fall-i-fjor](https://www.sykepleien.no/2022/06/nesten-1000-dode-etter-fall-i-fjor).

En fersk studie fra Folkehelseinstituttet anslår at fall belaster samfunnet med 14,52 milliarder kroner årlig og hvert år behandler vi i Norge ca 9000 personer med hoftebrudd. Den økonomiske kostnaden ved hvert enkelt brudd anslås til svimlende 500.000 kr, men det er de menneskelige lidelsene og det vi kan gjøre for å redusere dem, vi sykepleiere først og fremst skal rette fokuset vårt mot.

For dette kan og må vi gjøre noe med. Vi gjør allerede mye. Rundt om på landets sykehjem, i hjemmebaserte tjenester, i omsorgsboliger og på ulike dagsenter drives det allerede mye fallforebyggende arbeid og det mangler ikke på gode tiltak. Å identifisere og fjerne mulige fall-feller i hjemmet er et av de helt sentrale. God belysning, sklisikre sko og sokker, legemiddelgjennomgang, syns- og hørselsutredning er

andre, og tilrettelegging med hjelpemidler er et viktig supplement. Men - det aller viktigste for å redusere risikoen for fall, er det den enkelte selv kan gjøre. Balanseøvelser og aktivitet som øker kjernemuskulatur og styrke er fasiten på det. Så enkelt – så vanskelig.

For det er nemlig helt nødvendig at de som er, eller skal bli, mottakere av helsetjenester må involveres. Preventiv geriatri, handler om å forebygge og i helsetjenestene våre ser vi stadig større fokus på å tenke «hjelp til selvhjelp». Hvis de eldre skal kunne bo og ha trygge gode liv hjemme må de nemlig settes i stand til å klare dette. Jeg har snakket med sykepleiere som representerer bredden i geriatrien og mange av dem forteller at de ser en endring i tilnærmingen til de som har behov for tjenester. Det er stort fokus på hverdagsrehabilitering, å se på pasientenes ressurser og på økt mestring i dagliglivet. Vi må motivere, inspirere og legge til rette for at pasientene våre får gjøre alt det de kan klare selv. Vi må jobbe mer med hendene på ryggen og ta i bruk nye tilnærminger for å hjelpe den eldre til en bedre fysisk funksjon.

Mange av de vi møter i vår arbeidshverdag er allerede avhengig av vår bistand til det aller meste og det å skulle bidra til at de også får økt sin fysiske styrke kan fremstå som uoverkommelig i en arbeidshverdag som allerede er tettepakket av oppgaver. Det er derfor gledelig at noen har tatt hensyn til rammebetingelsene sykepleiere arbeider under og gitt oss noe som fremstår som overkommelig og mulig å få til.



Helsedirektoratet har lansert e-læringsprogrammet BASIs som er et tilbud til alle som arbeider med eldre. E-læringsprogrammet viser hvordan man ved enkel, lite tidkrevende og målrettet trening, kan hjelpe eldre til å holde på sin fysiske funksjon lengst mulig. Hovedmålet er å redusere risikoen for fall og dette er en god personlig og samfunnsmessig investering. Foreløpig finnes BASIS i tre kursversjoner og disse er tilpasset deg som jobber på aktivitetssenter, på institusjon eller på treningssenter for eldre. Hvert kurs inneholder seks moduler og tar en drøy time å gjennomføre. Jeg har selv tatt kurset rettet mot de som jobber på institusjon og kan anbefale det på det varmeste.

I samarbeid med dyktige fagpersoner fra faggruppen i geriatri og demens ferdigstiller Helsedirektoratet i disse dager enda et digitalt kurs som er rettet mot de som jobber i hjemmebaserte tjenester. Hvis eldre skal bo lenger hjemme i egen bolig må vi skape gode miljøer der eldre kan møtes for å trene og være sosiale. Dette kan være idrettslag og ideelle organisasjoner og det kan være dagsentre i regi av hjemmebaserte tjenester.

Kanskje bør sentrale politikere vekte forebygging høyere i sine budsjetter og premiere de kommuner som er flinke til å forebygge. Det enkleste tiltaket for å få ned helsekøene er nemlig å forebygge slik at vi reduserer tilsiget av nye som kommer inn i køen. Så la oss bidra til at helseministeren kan få ned helsekøen ved å e-læringskurset www.basis-fallforebygging.no allerede i dag. Alle som er engasjert i eldreomsorg vil ha nytte av dette kurset. Oppfordringen er gitt og med dette ønsker jeg alle aktiv og god sommer. ■

For Engvik

BASIS
BALANSE • SIKKERHET • STYRKE



Til eldre som vil trene selv Om BASIS

Til deg som jobber med eldre mennesker

Målrettet trening kan hjelpe eldre til bedre fysisk funksjon, mindre risiko for fall og økt livskvalitet.

BASIS er et gratis e-læringsprogram som skal styrke kunnskapen om fallforebyggende trening og behov for fysisk aktivitet i hverdagen blant ansatte eller personer som jobber ved landets treningssentre, aktivitetssentre og institusjoner for eldre.

Se en liten film om BASIS



Siv Grav

Førsteamanuensis i helsevitenskap
Fakultet for Sykepleie og Helsevitenskap
Nord Universitet

Digitale klasserom – kompetanseheving i helsetjenesten

Det har vært interessant for meg å lese denne utgaven av Geriatrisk sykepleie som omhandler digital undervisning. Spesielt med tanke på at jeg selv har faglig ansvar for en tverrfaglig nett- og samlingsbasert videreutdanning innen eldreomsorg, og er opptatt av hvordan vi som universitet legger til rette for kompetanseheving i helsetjenestene. Erfaringer fra helsepersonell og deres ledere er da gull for meg.

Et godt liv og et godt samfunn er avhengig av utdanning og kompetanse i befolkningen. Den Norske regjering hevder gjennom St. Meld. 14 (2022-2023) at utdanningssystemet er hjørnestein i vårt demokratiske samfunn og at en god tilgang til opplæring og utdanning i hele landet er en viktig forutsetning for å ivareta vårt samfunn. I lagtdisplan for forskning og høyere utdanning (2023-2032) er et av tre mål å øke kvaliteten og tilgjengeligheten i forskning og høyere utdanning. Artikkelen Dørene åpnes til det digitale klasserom – kompetanseheving under pandemien viser hvordan en pandemi med nestegging av blant annet skoler i 2020 får ett helt utdanningssystem til endrer seg og bli mer tilgjengelig for flere uavhengig av hvor de bor. Den utforsker hvilke fordeler og ulemper helsepersonell og ledere i kommunehelsetjeneste erfarte ved digital kompetanseheving innen palliativ eldreomsorg

under pandemien. Denne erfaringen kan lett overføres til andre kontekster.

Funnene viser at digital undervisning åpner for at flere kan delta uavhengig av avstander og ressurser. Det er også økonomiske fordeler som gjør at flere fra samme arbeidsted kan delta som igjen fører til tettere faglig samarbeid og samhold – noe som påvirker måten de ansatte arbeider på. Betydningen av en kombinasjon av fysisk og digitalt undervisningstilbud fremheves i artikkelen som det mest optimale, spesielt med tanke på viktig lærdom som oppstår i møter mellom mennesker. Artikkelens funn samstemmer godt med våre studenters evaluering nå i 2024 – der også kombinasjonen av nett og samlingsbaserte læringsaktiviteter trekkes fram som viktig.

Norsk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU) som lager rapporter som danner grunnlag for beslutninger og veivalg for blant annet utdanningspolitikken i Norge kom i 2022 med en sluttrapport for evaluering av tilskuddsordninger for fleksible (desentralisert eller nettbaserte) utdanningstilbud. Rapporten viser at 85 prosent av studentene på disse utdanningene er fornøyde med det faglige innholdet samt at de gjør det mulig å kombinere utdanning med å være i arbeid. Det digitale klasserommet kan bidra til gode, trygge og kunnskapsbaserte praksiser. ■



Dørene åpnes til det digitale klasserom – kompetanseheving under pandemien

Da COVID-19 pandemien førte til nedstengning av samfunnet ble også aktører innenfor utdanning, undervisning og andre kompetansehevende tiltak rammet. Fysisk undervisning ble tvunget til å tilpasse seg et digitalt format.

FAKTA

Irene Aasmul,
Ph.d. Fag- og forsknings-
utvikler ved Verdighets-
senteret, e-post:
ia@verdighetsenteret.no
tlf. +47 411 64 544

Elsa C. Irgens,
Master i klinisk sykepleie-
intensivsykepleie, Rådgiver
ved Verdighetsenteret og
doktorgradsstipendiat ved
Høgskolen på Vestlandet,
e-post:
ei@verdighetsenteret.no
tlf. +47 408 92 187

Evvy Gangstø Steinseide,
Palliativ sykepleier, Master
i kunnskapsbasert praksis.
Rådgiver ved Verdighets-
senteret og doktorgrads-
stipendiat ved VID
vitenskapelige høgskole,
e-post:
egs@verdighetsenteret.no
tlf. +47 928 59 919

Bakgrunn
Handlekraften som oppstod da pandemien var et faktum førte til at mange undervisningsinstitusjoner omstilte seg og omgjorde fysisk undervisning til digitale tilbud (1). Flere oversiktsartikler med relevans for tematikken ble raskt produsert (2-6). Allerede tidlig i pandemien var det flere studier som fastslo at erfaringene og mulighetene med digital undervisning vil endre utdanning og kompetanseheving også etter pandemien (3, 5, 7). Ikke minst er dette aktuelt med tanke på de fremtidige klimautfordringene, der unødige reiser må unngås (8).

Etter samhandlingsreformen i 2012 er eldre som mottar helsehjelp i kommunen sykere og har mer komplekse utfordringer enn tidligere (9). Dette stiller høyere krav til helsepersonell som ivaretar pasientene (10). Kompetanseheving til ansatte i både sykehjem og hjemmesykepleien er med å styrke helsepersonells trygghet, noe som igjen øker pasientsikkerheten (11).

Helsemyndighetene ønsker at flest mulig skal kunne bo hjemme i livets sluttfase. Dette fordrer at helsepersonell har tilstrekkelig kompetanse for å ivareta palliative pasienter (12).

Den raske omstillingen man så i samfunnet kan mistenkes å ha ført til at den pedagogiske kvaliteten ikke ble tilstrekkelig sikret (13). På tross av at utdanningssektoren i liten grad var forberedt på innvirkningen pandemien ville ha på den pedagogiske virksomheten, evnet man å legge om undervisningen for å ivareta et tilbud om opplæring (1). Flere studier har utforsket erfaringer fra høyere utdanning knyttet til denne perioden (13-17). Disse

viser at det ikke foreligger et ensidig læringsutbytte hos studenter, noen studier peker på at dette ble oppnådd (15, 16), mens andre viser redusert læringsutbytte (14).

Det meste av litteraturen har forsket på studenter på et høyere utdanningsnivå. Vi har ikke funnet studier som har fokus på hvordan helsepersonell i kommunene erfarte digital kompetanseheving.

Ledere i eldreomsorgen er avgjørende for at ansatte skal få delta på kompetansehevende tiltak, og er ansvarlige for at helsepersonell har oppdatert kunnskap og kompetanse (12, 18). Dette pekes også på i Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023, der det trekkes frem at øverste leder har ansvar for å inneha oversikt og sikre rett nivå av kompetanse til de ansatte for å bidra til økt pasientsikkerhet (11).

Dette førte til følgende forskningsspørsmål:

- Hvilke fordeler og ulemper erfarer helsepersonell i kommunehelsetjenesten ved digital kompetanseheving innen palliativ eldreomsorg?
- Hvilke erfaringer har ledere i kommunehelsetjenesten gjort seg ved at deres ansatte har deltatt på digital kompetanseheving innen palliativ eldreomsorg?

Metode

Studien benytter et kvalitativt design, supplert med enkel deskriptiv statistikk.

Datagrunnlag

Deltakere:

Deltakerne i studien var fagutdannet helsepersonell som gjennomførte etterutdanning innen Palliativ



Foto: iStockphoto

Sammendrag

Bakgrunn: Covid-19 pandemien førte til omfattende nedstengninger som påvirket kompetansehevingen i helsetjenesten. Digitalisering av undervisning var en løsning for å opprettholde et tilbud. Erfaringer fra helsepersonell i eldreomsorgen er derfor av interesse å utforske. I tillegg er det ønskelig å undersøke lederperspektivet, da disse vil være sentrale aktører for å sikre kompetanse i kommunehelsetjenesten.

Metode: Det er gjennomført en kvalitativ studie, supplert med enkel deskriptiv statistikk. Deltakere (n=126) ved digital etterutdanning innen palliativ eldreomsorg ved Verdighetsenteret har besvart evalueringsskjema bestående av standardiserte svaralternativer og åpne felt til egne kommentarer. I tillegg er det gjennomført dybdeintervjuer av ledere (n=3) som har hatt ansatte på etterutdanningen. Det er gjennomført tematisk analyse.

Resultat: Identifiserte tema var som følger:

- i. Fordeler og ulemper med digital undervisning
- ii. Endring i kompetanse
- iii. Endringer i praksis som følge av faglig trygghet
- iv. Videreformidling av kunnskap

Digital undervisning kan gi større frihet og mulighet for at flere kan delta. Den digitale plattformen kan begrense aktiv deltakelse.

Konklusjon: Funn fra denne studien, der vi har samlet erfaringer fra deltakere og ledere viser at digital kompetanseheving kan bidra til økt faglig trygghet for helsepersonell. Videre fremheves betydningen av en kombinasjon hvor de digitale pedagogiske metoder kan kombineres med undervisningsformatet i det fysiske klasserommet.

Summary

Background: The Covid-19 pandemic led to widespread shutdowns that significantly impacted the competence development within the healthcare services. Digitalization of education emerged as a solution to maintain an offer. Therefore, experiences from healthcare personnel in elderly care are of interest to explore. Additionally, it is desirable to investigate the management perspective, as they will be key actors in ensuring competence in municipal healthcare services

Method: A qualitative study, supplemented with simple descriptive statistics, has been conducted. Participants (n=126) in digital continuing education in palliative elderly care at the Dignity Centre have completed evaluation forms consisting of standardized response options and open fields for their own comments. In addition, in-depth interviews have been conducted with leaders (n=3) who have had their employees in the continuing education program. A thematic analysis has been carried out.

Results: The identified themes were as follows:

- i. Advantages and disadvantages of digital teaching
- ii. Changes in competence
- iii. Changes in practice due to professional confidence
- iv. Dissemination of knowledge

The digital platform offers more freedom and opportunities for more people to participate but may also limit active participation.

Conclusion: Findings in this study, based on insights gathered from participants and managers, indicate that digital participation in competence development can increase the professional confidence of healthcare personnel. Furthermore, the study emphasizes the importance of a combination where digital pedagogical methods can be integrated with the teaching format in the physical classroom.





eldreomsorg (tabell 1) i perioden august 2020 til august 2021. Majoriteten hadde yrkesbakgrunn som sykepleiere (figur 1).

I løpet av nevnte periode ble samtlige deltakere (N=126) ved etterutdanningen invitert til å delta på evaluering. Disse representerer 36 kommuner fordelt på 5 kull.

Vi ønsket videre å belyse lederperspektivet, og rekrutterte derfor tre ledere fra ulike kommuner som hadde finansiert nevnte etterutdanning for minst tre av sine ansatte. Lederne representerte ulike steder i landet. Se tabell 1 og figur 1 neste side.

Evalueringsskjema knyttet til etterutdanningen

Deltakerne fylte ut digitale evalueringsskjema i etterkant av samlingene. Vi benyttet oss av ni spørsmål fra evalueringsskjemaene, der fire av de kunne besvares med fritekst. Spørsmålene bestod blant annet av erfaringer med tidsbruk, gruppearbeid, digitale plattformer, egenopplevd kompetanseheving og praktisk relevans. Vi gjorde mindre endringer i evalueringsskjemaene underveis på bakgrunn av fortløpende justeringer i etterutdanningen.

Dybdeintervju

Intervjuguiden ble utviklet med formål å undersøke:

- i. Leders opplevelse av økt faglig trygghet hos ansatte
- ii. Etterutdanningens potensiale for kunnskapsdeling på arbeidsplassen
- iii. I hvilken grad det digitale tilbudet gir mulighet til kompetanseheving

En av forfatterne (EGS) gjennomførte individuelle semistrukturerte dybdeintervju av ledere via Teams, med opptaksfunksjon. Intervjuene ble gjennomført i etterkant av at deltakerne hadde deltatt på kompetanseheving, i november 2021 - januar 2022. Intervjuene varte fra 20-38 minutt.

Analyse

Vi systematiserte all data fra evalueringsskjema ved hjelp av Microsoft Office Excel. Ingen personidentifiserbare data ble etterspurt. Om deltakerne skrev fritekst med gjenkjenningsemarkører (arbeidssted, kommune) ble dette anonymisert. Intervjuene ble transkribert og anonymisert. Kvalitative data er fra evalueringsskjemaenes fritekstområder

og kvantitative data er innhentet fra standardiserte svaralternativ. De kvantitative funnene tar utgangspunkt i del 2 av evalueringsskjemaene, det vil si etter endt etterutdanning.

Vi har gjennomført en tematisk analyse av det kvalitative datatilfanget og analysetilnærmingen til Braun og Clarke (20) ligger til grunn. Både transkriberte data fra intervjuene og tekst fra evalueringsskjemaenes fritekstområde ble lest i sin helhet av tre forskere uavhengig av hverandre og deretter diskutert. Dette førte til refleksjoner rundt koding. Videre ble potensielle tema identifisert, sammenliknet og diskutert før vi oppnådde enighet om endelig tema. Dette dannet til slutt et samlet analytisk bilde av de kvalitative dataene.

De kvantitative resultatene presenteres som enkel deskriptiv statistikk ved hjelp av summering, gjennomsnitt og prosent.

Etikk

Evalueringsskjemaene ble distribuert før studien ble planlagt og deltakerne ble derfor ikke informert om at data skulle brukes til forskning. Etter dialog med NSD ble det vurdert at godkjenning retrospektivt ikke var påkrevd. Lederintervjuene ble godkjent hos NSD før oppstart (Ref.nr. 290251). Lederne ble informert om studiens hensikt og samtykket til deltakelse.

Resultat

Under presenterer vi resultatene inndelt i deltaker- og lederperspektiv.

Deltakerperspektivet

Henholdsvis 82% (n=103) besvarte evalueringen etter del en og 76% (n=96) etter del to av den digitale etterutdanningen i Palliativ eldreomsorg. De kvalitative dataene ble totalt basert på 199 evalueringsskjema.

Fra deltakerens perspektiv ble følgende tema identifisert:

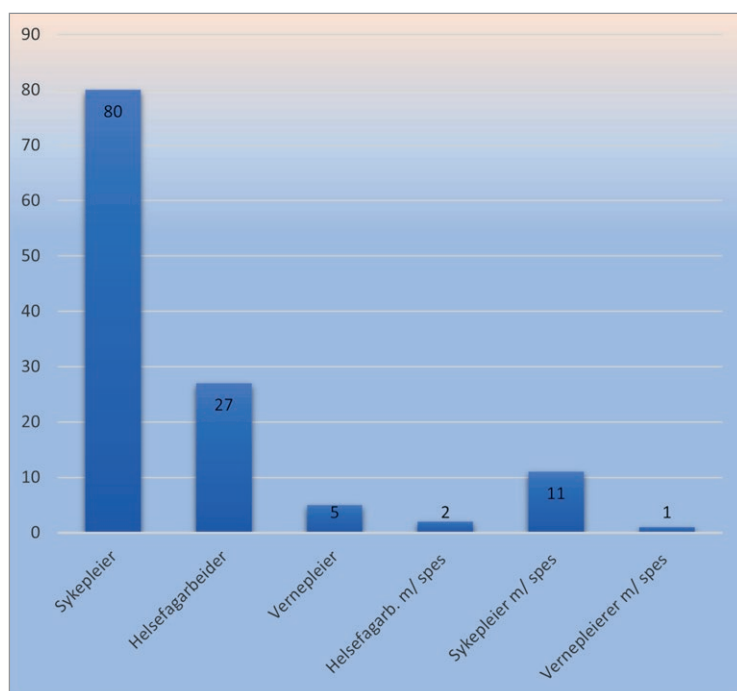
- i. Fordeler og ulemper med digital undervisning
- ii. Endring i kompetanse

Fordeler og ulemper med digital undervisning

Læringsplattformene og oppbyggingen av den digitale undervisningen blir positivt fremhevet. Vi ser det er ulike oppfatninger når det gjelder tidsbruk knyttet til egenaktivitet. Det påpekes at de digitale

TABELL 1: Informasjon om Verdighetsenteret og etterutdanningen palliativ eldreomsorg

Verdighetsenteret		
Verdighetsenteret er et nasjonalt kompetansesenter som formidler og utvikler kunnskap innen eldreomsorg gjennom etterutdanning, kurs, fagdager og arrangementer.		
Etterutdanningen i palliativ eldreomsorg har som mål å styrke helsepersonells kompetanse innen helhetlig ivaretagelse av sårbare gamle i livets slutfase.		
Etterutdanningen palliativ eldreomsorg (19)		
Målgruppe:	Oppbygning:	Læringsplattformer:
<ul style="list-style-type: none"> • Fagutdannet helsepersonell som helsefagarbeidere, sykepleiere og vernepleiere ansatt i eldreomsorgen 	<ul style="list-style-type: none"> • To samlinger á tre dager digitalt • Totalt 36 timer 	<ul style="list-style-type: none"> • Canvas • Zoom
Overordnede tema:	Tilgjengelighet av undervisningsmaterieill:	Læringsaktiviteter:
<ul style="list-style-type: none"> • Palliasjon og livets slutt • Symptomlindring • Forhåndsamtaler • Åndelig og eksistensiell omsorg • Etikk • Kommunikasjon • Pårørende og etterlatte • Frivillighet i palliasjon • Demens og palliasjon • Hjemmetid og hjemmedød • Sykdom og død i ulike kulturer 	<ul style="list-style-type: none"> • En uke før første samling og fire uker etter siste samling 	<ul style="list-style-type: none"> • Synkrone videomøter med undervisning, gruppearbeid og/ eller erfaringsutveksling • Avstemminger • Ordskyer • Asynkron undervisning/ Forhåndsinnspilte forelesninger • Skriftlig materiale • Diskusjonsforum • Quizer



FIGUR 1: Oversikt over yrkesbakgrunn til deltakerne ved Palliativ eldreomsorg i perioden august 2020 - august 2021 (n=126).



ressursene gir mulighet til å tilegne seg kunnskap i eget tempo ved å se undervisningsfilmer flere ganger og utforske tilgjengelige lenker etter endt etterutdanning. En deltaker sier det slik: «*Eg har hatt tid til refleksjon over det eg har hørt og lest underveis - og det er flott at eg kan gå tilbake og sjå på det igjen om eg ønsker det seinare*». Samtidig beskriver en annen deltaker det som overveldende og tidkrevende: «*Får lite tid til refleksjon rundt temaene [...], noe som er viktig i læringsprosessen. Klarte ikke å fullføre [programmet], noe som gjør at vi må sitte på fritiden [...]*».

Det vektlegges at digital kompetanseheving skaper muligheter for deltakelse uavhengig av avstander og ressurser. Som uttalt av en deltaker: «*Veldig bra at det var digitalt fordi jeg hadde sannsynligvis ikke kommet på etterutdanningen om jeg måtte til dere*».

Flere deltakere påpeker utfordringer ved deltagelse i zoom, særlig det å ta ordet. Denne oppfatningen kan muligens endres over tid slik denne deltakeren uttrykker: «*Selv var jeg ikke så frempå, da jeg var utrygg i denne undervisningsformen. Jeg kan likevel se for meg at dette kan være en god undervisningsform når en blir vant til det*».

Funn fra evaluerings skjemaet viser at majoriteten av deltakerne (94%) opplevde stort eller noe utbytte av gruppearbeid i zoom. Resterende oppgir at de ikke hadde noe utbytte av gruppearbeid i zoom.

Funnene viser at noen faglige begrep i undervisningen ble misforstått og dette kan være knyttet til utfordringen ved å ta ordet. Flere fordeler og ulemper er relevante ved bruk av digitale plattformen (tabell 2). Undervisningsformen er uvant for mange, særlig det å sitte fremfor skjerm hele dager. Det pekes på at dette kan føre til redusert konsentrasjonsevne. Se tabell 2 neste side.

Endring i kompetanse

Flere deltakere vektlegger betydningen av trygghet, gode formidlingsevner og engasjement hos foreleserne i de digitale undervisningsformene som avgjørende for læringsutbyttet. Deltakernes opplevde endring i kompetanse var også knyttet til at foreleserne benyttet seg av interaktive metoder som for eksempel avstemming og ordsky for å øke engasjement (tabell 1) slik at alle fikk mulighet til å uttrykke egne refleksjoner. Dette skildres slik:

«*Først ble jeg stresset [...], men [...]. Det ga oss anledning til å delta*».

Helsepersonell fra samme arbeidssted beskriver betydningen av å være flere som deltok sammen. De fikk gode interne diskusjoner, men det påpekes samtidig at den digitale flaten vanskeliggjør gruppearbeid på tvers av ulike arbeidssteder og kontekster.

Funn fra evaluerings skjemaet viser at de fleste deltakerne (85%) opplever økt kompetanse på tross av et heldigitalt tilbud. Se figur 2 neste side.

Lederperspektiv

På bakgrunn av analysen av lederintervjuene fremstilte vi tre hovedtema:

- i. *Fordel og ulemper med digital undervisning*
- ii. *Endringer i praksis som følge av faglig trygghet*
- iii. *Videreformidling av kunnskap*

Fordeler og ulemper med digital undervisning

I intervjuene beskriver lederne en rekke fordeler og ulemper ved digital undervisning (tabell 2). Generelt er de positive til den digitale formen for kompetanseheving. En leder beskriver «*Det er en sånn udelt positiv erfaring*». Muligheten til å tilby flere ansatte etterutdanning vektlegges. Lederne påpeker at dette gir kollegaer mulighet til felles diskusjon underveis og i etterkant av etterutdanningen.

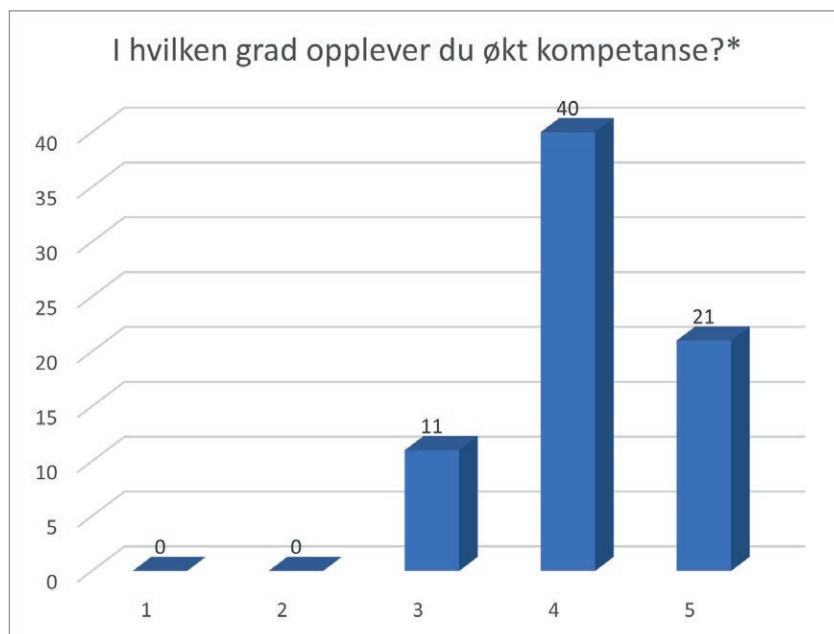
Økonomi og praktisk gjennomføring blir trukket frem som betydningsfullt. En av lederne beskriver det slik «*Det ene er kostnadssiden, at det ville blitt litt dyrere, men også praktisk for enkelte, det å skulle reise bort så mange dager. Det tror jeg ville være vanskelig*». Lederne relaterer dette til hverdagen og familielivet. Samtidig løfter de frem at å bare tilby undervisning digitalt også skaper ulemper. Særlig tap av nettverksbygging og fellesskap en vanligvis får ved fysisk oppmøte blir fremhevet. Videre pekes det på at det digitale klasserommet kan føre til mindre engasjement og aktiv deltakelse. Særlig det å ta ordet på skjerm kan oppleves som en større barriere enn i det fysiske rom. Lederne fremstiller kombinasjonen av digital og fysisk undervisning som mest ideell.

Endring i praksis som følge av faglig trygghet

Fagfeltet palliasjon fremheves som svært aktuelt for kommunehelsetjenesten og lederne opplever at ansatte har fått økt trygghet samt anvender kunn-

TABELL2: Fordeler og ulemper ved digital etterutdanning

	Fordeler	Ulemper
Deltakerperspektiv	<ul style="list-style-type: none">• Læring i eget tempo• Mulighet til repetisjon• Samlede ressurser et sted• Tilgjengelig etterutdanning og undervisning• Økonomiske besparelser• Tilgjengelige kursansvarlige• God formidling digitalt• Kompetanseheving	<ul style="list-style-type: none">• Tekniske barrierer• Vanskelig å ta ordet• Digital utrygghet• Manglende sosial interaksjon• Stillesitting• Vanskelig med gruppearbeid• Tidkrevende materiale og innhold
Lederperspektiv	<ul style="list-style-type: none">• Økonomiske besparelser• Flere kan delta fra samme arbeidsplass• Unngår reiser• Kompetanseheving• Bra tilrettelegging av det digitale• Tilgang til undervisningsmaterialet en uke før oppstart• Flexibilitet• Muligheten til bruk av ressurser i etterkant	<ul style="list-style-type: none">• Vanskeliggjør nettverksbygging• Skjermtretthet• Multitasking• Utfordringer med teknologi• Reduserer aktiv deltagelse• Vanskelig med gruppearbeid



FIGUR 2: Opplevelse av kompetanseheving etter gjennomført digital etterutdanning i palliativ eldreomsorg (n=72).

*Det ble benyttet en 5-punktskala fra 1 = «ikke økt kompetanse» til 5 = «mye økt kompetanse». *For første kullet var ikke spørsmålet med i evalueringen.





skapen i praksis etter digital etterutdanning. Det påpekes også at ansatte som var sammen om å ta etterutdanningen, fikk ett tettere faglig samarbeid og samhold.

Lederne vektlegger at praksis endres når faglig trygghet er til stede. En av lederne løfter særlig frem at forståelsen av begrepet palliasjon er endret, noe som påvirker måten de ansatte arbeider på.

En annen leder rapporterer om endret praksis rundt den døende pasient: «... Vi har nå siden kurset hatt flere bortganger og det er alltid knyttet til mye stress i teamet. Stresset var mye mindre denne gangen, og jeg tror det skyldes undervisningen».

Videreformidling av kunnskap

At deltakerne videreformidler kunnskap til øvrige ansatte beskriver lederne som sentralt. Likevel var

det variasjon i hvor stor grad dette ble gjennomført. Informantene forteller om uformell videreformidling av kunnskap fra etterutdanningene. En beskriver det slik: «Jeg hører at de uansett har snakket om [fag]stoffet i lunsj og sånn, [...] så det blir en sånn uformell videreformidling, men det er jo klart at det er bedre å få det i system».

Diskusjon

Denne studien gir innsikt i ulike perspektiv, erfaringer, samt fordeler og ulemper knyttet til digital kompetanseheving innen palliasjon i eldreomsorgen. Selv om den digitale læringsformen er uvant for mange så ser en flere positive muligheter. Dette kunne for eksempel være å arbeide i eget tempo, ha mulighet til å repetere og å fordype seg i ekstra fagressurser. Tilsvarende funn finnes i andre stu-



dier hvor det pekes på at studentene opplever større grad av autonomi (4, 21).

Imidlertid beskriver flere av våre deltakere ambivalens, noen opplever det som positivt, og andre som anstrengende og tidkrevende.

Både ledere og deltakere trekker frem det å slippe å reise som en fordel ved digital undervisning, noe også annen litteratur beskriver (21, 22). For lederne er denne fordelene utvilsomt kostnadsbesparende og kan bidra til at flere ansatte kan få tilbud om etterutdanning. Å redusere reisevirksomhet er også i tråd med klimapolitikken (8). Også Solberg og kolleger (14) vektlegger i sin rapport at reiser knyttet til utdanning i fremtiden vil bli vurdert opp mot miljøhensyn.

På tross av mange positive aspekter ved den digitale undervisningsformen pekte deltakerne på det faktum at det opplevdes som slitsomt å sitte foran skjerm, noe som også påvirket evnen til å konsentrere seg. Andre studier fant også at den digitale plattformen kan oppleves utfordrerne (4, 23). Særlig gjelder dette faktorer som isolasjon, manglende motivasjon og mangel på basiskunnskaper om nødvendige tekniske ferdigheter, som sammen med manglende selvdisiplin kan være særlig utfordrende. Dette medfører større ansvar for å få økt læring hos deltakerne selv.

Den digitale undervisningen pålegger muligens deltakeren et større ansvar for egen læring og kan trolig være noe av grunnen til at noen fagbegrep ble misforstått eller ikke fullt ut forstått. Dette er komplekst og kan også forklares med den enkelte deltakers opplevelse av utrygghet og vegring for å ta ordet i zoom. Eller at underviser har begrenset mulighet til å oppfatte tilhørernes forståelse sammenliknet med fysisk undervisning. Dette er viktige oppdagelser som kan påvirke læringsutbyttet. Bern og kolleger (13) knytter derimot mangelen på samhandling i digital undervisning til en strammere og mer tidseffektiv struktur. Deltakerne kan få en følelse av å forstyrre dersom de stiller spørsmål. I den sammenheng er det interessant hvordan deltakerne i vår studie erfarte foreleserens rolle. Hvor trygg underviser var med den digitale formen og om det ble oppfordret til interaksjon påvirket aktiviteten til deltakerne. At underviser søker å skape trygghet for et godt læringsmiljø vektlegges også av andre (17, 22, 23). Den nye arenaen kunne oppleves utrygg for dem som ikke tidligere hadde erfaring, eller kompe-

tanse fra digital undervisning (14). Også deltakerne erfarte usikkerhet, men dette bedret seg i takt med mer erfaring, noe som også fremkommer i annen litteratur (14, 17). Selv om vi i vår studie finner at deltakerne opplever noe usikkerhet i det digitale klasserommet, er det interessant at majoriteten

«Selv om kostnader knyttet til kompetansehevede tiltak er av stor betydning for ledere, så understrekes det både fra dem og deltakerne at å delta sammen på etterutdanning med kollega er en fordel»

rapporterte om stort utbytte av gruppearbeid, en arena hvor det ble oppfordret til aktiv deltagelse. Dette kan tyde på at det opplevdes annerledes når det er en klar forventning om engasjement. Dette samsvarer med funn i tidligere forskning (17, 24).

Selv om kostnader knyttet til kompetansehevede tiltak er av stor betydning for ledere, så understrekes det både fra dem og deltakerne at å delta sammen på etterutdanning med kollega er en fordel. Dette skaper samhold, felles forståelse for begrep, økt faglig trygghet og ikke minst kan det bidra til spredning av kompetanse internt. Sistnevnte løftes frem av lederne som en utfordring å få til systematisk. Utfordringer knyttet til kompetanseheving er også vektlagt før pandemien (25) og understøttes av kunnskapsoppsummeringen til Gransjøen (26). Behovet ble særlig aktualisert etter innføringen av samhandlingsreformen i 2012, hvor ivaretagelse av rett kompetanse ble en ekstra utfordring for ledere i tillegg til andre viktige oppgaver (10).

Deltakerne trekker frem muligheten til interne diskusjoner med kolleger ved felles deltagelse. Imidlertid savnet noen av deltakerne muligheten til erfaringsutveksling med helsepersonell fra andre arbeidsplasser. Lederne på sin side trekker frem tap av uformell erfaringsutveksling som ofte skjer når



man er fysisk sammen, og som igjen kan føre til viktig nettverksbygging. Dette kan typisk være en samtale i lunsjen eller over en kopp kaffe i pausene. Dette samsvarer med funnene til Bern og kolleger (2021) som viser at kunnskapen en tilegner seg i det fysiske klasserommet blir mer mangfoldig da en får flere perspektiver (13). Videre er et viktig anliggende læringsutbytte ved digital versus fysisk undervisning. Solberg og kolleger beskriver at det er antatt høyere læringsutbytte ved fysisk tilstedeværelse (14). Det er i den sammenheng interessant at vi i vår studie erfarte at majoriteten av deltakerne

at de lederne vi intervjuet var relativt samstemte i sine opplevelser.

Forskerne har selv vært deltakende i undervisningsopplegget. Derfor har vi vært særlig bevisst egen forforståelse og betydningen av stringens i analysearbeidet.

Konklusjon

Ved å digitalisere etterutdanningen palliativ eldreomsorg var målet å kunne opprettholde kompetanseheving av helsepersonell i hele Norge på tross av en pågående pandemi. Det er behov for å styrke kompetansen i kommunehelsetjenesten, samtidig er det stramme økonomiske budsjetter lederne må forholde seg til. Digital kompetanseheving ser ut til å fungere, imidlertid finner vi at både deltakere og ledere i helsetjenesten anser en kombinasjon av fysisk og digitalt undervisningstilbud som mest optimalt. Kombinasjonen kan medvirke til at viktig lærdom som oppstår i møter mellom mennesker ikke går tapt. Samtidig er et viktig funn at et heldigitalt tilbud erfares som nyttig og for noen vil dette være eneste muligheten for å kunne delta på en utdanning.

Denne studien tilfører viktig innsikt, og en lærdom som er av betydning også fremover. En ting er sikkert; pandemien satte virkelig fart på den digitale utviklingen i undervisning og det pedagogiske tilbudet vil trolig være endret for alltid.

Takk til deltakere og ledere som har satset på digital kompetanseheving under covid-19 pandemien. Deres perspektiver er av stor betydning både med tanke på styrking av kompetanse og spredning av kunnskap i praksis. Takk også til Lise Toft Henriksen for deltagelse i analysearbeidet. ■

Referanser

1. Naustvik S ST, Folkenborg K., Rekdal K, Haugen B.K., Bengtsson H.M., Smith-Meyer I, Stangeland R, Bjergene J.O. Forberedt eller omstillingsdyktig? Rapport fra Unios koronautvalg for beredskap og krisehåndtering; August 2021. Rapport. 2021
2. Chasset F, Barral M, Steichen O, Legrand A. Immediate consequences and solutions used to maintain medical education during the COVID-19 pandemic for residents and medical students: a restricted review. *Postgraduate medical journal*. 2022;98(1159):380-8. DOI: 10.1136/postgradmedj-2021-139755
3. Dedeilla A, Sotiropoulos MG, Hanrahan JG, Janga D, Dedellias P, Sideris M. Medical and surgical education challenges and innovations in the COVID-19 era: a systematic review. *In vivo*. 2020;34(3 suppl):1603-11. DOI: 10.21873/invivo.11950
4. Deepika V, Soundariya K, Karthikeyan K, Katalselvan G. 'Learning from home': role of e-learning methodologies and tools during novel coronavirus

«Denne studien tilfører viktig innsikt, og en lærdom som er av betydning også fremover»

(85%) opplevde økt kompetanse etter endt digital utdanning (se figur 2). Både leder- og deltakerperspektiv fremhever et ønske om fysiske møter i tillegg til den digitale undervisningen. På tross av ulike erfaringer knyttet til digitalisering av kompetansehevende tiltak blir en kombinasjon av digital og fysisk undervisning vektlagt som relevant for fremtiden (14, 23).

Styrker og svakheter ved studien

Relevansen av denne studien er noe som angår hele helsetjenesten, særlig i kommunene og deres økende behov for tilgjengelig kompetansehevende tiltak.

En av studiens største styrker er analysearbeidets stringens og kvalitet. Tre forskere analyserte materialet uavhengig av hverandre før diskusjon rundt kodene og enighet rundt temaene. Dette gir stor grad av troverdighet til resultatene.

En av studiens svakheter er organisering og justering av evalueringsskjema underveis. Dette betyr at ulike kull kan ha fått noe ulike spørsmålsformuleringer. Endringene ble gjort for å optimalisere utdanningen etter de fortløpende tilbakemeldingene. Totalt sett er svarprosenten høy, noe som er en styrke for studien. Det er mulig at lederperspektivet hadde blitt annerledes dersom vi hadde inkludert flere ledere. Samtidig erfarte vi

- pandemic outbreak. *Postgraduate medical journal*. 2021;97(1151):590-7. DOI: 10.1136/postgradmedj-2020-137989
5. Hays R, Jennings B, Gibbs T, Hunt J, McKay K. Impact of the COVID-19 pandemic: the perceptions of health professions educators. *MedEdPublish*. 2020;9(142):142. DOI: 10.15694/mep.2020.00142.2
6. Seifman MA, Fuzzard SK, To H, Nestel D. COVID-19 impact on junior doctor education and training: a scoping review. *Postgraduate medical journal*. 2022;98(1160):466-76. DOI: 10.1136/postgradmedj-2020-139575
7. Dawidziuk A, Kawka M, Szyszka B, Wadunde I, Ghimire A. Global access to technology-enhanced medical education during the COVID-19 pandemic: the role of students in narrowing the gap. *Global Health: Science and Practice*. 2021;9(1):10-4. DOI: 10.9745/GHSP-D-20-00455
8. Meld.St.5 (2022-2023). Langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2023-2032. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2022.
9. Bruvik F, Drageset J, Abrahamson JF. From hospitals to nursing homes—the consequences of the Care Coordination Reform. *Sykepleien*. 2017; 60:613
10. Tingvoll W-A, Sæterstrand T, McClusky LM. The challenges of primary health care nurse leaders in the wake of New Health Care Reform in Norway. *BMC nursing*. 2016;15(1):1-8.
11. Helsedirektoratet. Nasjonal Handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019–2023. Oslo: Helsedirektoratet; 2019; hentet 22.02.2024. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/pasientsikkerhet-og-kvalitetsforbedring>
12. Helse- og omsorgsdepartementet. Kompetanseløft 2025. Regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsestjenesten for perioden 2021–2025. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2021. [Oppdatert: 04.10.22; hentet 02.05.2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/kompetanseloft-2025/id2830273/>
13. Bern LT, Özkal Lorentzen N, Nordanger M. Fortellinger om tid og synlighet: en studie av studenters deltakelse i digital undervisning under covid-19-pandemien. *Uniped*. 2021;44(4):248-61. DOI: 10.18261/issn.1893-8981-2021-04-04
14. Solberg E, Hovdhaugen E, Gulbrandsen M, Scordato L, Svartefoss SM, Eide T. Et akademisk annerledesår: Konsekvenser og håndtering av koronapandemien ved norske universiteter og høyskoler. Oslo: Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU); 2021. NIFU-rapport; 2021:9. Tilgjengelig fra: <https://nifu.brage.unit.no/nifu-xmlui/bitstream/handle/11250/2737339/NIFUrapport2021-9.pdf?sequence=7>
15. Hao X, Peng X, Ding X, Qin Y, Lv M, Li J, et al. Application of digital education in undergraduate nursing and medical interns during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Nurse education today*. 2022;108:105183.
16. Bjørge H, Gunnheim N, Bachke A, Anker-Rasch C, Oleslami RS, Finstad A-K, et al. The solitary and uncertain learning process: A qualitative study of nursing students' experiences in the initial phase of the COVID-19 pandemic. *Teaching and Learning in Nursing*. 2023;18(4):e161-e6.
17. Andersen MH, Gerwien RG, Kammer A. Sammen, hver for sig: universitetsstuderendes læringsstrategier under COVID19-nedlukningen. *Læring og Medier*. 2020(23). DOI: 10.7146/lom.v13i23.122032
18. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §7, 2016 (FOR-2020-02-04-119). [Hentet 22.02.2024]. Lovdata. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>
19. Verdighetsenteret. Palliativ eldreomsorg (curriculum) 07.03.2022 [oppdatert 11.05.2023.] Tilgjengelig fra: <https://www.verdighetsenteret.no/aktiviteter/fagplan-palliativ-eldreomsorg>
20. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*. 2006;3(2):77-101. DOI: 10.1191/1478088706qp0630a
21. Salyers V, Carter L, Cairns S, Durrer L. The use of scaffolding and interactive learning strategies in online courses for working nurses: Implications for adult and online education. *Canadian Journal of University Continuing Education*. 2014;40(1).
22. Sandnes L, Solbakken R. Digital undervisning gir nye etiske utfordringer. *Sykepleien*. 2022;110(88191):88191. DOI: 10.4220/Sykepleiens.2022.88191
23. Langegård U, Kiani K, Nielsen SJ, Svensson P-A. Nursing students' experiences of a pedagogical transition from campus learning to distance learning using digital tools. *BMC nursing*. 2021;20(1):1-10. DOI: 10.1186/s12912-021-00542-1
24. Frigstad T. Digital undervisning i høyere utdanning Psykologi i kommunen. *Tidsskriftet: Psykologi i kommunen* nr. 2 2022.
25. Kyrkjebø D, Søvde BE, Råholm M-B. Sjukepleiarkompetanse i kommune-helsetenesta: Er det rom for fagleg oppdatering? *Sykepleien forskning [elektronisk ressurs]*. 2017;12-. DOI: 10.4220/Sykepleienf.2017.64027
26. Gransjøen AM. Hvordan kan retningslinjer og veiledere implementeres i den kommunale helse- og omsorgstjenesten? I: Fredwall TE, red. *Omsorgsbiblioteket: Omsorgsbiblioteket*; 2022.

E-læringsprogram for å øke kompetansen om fallforebyggende trening

Helsedirektoratet har i samarbeid med NTNU, som er faglig samarbeidspartner, utarbeidet e-kurset BASIS. Kurset er et nasjonalt kompetanseløft på fallforebyggende trening for personer som jobber med eldre. I følge forskning kan spesifikk trening av styrke og balanse bidra til at antall fall reduseres i blant eldre over 65 år.

Fall er den vanligste årsaken til at eldre skader seg i og utenfor helseinstitusjoner. Fall kan ha mange negative konsekvenser for eldre mennesker. Mellom 10 og 20 prosent av fallene i sykehjem gir alvorlig skade. Det finnes ulike tiltak som kan forebygge fall. Et tiltak er økt fokus og kompetanse på dette området.

For å følge opp de nasjonale rådene om fallforebyggende har Helsedirektoratet utarbeidet BASIS som er et gratis kompetansehevende tiltak med e-kurs, øvelsesbank og tilleggsmateriell. Siden lanseringen i november 2019 er til sammen 5900 kurs gjennomført og over 2700 personer har gjennomført kurset som rettet seg mot ansatte på institusjoner for eldre. Gjennom kurset BASIS er hensikten å bygge opp kompetanse i fallforebyggende trening for eldre til helsepersonell og instruktører på institusjoner for eldre, aktivitets-senter og treningssenter.

Helsepersonell bør gi råd om og oppfordre til å trene styrke og balanse når de møter pasienter og brukere på relevante og eksisterende arenaer.

Ifølge Helsedirektoratet vil Meld. St 24 (2022-2023) Felleskap og meistring - Bu trygt heime være viktig argument for å kurse ansatte som jobber i hjemmetjenesten. En forutsetning for at eldre kan bo hjemme lengst mulig, slik intensjonen i reformen er, må helsepersonell som jobber i pasientens hjem legge til rett for det. Helsepersonell må tilegne seg kompetanse på hvordan bidra til at eldre kan opprettholde fysisk funksjon og være selvhjulpen i hverdagen og forebygge inaktivitet.

I reformen er et av de overordne mål å skape trygghet, bedre planlegging, styrking av forebygging og mer målrettet tjenester slik at eldre kan bo trygt hjemme.

Helsepersonell som jobber med eldre som bor i eget hjem må gjøres kjent med føringene i reformen, og bli mere bevisst hvordan forbygge fall blant hjemmeboende eldre gjennom hverdagstrening, da dette har vist seg å være mest effektivt. Som en del av den ukentlige fysiske aktivitet, bør personer over 65 år gjennomføre balanse- og styrketrening minst 2-3 ganger pr uke for å opprettholde fysisk funksjon og forbygge fall.

Det ble på møtet presentert nye nasjonale faglige råd om fallforbygging for eldre (Helsedirektoratet 2024) og det ble fremhevet at spesielt **lederne har et ansvar** for å følge opp rutiner for fallforebyggende, og at ansatte har nødvendig kompetanse. I januar 2024 ble det lansert 12 nye råd, her er noen av dem:

- Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten, bør sørge for rutiner for fallforebygging.
- Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten, skal sørge for at helsepersonell som har ansvar og oppgaver innenfor fallforebygging har nødvendig kompetanse.
- Basert på en individuell vurdering, kan helsepersonell spørre personer over 65 år om fall minst en gang i året.
- For personer over 65 år som bekrefter fall eller som er i kontakt med helse- og omsorgstjenesten på grunn av fall, bør det gjennomføres en vurdering av risiko for fremtidige fall.

Dette er fire av de tolv faglige nasjonale råd som er sentrale i det videre fallforebyggende arbeidet slik at den enkelte kan bo i eget hjem. BASIS vil kunne være verktøy for å styrke kompetanse om fallforebyggende trening og aktivitet.

Personer som er vurdert til å ha lav og middels risiko for fremtidige fall, bør trene balanse og styrke på egenhånd, delta i organisert gruppetrening eller trene både alene og i gruppe, med eller uten veiledning. Personer som er vurdert til å ha høy risiko for fremtidige fall, bør få tilbud om tilpassede og forebyggende tiltak.

Det ble påpekt av leder av geriatri og demens at fallrelaterte skader er svært kostbare å behandle, spesielt hvis de krever sykehusinnleggelse, rehabilitering og langvarig omsorg. Hvis vi får helsepersonell til å ta e-læringsprogrammet BASIS, vil de kunne gi de eldre en strukturert trening, slik at de eldre skal kunne opprettholde sin fysiske funksjon. Ved å forebygge fall kan vi både redusere helsekostnadene og bedre livskvaliteten til de eldre. Dette er en lavhengende frukt som vi absolutt bør benytte oss av. ■

- Konkrete nasjonale råd om styrke- og balansetrening for å forebygge fall
 - [Voksne og eldre – generelle råd - Helsedirektoratet](#) (se tekstboksen innledningsvis)
- De nye overordnende rådene om fallforebygging fra 16. januar 2024
 - [Fallforebygging hos eldre - Helsedirektoratet](#)

Wivi-Ann Tingvoll, redaktør i geriatrisk sykepleie, på møte i Helsedirektoratet med seniorrådgiver Olov Belander (til høyre) og avdelingsdirektør Erlend Bø (til venstre).



Leder av geriatri og demens Tor Engevik (i midten), Olov Belander (til høyre) og avdelingsdirektør Erlend Bø (til venstre).



Sunn aldring og sosioøkonomiske helseforskjeller

Publisert på forebygging.no

FAKTA

Anne Svelstad Evju,
Førstelektor i sykepleie,
Bachelor i sykepleie UIT,
Narvik



Sammenheng

Dårlig økonomi og begrenset helsekompetanse utgjør ofte barrierer for eldre mennesker i å opprettholde en livsstil som fremmer sunn aldring. Sunn aldring er ikke bare viktig for enkeltpersoners trivsel og livskvalitet, men det er også etterspurt av samfunnet på grunn av de kommende demografiske endringene. Forventningen er at eldre skal kunne bo hjemme lengst mulig, og dermed utsette behovet for omfattende helse- og omsorgstjenester. Artikkelen setter søkelys på hvordan sosioøkonomiske faktorer påvirker muligheten til sunn aldring. Flere politiske reformer har identifisert de sosioøkonomiske helseforskjellene som en viktig prioritering. Kommunene spiller en nøkkelrolle i å følge opp de politiske føringene. Artikkelen fremhever konkrete tiltak for å redusere sosioøkonomiske helseforskjeller hos eldre på individ- og befolkningsnivå. Samtidig reises det kritiske spørsmål om økt grad av brukermedvirkning kan forsterke sosioøkonomiske helseforskjeller hos eldre.

Innledning

FN har erklært perioden fra 2021 til 2030 som tiåret for sunn aldring (WHO, 2021). Sunn aldring er definert som «prosessen med å utvikle og opprettholde funksjonsevne som muliggjør trivsel i eldre alder» (WHO, 2021), også kjent som vellykket aldring (McLaughlin, 2017; Meld. St. 15 (2017–2018)). Sunn aldring inkluderer aktiv deltakelse i samfunnet og helsefremmende atferdsmønstre (McLaughlin et al., 2012), slik som høy kognitiv aktivitet, høy fysisk aktivitet, et aktivt sosialt liv og et godt kosthold (Strand et al., 2023).

Det er vanlig å referere til yngre-eldre (65–79 år) og eldre-eldre (80+) (Daatland & Solem, 2011). Det er naturlig nok blant de eldste at helseproblemer og funksjonstap blir mer fremtredende og behovet for helse- og omsorgstjenester øker betydelig. Det er imidlertid store forskjeller i funksjonsnivå hos de

eldre, uavhengig av biologisk alder. De fleste helseutfordringene knyttet til aldring, er sterkt påvirket av en persons økonomiske situasjon (Crimmins et al., 2009; Lyu & Burr, 2016; McMaughan et al., 2020; Pickett & Wilkinson, 2015; Schiller et al., 2012). Personer med høyere utdanning, bedre jobber eller høyere inntekt har ofte bedre fysisk og mental helse sammenlignet med de som har dårlig økonomi (MacGuire, 2020). De som lever under dårlige økonomiske kår, har større risiko for å utvikle sykdom eller dø tidligere enn de som har bedre økonomi. Samtidig som dårlig økonomi kan være en barriere for eldre i å opprettholde en sunn livsstil (McMaughan et al., 2020), kreves det også helsekompetanse for å ta valg som påvirker helsetilstanden positivt.

Årsaker til sosioøkonomiske helseforskjeller hos de eldre

Sosioøkonomiske helseforskjeller vedvarer gjennom alderdommen, og det blir tydeligere hvordan helse og sosioøkonomisk status er sammenkoblet når folk eldes (McMaughan et al., 2020). I Norge er det betydelige forskjeller i både livskvalitet og levealder blant yngre eldre og eldre eldre (Støren & Rønning, 2021). Årsakene til de sosioøkonomiske helseforskjellene er mangefasettete, men generelt kan man si at de oppstår på grunn av en strukturell ubalanse i fordelingen av økonomiske og sosiale ressurser, utdanningsnivå og yrkesstatus i befolkningen (Syse et al., 2022). Sammenhengen mellom utdanningsnivå og helse anses å være sterkere enn sammenhengen mellom inntekt og helse (Rogne & Syse, 2017). Det forklares delvis ved at høyere utdanning ofte medfører en tilegnelse av kunnskap, normer og felles verdier som fremmer sunnere livsstiler, inkludert fysisk aktivitet, et sunt kosthold og røykeslutt (Pampel et al., 2010). Personer med lav sosioøkonomisk status opplever ofte høyere nivåer av stress og bekymringer knyttet til helse. De kan



også oppleve flere bivirkninger av medisiner og har begrenset tilgang til passende helsetjenester (Kondo et al., 2015; Perissinotto et al., 2012), noe som ofte fører til høyere sykdomsbyrde.

Det er også slik at personer med lavere utdanningsnivå, lav sosial status og økonomiske vanskeligheter, generelt sett har svakere helsekompetanse (Sørensen et al., 2015). Helsekompetanse omfatter individets evne til å tilegne seg, forstå, evaluere og anvende helseinformasjon for å ta velinformerte beslutninger om egen helse i dagliglivet (Le et al., 2021). Det norske helsevesenet har de siste årene vektlagt økt valgfrihet og større grad av brukermedvirkning. Dette kan være positive prinsipper for å gi individer mer kontroll over sin egen helse, men det kan også føre til at enkeltpersoner blir tvunget til å ta på seg et større ansvar for å navigere i komplekse helsetjenestesystemer. Dette kan være spesielt utfordrende for personer med lav utdanning eller inntekt, som kanskje ikke har de samme ressursene eller kunnskapen til å ta informerte beslutninger om sin egen helse. Kravet om høy helsekompetanse for å navigere i helsetjenestetilbudet, kan skape en høyere terskel for personer med lav sosioøkonomisk status i å ta kontakt med helsetjenestene (Lunde & Ramm, 2021). Økt grad av brukermedvirkning i helsevesenet kan potensielt

føre til at eldre personer får et negativt utfall hvis de ikke har tilstrekkelige ressurser, kommunikasjonsferdigheter eller tilgang til informasjon som trengs for å delta aktivt i beslutningsprosesser om sin egen helse. Slik kan helsevesenet bidra til å øke de sosioøkonomiske helseforskjellene hos eldre.

Politiske føringer

For å minske helseforskjellene blant eldre, må politiske føringer og intervensjoner omfatte de sosioøkonomiske faktorene som påvirker helsen både tidlig i livet, men også gjennom hele livsløpet (MacGuire, 2020). I tråd med Hurdalsplattformen har regjeringen pekt på utjevning av sosioøkonomiske helseforskjeller som en viktig prioritering, blant annet i Folkehelsemeldinga (Meld. St.15 (2022-2023)) og Bu trygt heime-reformen (Meld. St. 24 (2022-2023)). Reformene beskriver at kommunene må vektlegge målet om sunn aldring og utjevning av sosioøkonomiske helseforskjeller (Meld.St.15 (2022-2023)); Meld. St. 24 (2022-2023)).

I en oversiktsartikkel blir retningslinjene og målene som er fastsatt av Verdens helseorganisasjon (WHO) gjennom Tiåret for sunn aldring utforsket (Rudnicka et al., 2020). Studien understreker betydningen av å tilrettelegge for et mer aldersvennlig samfunn, tilpasse helsesystemene





etter behov, utvikle bærekraftige[1] helsetjenester for langtidsomsorg og ikke minst må kommunene ha en god oversikt over helsetilstanden til de eldre (Rudnicka et al., 2020). Leve hele livet-reformen (Meld. St. 15 (2017–2018)) beskriver tiltak for at kommunene skal innfri flere av disse forventningene, blant annet et behov for mer forebyggende og helsefremmende innsats for å sikre en verdig alderdom. Dette inkluderer tiltak for å fremme sosial inkludering, deltakelse i samfunnet og å styrke eldre menneskers rettigheter og muligheter til å leve et godt liv (Meld. St. 15 (2017–2018)). Reformen

«Personer med lavere sosioøkonomisk status har ofte mer begrensede muligheter for å få tilgang til nødvendige helsetjenester sammenlignet med de med høyere sosioøkonomisk status»

beskriver klare forventninger om at de eldre utnytter sine ressurser og lever selvstendige og aktive liv. Når ikke alle har samme utgangspunkt til å engasjere seg i planlegging av egen alderdom og utforming av sine omgivelser, kan slike forventninger bidra til å opprettholde de sosioøkonomiske helseforskjellene. Regjeringen har lansert Bu trygt heime-reformen (Meld. St. 24 (2022–2023)). Reformens overordnede mål er at eldre skal bo trygt hjemme, ved blant annet å styrke forebyggende tjenester og iverksette mer målrettede tiltak, med håp om å utsette behovet for helse- og omsorgstjenester. Dette bidrar ikke bare til enkeltindividets livskvalitet, men er også et svar på de demografiske utfordringene som Norge står overfor.

Ved å tilrettelegge for et mer aldersvennlig samfunn, må samfunnet bidra til å støtte personlig utvikling og samfunnsengasjement for eldre mennesker, men også bidra til å eliminere barrierer for god helse (Rudnicka et al., 2020). Reduksjon av individuell atferdsrisiko fremmer sunn aldring, men det mangler kunnskap om hva som skal til for

å redusere slike risikofaktorer hos eldre (MacGuire, 2020). For eksempel kan vi gjerne råde kommunene til å bygge flere gang- og sykkelveier, men vi har for lite kunnskap om barrierene for å ta dem i bruk (MacGuire, 2020).

Gode helsetjenester uavhengig av sosial status

Overordnet kan god velferdspolitikken moderere forholdet mellom sosioøkonomisk status og helse. For eksempel har man sett at helseulikheter i aldersgruppen 65–80 år har blitt redusert i land hvor man har økt minstepensjonen og økt tilgang til helsetjenester for eldre (Högberg et al., 2018). Et stort antall internasjonale studier dokumenterer forholdet mellom tilgang til gode helse- og omsorgstjenester og sunn aldring. Personer med lavere sosioøkonomisk status har ofte mer begrensede muligheter for å få tilgang til nødvendige helsetjenester sammenlignet med de med høyere sosioøkonomisk status (Pickett & Wilkinson, 2015; Schiller et al., 2012). Disse barrierene kan inkludere økonomiske utfordringer, geografiske begrensninger, manglende forsikringsdekning eller andre faktorer som gjør det vanskeligere for personer med lavere sosioøkonomisk status å motta adekvate helsetjenester (Hu et al., 2007; Luo et al., 2009; Menec et al., 2010; Shea et al., 2016; Stringhini et al., 2018; Sun et al., 2014; Wee et al., 2012) For eksempel er det slik at grupper med høyere sosioøkonomisk status benytter seg mer av privatpraktiserende spesialister, tannleger og offentlige spesialistpoliklinikker (Lunde et al., 2017).

Det er kritisk for tidlig diagnose og bedre prognose å få raskt hjelp av helsetjenestene når den eldre blir syk. Selv om tilgang til helsetjenester er sterkt påvirket av faktorer som tilgjengelighet og kostnader, er det like viktig å erkjenne at atferd spiller en avgjørende rolle. Den eldre befolknings evne til å søke helsehjelp og deres kommunikasjonsevner når det gjelder å formidle symptomer og behov, kan påvirke utfallet av deres helsetilstand. Selv med et offentlig finansiert helsevesen som i Norge, hvor brukergebyrene er forholdsvis lave, har forskning vist at behandlingstilbudet har vært ulikt for pasienter med ulik sosioøkonomisk status. For eksempel en norsk studie av kreftpasienter, som viste at selv når medisinske behov er like for døende pasienter, har den døende pasienten med høy utdanning en tendens til å motta flere medisinske tjenester ved norske somatiske sykehus, enn pasi-

enter med lav utdanning (Elstad, 2018). En annen norsk studie av pasienter med akutt hjerteinfarkt, avdekket at de med høyere utdanning hadde større sannsynlighet for å gjennomgå koronar angiografi og påfølgende myokardial revaskularisering (prosedyre for å gjenopprette blodtilførselen til hjertemuskelen) sammenlignet med de med lavere utdanningsnivå (Sulo et al., 2016). Det kan være ulike årsaker til det, men en forklaring kan være at pasienter med høy utdanning eller høy inntekt er bedre informert om behandlingsmulighetene sine, og kan være mer aktive i beslutningsprosessen rundt egen helse (Nilssen et al., 2016).

Disse funnene peker på eksisterende forskjeller i tilgang til og bruk av ulike typer helsetjenester, noe som kan ha betydelig innvirkning på helseutfall. Implementeringen av likeverdige helsetjenester, skreddersydd etter behovene til ulike sosioøkonomiske grupper, kan spille en rolle i reduksjonen av sosioøkonomiske helseforskjeller. Likeverdige og like må ikke forveksles. Alle må behandles forskjellig ut fra den enkeltes behov. Et offentlig finansiert helsevesen er en sentral komponent for å sikre likeverdighet. Alle, uavhengig av økonomisk

bakgrunn, har rett til de samme grunnleggende helsetjenestene. I tillegg kan det være behov for flere støtteordninger som gjør det mulig for den eldre med lavinntekt å få tilgang til nødvendige helsetjenester uten å pådra seg økonomisk byrde. Dette kan inkludere støtte til medisiner, behandlinger og nødvendige medisinske prosedyrer. Kommunene bør se på mulighet for å tilby støtteordninger for å dekke legebehandlinger, medisiner og behandlinger, i tillegg til egenandelsordningen vi har i Norge. I land der velferdsordningene ikke er like gode som i Norge, har man observert at fjerning av økonomiske hindringer for tilgang til helsetjenester kan føre til forbedringer i helsen til eldre (Sommers et al., 2012). For eksempel i land hvor vaksiner er gratis for de eldre, er vaksinasjonsstatus hos eldre høyere enn hos voksne (McMaughan et al., 2020). I Norge er det opp til hver enkelt kommune å sette en pris på vaksinen. Gratis vaksiner for pensjonister med lavinntekt kan følgelig være et konkret tiltak.

SSBs rapporter fra 2017 og 2021 (Lunde et al., 2017; Lunde & Ramm, 2021) indikerer betydelige forskjeller i bruk av tjenester med høy egen-



betaling. Det kan være aktuelt å etablere lavterskel helsetilbud, som er enklere å nå og rimelige for eldre med lavinntekt. Ambulante fysio- og ergoterapitjenester, er gode løsninger som kommunene benytter seg av. Mange kommuner har også positive erfaringer med helsefremmende- og forebyggende hjemmebesøk til eldre. Internasjonal forskning viser varierende effekter av slike tiltak. Mens enkeltstudier indikerer bedre helse, funksjon og redusert helsetjenesteforbruk, er de systematiske oversiktsartiklene mer usikre på den generelle effekten av helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk (Førland & Skumsnes, 2017). Ifølge Helsedirektoratet (2017) er det ønskelig at flere kommuner gjennomfører forebyggende hjemmebesøk for eldre, for å kartlegge nåværende eller fremtidige behov for helsehjelp. Hjemmebesøkene skal ha et helsefremmende fokus, der den eldre får spørsmål om hva som er «viktig for deg» (Helsedirektoratet, 2017). Kommunene bør også vurdere hvilke screeningverktøy som er aktuelle å innføre i slike hjemmebesøk. Her finnes mange ulike verktøy som kan bidra til å oppdage risikofaktorer og sykdommer på et tidlig stadium, når

intervensjoner er mest effektive. For eksempel har forskning vist at redusert grepsstyrke hos eldre er assosiert med økt risiko for funksjonshemming, nedsatt mobilitet og tap av uavhengighet (Strand et al., 2016). Ved å inkludere en slik screening i hjemmebesøk kan helseproblemer avdekkes og tiltak iverksettes på et tidlig stadium, eventuelt ved å tilpasse omsorgstjenestene for at den eldre kan bo trygt hjemme.

Ulik grad av helsekompetanse

Intervensjoner som retter seg mot betingelsene for atferd, såkalt befolkningsrettede tiltak, har større potensiale til å utjevne sosiale helseforskjeller enn tiltak basert på frivillig atferdsendring (Dahl et al., 2014). Forskningen viser til at tiltak som baserer seg på frivillig atferdsendring tvert imot innebærer en risiko for sosioøkonomiske helseforskjeller, da de som allerede har høyere utdanning og bedre ressurser, har et bedre utgangspunkt for å dra nytte av budskapet (Dahl et al., 2014). Gjerne også fordi de har nettverk som bidrar positivt til gode valg. Samtidig vet vi at for å ta informerte beslutninger rundt egen helse, er høy helsekompetanse viktig.



Grupper med kortere utdanning har generelt lavere helsekompetanse enn resten av befolkningen (Le et al., 2021), mens mennesker som har høyere utdanning, er bedre til å skaffe seg og til å bruke helseinformasjon hensiktsmessig for å fremme egen helse (Ek & Heinström, 2011). Dette ser man ved at personer med høyere utdanning i større grad benytter internett for helseformål, og de gjør det på en mer effektiv måte (Wangberg et al., 2015).

De individrettede tiltakene må ha som mål at den eldre kan ta gunstige livsstilsvalg og bedre kunne navigere i helse- og omsorgstjenesten, samt å følge opp avtaler og behandlingsplaner på en adekvat måte. Pedagogiske tiltak, som for eksempel helseopplysningstiltak, har tradisjonelt hatt en tendens til å gagne de med lengre utdanning og høyere inntekt og kan ha betydning for hvem som deltar i de ulike aktivitetene som tilbys i kommunene. Dette skaper en skjevhet hvor de som trenger mest veiledning og informasjon for å opprettholde god helse, ofte blir marginalisert. For eksempel vet vi at eldre er mindre på sosiale medier og har generelt en lavere digital kompetanse enn yngre (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2021). Resultatene fra en studie utført av Bjonnes og kolleger (2021) viser at alder, utdanningsnivå, bosted og inntekt er de viktigste faktorene som forklarer variasjonen i digitale ferdigheter blant eldre. Studien avdekket at eldre generelt sett har lavere digital bruk og svakere digitale ferdigheter sammenlignet med resten av befolkningen og indikerer at det er en høy terskel for mange eldre når det gjelder å ta i bruk digitale tjenester. (Bjonness et al., 2021). På den ene siden er det et argument å sikre universell tilgang til og forståelse av elektroniske verktøy, inkludert evnen til å søke, tolke og anvende helseinformasjon fra digitale kilder, samt å følge opp egen helse og sykdomsstatus ved hjelp av digitale verktøy (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2021). Mange kommuner har god oppslutning på datakurs for eldre. Opplæringen kan være gjennom frivillige organisasjoner, biblioteker og voksenopplæringen (Bjonness et al., 2021).

På den andre siden må vi være forsiktige med å pålegge enkeltpersoner for mye ansvar, da dette kan bidra til økt digitalt utenforskap blant eldre med lavere sosioøkonomisk status. De som allerede har kunnskap og ferdigheter vil dra størst nytte av slik opplæring. For eksempel kan appen, HelseNorge, være nyttig for de som behersker digitale verktøy,

men alle har ikke den kompetansen. Derfor er det like viktig at kommunene utformer organisatoriske strukturer som gjør det enkelt for pasienter og brukere å finne frem til tjenestene. Dette kan inkludere tydelig kommunikasjon om tilgjengelige

«For eksempel baserer mange legekontorer seg på internett for bestilling av legetimer, noe som kan være vanskelig for de med begrenset digital kompetanse»

tilbud og enkel avtalebooking og informasjon om hvordan man kan få hjelp. For eksempel baserer mange legekontorer seg på internett for bestilling av legetimer, noe som kan være vanskelig for de med begrenset digital kompetanse. De eldre må delta i utformingen av tiltakene og også systematisk teste ut ulike metoder. Hvis IT-avdelingen i kommunen legger premisser for tjenestene, uten å ta hensyn til brukernes behov, vil det kunne marginalisere flere brukergrupper. KS foreslår at kommunene tilrettelegger for brukerpanel og tester ut språk som anvendes i kommunale brev og informasjonsskriv (KS, 2020). Et slikt brukerpanel må være representativt for hele kommunens innbyggere. Helgelandssykehuset har undersøkt hvordan skriftlig og muntlig informasjon til pasientene fremstår. Sykehuset fant betydelige forbedringspunkter som har resultert i et prosjekt med formål å bedre skriftlig informasjon blant annet i innkallingsbrev, ved muntlig informasjon og gjennom informasjon på sykehusets nettside (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Dette er noe kommunene også kan lære av, ved å systematisk gjennomgå sine verktøy for å finne forbedringspunkter i kommunikasjon med eldre innbyggere.

Boligtilpasninger og bomiljø

Flere aspekter ved bomiljøet kan ha innvirkning på helsen. Tilgangen til bolig, tilstanden på boligen og dens plassering, vil spille en rolle for enkeltpersoners helse. Dårlig inneklimate, trangboddedhet og ytre forurensninger, er eksempler på faktorer



som befinner seg både inne i og rundt boligen og som potensielt kan føre til helseproblemer. Disse faktorene kan også påvirke hvor attraktiv boligen oppfattes å være, og dermed hvilke personer som velger å bo der. Slike forhold kan bidra til å forsterke sosiale forskjeller i helse, ettersom tilgangen til og kvaliteten på boligen ofte er knyttet til individets økonomiske og sosiale status (Grønningsæter & Nielsen, 2011).

De yngre eldre oppfordres til å planlegge alderdommen med tanke på hensiktsmessige boforhold. Reformen Bu trygt heime (Meld. St. 24 (2022–2023)), har som målsetning at de eldre skal ha tilgang til god informasjon om hvordan man kan tilrettelegge sin egen bolig for aldersvennlighet og hvordan helse- og velferdsteknologi kan bidra til å legge til rette for at de kan bo hjemme lengre. I mange kommuner arrangeres det lokale informasjonsmøter hvor temaet er planlegging av alderdommen. Informasjonsbrev i posten, til aldersbestemte grupper, kan også være aktuelt for å sikre at man når alle, også de som ikke er på sosiale medier.

Kommunene må erkjenne at ikke alle er i en økonomisk situasjon der planlegging av alderdom er like enkelt. Lave pensjoner og høye boligpriser gjør at mange eldre ikke har mulighet til å komme inn i boligmarkedet når de blir eldre og har behov for tilpassede boliger. I en undersøkelse der folk ble bedt om å vurdere den boligen de bor i nå med tanke på om den er tilpasset personer med bevegelsesvansker, svarte over halvparten i alderen 50–71 år at den er dårlig eller svært dårlig. Undersøkelsen viste også at folks vilje til å gjøre noe med situasjonen er begrenset (Sørvoll et al., 2016). Mange eldre vil ha behov for utbedring av eksisterende bolig og hjelpemidler, men i mange kommuner vil det være behov for å bygge nye boliger. At kommunene etablerer rimelige utleieleiligheter som er i gangavstand til viktig infrastruktur som butikk og sosiale møteplasser, vil være sentralt i årene framover. Nettsiden Planleggelitt.no kan være et godt informasjonstiltak. Her finnes blant annet nyttig informasjon om hva som skal til for å bo hjemme lengst mulig og hvordan man kan gjøre aktuelle tilpasninger. Å planlegge bosted for alderdommen langt frem i tid, kan by på utfordringer fordi man planlegger ut fra de forutsetningene man kjenner til i dag. For eksempel kan et godt kollektivtilbud være viktig i planlegging av

bosted for alderdommen, men hvis tilbudet legges ned vil en viktig forutsetning for å kunne bo der være borte. Langsiktig planlegging av alderdom er derfor ikke bare et individuelt ansvar, men også et samfunnsansvar.

Tilgangen på transportmuligheter er en hindring for mange. Kommunene må kartlegge om det er nok tilrettelagte busstilbud der det er stor andel eldre bosetning. Flere kommuner i Norge med svakt trafikkgrunnlag, har god erfaring med å ha en fleksibel kollektivtransport med mindre kjøretøy som fungerer som en bestillingstransport, kontra ordinære bussruter. Da vil man også kunne tilrettelegge for betalingsordninger som ikke krever digital kompetanse. Rimelig bestillingstransport er et viktig og nødvendig supplement til buss.

Mange eldre erfarer også at hjelp til handling av mat og klær, snømåking, søppelhåndtering og praktiske gjøremål i huset, kan være en hindring for å bo hjemme. Slike tjenester ligger i randsonen av helselovgivningen. Det er ikke helsetjenester, men det kan være en forutsetning for å mestre å bo hjemme. Hvis slike oppgaver skal løses gjennom betalingstjenester, risikerer vi at eldre med lav inntekt i mindre grad vil klare å finansiere dette. Riktignok er det i enkelte kommuner frivillige organisasjoner og veldedige institusjoner som tilbyr tjenester og støtte til eldre, men om kommunene mener at eldre skal få hjelp til å mestre hverdagsutfordringer i eget hjem, så må disse tjenestene også være en del av det offentlige velferdssystemet. Da må de eldre kanskje få vedtak fra kommunen på hjelp til praktiske gjøremål.

Aldersvennlig samfunn og inkludering av de eldre

Kommunen har ansvaret for å drive lokalsamfunnsutvikling, blant annet gjennom kommunale planprosesser, og har derfor betydelig innflytelse på å legge til rette for lokalmiljøer som fremmer økt aktivitet, uavhengig av hvor man bor og sosioøkonomisk status. Kommuneplanens samfunns- og arealdel er et viktig overordnet virkemiddel sammen med område- og detaljregulering. Kommunen må involvere de lovpålagte rådene for eldre og personer med funksjonsnedsettelse i denne prosessen. Denne helhetlige tilnærmingen vil bidra til å skape et miljø der innbyggernes behov, uavhengig av alder, blir ivaretatt og samtidig sikre en bærekraftig utvikling for fremtidige generasjoner (KS, 2020).



I utviklingen av et aldersvennlig lokalsamfunn er kommunikasjon og medvirkning grunnleggende premisser (KS, 2020). Aldersvennlige samfunn skal tilrettelegge for fysiske og sosiale aktiviteter som fremmer helse og trivsel blant eldre, men da må de eldre selv beskrive sine ønsker og behov. Kanskje er det nødvendig med en bredere involvering enn kun de lovpålagte rådene som finnes i kommunene i dag. Innholdet i et aldersvennlig samfunn kan inkludere tilgang til grøntområder, treningsfasiliteter, sosiale arrangementer og andre aktiviteter som fremmer en sunn alderdom. For at de eldre skal kunne være i fysisk aktivitet, er de avhengig av at gangfeltene er brøytet og strødd i vinterhalvåret og at de har tilgang på tilrettelagte turstier med god belysning, godt oppmerkede fotgjengerovergang, samt benker og gelender man kan hvile seg på. Mange kommuner har en stor jobb å gjøre for at det skal bli enklere for de eldre å være i fysisk aktivitet. Eldre fra ulike sosioøkonomiske grupper må inkluderes i beslutningsprosesser som angår aldersvennlige samfunnsinitiativer. Dette sikrer at ulike perspektiver tas med, og at tiltakene er relevante og effektive for alle.

Opprettelse av ulike lavterskeltilbud i kommunene er et viktig virkemiddel for å utjevne sosi-

økonomiske helseforskjeller. Det er tilbud som er enkelt tilgjengelig for alle, uavhengig av bakgrunn eller situasjon. Disse tilbudene bør være rimelige eller gratis, og tilrettelagt for å være så inkluderende som mulig. Vestvågøy kommune har for eksempel startet prosjektet Lavterskeltilbud i distriktet, der hovedmålet er å skape aktivitet, deltakelse, møteplasser og sosialt fellesskap blant seniorer og eldre. Lavterskeltilbudet har vist seg viktig for å rekruttere eldre som ikke har tilgang til aktiviteter (Meld. St. 15 (2017–2018)). Narvik kommune har som en forlengelse av Frisklivssentralen opprettet prosjektet Frisklivsvenn, der frivillige får opplæring av fysioterapeuter til å lage treningsopplegg og arrangere «lavterskelturer». Dette har vært et populært tiltak for mange eldre.

Mange kommuner har jobbet godt med inkludering av eldre. Seniortråkk er en medvirkningsmodell for planlegging av aldersvennlige lokalsamfunn. Hensikten er å få fram seniorstemmene i by- og stedsutvikling (Vestby et al., 2020). Det er avgjørende at eldre innbyggere ikke bare forstår informasjonen de mottar, men også føler seg hørt og forstått når de samhandler med kommunen. Det handler om å skape en dialog hvor begge parter er like aktive og respektert, slik at



eldre innbyggere kan delta fullt ut i beslutningsprosesser (KS, 2020).

Oppsummering

Den sosioøkonomiske gradienten spiller en betydelig rolle i å påvirke sunn aldring, hvor tilgang til ressurser som utdanning og inntekt ofte korrelerer med bedre helseutfall blant eldre. Samtidig må det nevnes at ikke alle har samme forutsetninger for sunn aldring, da det eksisterer andre faktorer enn sosioøkonomiske forhold. Faktorer som genetikk og sykdomsrisiko spiller også en betydelig rolle, og disse kan variere fra person til person. De sosioøkonomiske sammenhengene som vi derimot kan påvirke, bør få et større fokus i folkehelsearbeidet og i organiseringen av helsetjenestene i kommunene. Det kan innebære tiltak som fremmer lik tilgang til helsetjenester, uavhengig av sosioøkonomisk status, slik som subsidiering av vaksiner og tilbud om lavterskel

helsetjenester. Det kan være å tilrettelegge for å øke helsekompetanse i grupper der den er lav, men kanskje enda viktigere å organisere helsetjenestene ut ifra et hensyn til ulik grad av helsekompetanse blant de eldre. Boligitilpasninger, utforming av aldersvennlig samfunn og hjelp til planlegging av alderdommen, er viktige områder som kommunene må arbeide målrettet med. Det krevder tverretattlig samarbeid og det krevder inkludering av de eldre. I tiåret for sunn aldring, må eldre få en større plass i folkehelsearbeidet, som en målgruppe i tiltakene, men også som en aktør. De eldre vet selv best «hvor skoen trykker». ■

[1] Bærekraft kan forstås som å oppfylle dagens behov (for helse- og omsorgstjenester) uten å kompromittere evnen til fremtidige generasjoner til å møte sine egne behov. Dette krevder en helhetlig tilnærming som tar hensyn til økonomiske, miljømessige og sosiale faktorer (FN, 2015).

Referanser

- Bjønness, A. M., Midtbø, T., Størset, H. & Ulven, C. H. (2021). Befolkningens digitale kompetanse og deltakelse. Med et ekstra blikk på seniorer og ikke-sysselsatte. D. f. h. u. o. kompetanse. <https://hkdir.no/rapporter-undersokelser-og-statistikk/befolkningens-digitale-kompetanse-og-deltakelse-2021>
- Crimmins, E. M., Kim, J. K. & Seeman, T. E. (2009). Poverty and Biological Risk: The Earlier "Aging" of the Poor. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 64A(2), 286-292. <https://doi.org/10.1093/gerona/gln010>
- Dahl, E., Bergsli, H. & van der Wel, K. (2014). Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnsapsoversikt.
- Daatland, S. O. & Solem, P. E. (2011). Aldring og samfunn: innføring i sosialgerontologi (2. utg. utg.). Fagbokforlaget.
- Ek, S. & Heinström, J. (2011). Monitoring or avoiding health information – the relation to inner inclination and health status. *Health Info Libr J*, 28(3), 200-209. <https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2011.00947.x>
- Elstad, J. I. (2018). Educational inequalities in hospital care for mortally ill patients in Norway. *Scand J Public Health*, 46(1), 74-82. <https://doi.org/10.1177/1403494817705998>
- (2015) FNs Bærekraftsmål for bærekraftig utvikling. <https://gibarnaahaap.no/fns-baerekraftsmaal/>
- Førland, O. & Skumnsnes, R. (2017). Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre - En oppsummering av kunnskap. Senter for omsorgsforskning.
- Grønningseter, A. B. & Nielsen, R. A. (2011). Bolig, helse og sosial ulikhet. Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019-2023. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/strategi-for-a-oke-helsekompetansen-i-befolkningen-2019-2023/id2644707/>
- Helsedirektoratet. (2017). Helsedirektoratets retningslinjer for etablering og gjennomføring av forebyggende hjemmebesøk. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/sykehjem-og-hjemmetjenester/forebyggende-hjemmebesok-i-kommunen>
- Hu, P., Wagle, N., Goldman, N., Weinstein, M. & Seeman, T. E. (2007). The associations between socioeconomic status, allostatic load and measures of health in older taiwanese persons: Taiwan social environment and biomarkers of aging study. *J. Biosoc. Sci*, 39(4), 545-556. <https://doi.org/10.1017/S0021932006001556>
- Högberg, B., Strandh, M., Baranowska-Rataj, A. & Sevå, I. J. (2018). Ageing, health inequalities and the welfare state: A multilevel analysis. *Journal of European social policy*, 28(4), 311-325. <https://doi.org/10.1177/0958928717739234>
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2021). Digital hele livet. Nasjonal strategi for økt digital deltakelse og kompetanse i befolkningne. <https://www.regjeringen.no/contentassets/8f8751780e9749bfa8946526b51f10f4/digital-hele-livet.pdf>
- Kondo, N., Saito, M., Hikichi, H., Aida, J., Ojima, T., Kondo, K. & Kawachi, I. (2015). Relative deprivation in income and mortality by leading causes among older Japanese men and women: AGES cohort study. *J Epidemiol Community Health*, 69(7), 680-685.
- (2020, 20.02.24). Aldersvennlige lokalsamfunn. <https://www.ks.no/fag-omrader/velferd/aldersvennlige-lokalsamfunn/>
- Le, C., Finbråten, H. S., Pettersen, K. S., Joranger, P. & Gutterrud, Ø. (2021). Befolkningens helsekompetanse, del I. The International Health Literacy Population Survey 2019–2021 (HLS19) – et samarbeidsprosjekt med nettverket M-POHL tilknyttet WHO-EHIL. Rapport IS-2959. Helsedirektoratet.
- Lunde, E. S., Otne, B. & Ramm, J. (2017). Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester. En kartlegging. Statistisk sentralbyrå.
- Lunde, E. S. & Ramm, J. (2021). Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester-2: udekket behov for helsetjenester og forebyggende helseatferd. I Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester-2: udekket behov for helsetjenester og forebyggende helseatferd. Statistisk sentralbyrå.
- Luo, J., Zhang, X., Jin, C. & Wang, D. (2009). Inequality of access to health care among the urban elderly in northwestern China. *Health Policy*, 93(2), 111-117. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2009.06.003>
- Lyu, J. & Burr, J. A. (2016). Socioeconomic Status Across the Life Course and Cognitive Function Among Older Adults: An Examination of the Latency, Pathways, and Accumulation Hypotheses. *J Aging Health*, 28(1), 40-67. <https://doi.org/10.1177/0898264315585504>

- MacGuire, F. A. S. (2020). Reducing Health Inequalities in Aging Through Policy Frameworks and Interventions. *Front Public Health*, 8, 315–315. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00315>
- McLaughlin, S. J. (2017). Healthy Aging in the Context of Educational Disadvantage: The Role of "Ordinary Magic". *Journal of Aging and Health*, 29(7), 1214–1234. <https://doi.org/10.1177/0898264316659994>
- McLaughlin, S. J., Jette, A. M. & Connell, C. M. (2012). An Examination of Healthy Aging Across a Conceptual Continuum: Prevalence Estimates, Demographic Patterns, and Validity. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 67(7), 783–789. <https://doi.org/10.1093/geron/glr234>
- McLaughan, D. J., Oloruntoba, O. & Smith, M. L. (2020). Socioeconomic Status and Access to Healthcare: Interrelated Drivers for Healthy Aging. *Front Public Health*, 8, 231. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00231>
- Meld. St. 15 (2017–2018). Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Meld. St. 24 (2022–2023). Fellesskap og meistring- Bu trygt heime. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20222023/id2984417/>
- Meld. St. 15 (2022–2023). Folkehelsemeldinga- Nasjonal strategi for utjæning av sosiale helseforskjeller. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20222023/id2969572/>
- Meneç, V. H., Shoostari, S., Nowicki, S. & Fournier, S. (2010). Does the Relationship Between Neighborhood Socioeconomic Status and Health Outcomes Persist Into Very Old Age? A Population-Based Study. *J Aging Health*, 22(1), 27–47. <https://doi.org/10.1177/0898264309349029>
- Nilssen, Y., Strand, T. E., Fjellbirkeland, L., Bartnes, K., Brustugun, O. T., O'Connell, D. L., Yu, X. Q. & Møller, B. (2016). Lung cancer treatment is influenced by income, education, age and place of residence in a country with universal health coverage. *Int J Cancer*, 138(6), 1350–1360. <https://doi.org/10.1002/ijc.29875>
- Pampel, F. C., Krueger, P. M. & Denney, J. T. (2010). Socioeconomic Disparities in Health Behaviors. *Annu Rev Sociol*, 36(1), 349–370. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.012809.102529>
- Perissinotto, C. M., Cenzer, I. S. & Covinsky, K. E. (2012). Loneliness in Older Persons: A Predictor of Functional Decline and Death.
- Pickett, K. E. & Wilkinson, R. G. (2015). Income inequality and health: A causal review. *Social science & medicine* (1982), 128, 316–326. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.031>
- Rudnicka, E., Napierata, P., Podfigurna, A., M czekalski, B., Smolarczyk, R. & Grymowicz, M. (2020). The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. *Maturitas*, 139, 6–11. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.05.018>
- Rogne, A. F. & Syse, A. (2017). Framtidens eldre i by og bygd. Befolkningsframskrivinger, sosiodemografiske mønstre og helse. Statistisk sentralbyrå.
- Schiller, J. S., Lucas, J. W. & Peregoy, J. A. (2012). Summary health statistics for u.s. Adults: national health interview survey, 2011. *Vital Health Stat* 10, (256), 1–218.
- Shea, S., Lima, J., Diez-Roux, A., Jorgensen, N. W. & McClelland, R. L. (2016). Socioeconomic Status and Poor Health Outcome at 10 Years of Follow-Up in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *PLoS One*, 11(11), e0165651–e0165651. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0165651>
- Sommers, B. D., Baicker, K. & Epstein, A. M. (2012). Mortality and Access to Care among Adults after State Medicaid Expansions. *The New England journal of medicine*, 367(11), 1025–1034. <https://doi.org/10.1056/NEJMsal202099>
- Strand, B. H., Berg, C. L., Syse, A., Nielsen, C. S., Skirbekk, V. F., Hansen, T., Vollrath, M. E. M. T., Blix, H. S., Husabø, K. J., Gjertsen, F., Meyer, H. E., Kvaavik, E., Nes, R. B., Reneflot, A., Ranhoff, A. H., Bye, E. K., Holvik, K., Hjellvik, V., Dalene, K. E., ... Håberg, A. K. (2023). Helse hos eldre i Norge. Nasjonalt folkehelseinstitutt. <https://www.fhi.no/fo/folkehelse/rapporten/grupper/eldre/?term=>
- Strand, B. H., Cooper, R., Bergland, A., Jørgensen, L., Schirmer, H., Skirbekk, V. & Emaus, N. (2016). The association of grip strength from midlife onwards with all-cause and cause-specific mortality over 17 years of follow-up in the Tromsø Study. *J Epidemiol Community Health*, 70(12), 1214–1221.
- Stringhini, S., Carmeli, C., Jokela, M., Avendaño, M., McCrory, C., d'Errico, A., Bochud, M., Barros, H., Costa, G., Chadeau-Hyam, M., Delpierre, C., Gandini, M., Fraga, S., Goldberg, M., Giles, G. G., Lassale, C., Kenny, R. A., Kelly-Irving, M., Paccaud, F., ... Kivimäki, M. (2018). Socioeconomic status, non-communicable disease risk factors, and walking speed in older adults: multi-cohort population based study. *BMJ*, 360, k1046. <https://doi.org/10.1136/bmj.k1046>
- Støren, K. S. & Rønning, E. (2021). Livskvalitet i Norge 2021. Statistisk sentralbyrå. Cohort population based study. *BMJ*, 360, k1046.
- Syse, A., Grøholt, E. K., Madsen, C., Aarø, L. E., Strand, B. H. & Næss, Ø. E. (2022). Sosiale helseforskjeller i Norge. Nasjonalt folkehelseinstitutt. <https://doi.org/10.1136/bmj.k1046>
- Sulo, E., Nygård, O., Vollset, S. E., Iglund, J., Sulo, G., Ebbing, M., Egeland, G. M., Hawkins, N. M. & Tell, G. S. (2016). Coronary angiography and myocardial revascularization following the first acute myocardial infarction in Norway during 2001–2009: Analyzing time trends and educational inequalities using data from the CVDNOR project. *Int J Cardiol*, 212, 122–128. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.03.050>
- Sun, J., Deng, S., Xiong, X. & Tang, S. (2014). Equity in access to healthcare among the urban elderly in China: does health insurance matter? *Int J Health Plann Mgmt*, 29(2), e127–e144. <https://doi.org/10.1002/hpm.2227>
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Roethlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Uiters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., van den Broecke, S. & Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*, 25(6), 1053–1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
- Sørvoll, J., Sandlie, H. C., Nordvik, V. & Gulbrandsen, L. P. (2016). Eldres boligsituasjon. Boligmarked og boligpolitikk i lys av samfunnets aldring. Oslo Metropolitan University - OsloMet: NOVA.
- Vestby, G. M., Norvoll, R., Brattbakk, I. & Breistrand, H. (2020). Seniortråkk og andre medvirkningsmetoder for aldersvennlige lokalsamfunn - Erfaringer, råd og anbefalinger. By- og regionforskningsinstituttet NIBR, OsloMet.
- Wangberg, S. C., Sørensen, T. & Andreassen, H. K. (2015). Using the Internet to Support Exercise and Diet: A Stratified Norwegian Survey. *Med* 20, 4(2), e3–e3. <https://doi.org/10.2196/med20.4116>
- Wee, L. E., Yeo, W. X., Yang, G. R., Hannan, N., Lim, K., Chua, C., Tan, M. Y., Fong, N., Yeap, A., Chen, L., Koh, G. C.-H. & Shen, H. M. (2015). Individual and Area Level Socioeconomic Status and Its Association with Cognitive Function and Cognitive Impairment (Low MMSE) among Community-Dwelling Elderly in Singapore. *Dement Geriatr Cogn Disord Extra*, 2(1), 529–542. <https://doi.org/10.1159/000345036>
- WHO. (2021). Decade of healthy ageing: baseline report (9240017909). World Health Organization.



Intervju med Isabelle Sandstedt Pedersen

fra juniorverdensmester i friidrett til et brennende engasjement for eldre

Isabelle tar en Bachelor i innovasjon og forretningsutvikling ved Kristiania Høyskole. Isabelles og hennes eksamensgruppe, Hird SB, er opptatt av at voksne mennesker skal ha et meningsfullt liv i alderdommen.

Gruppens ideer og tjenester ble skapt nettopp på det grunnlaget. Dette kan også med tiden være et bidrag til norsk helse- og omsorgstjeneste med deres kommende utfordringer innen eldreomsorgen. Hun er opptatt av at eldre er en ressurs, og hun oppfordrer til en bedre forståelse av eldres rolle i samfunnet. Økningen i forventet levealder gjør at flere vil leve lenge og gruppen eldre vil øke i størrelse, samtidig som flere vil leve med en eller flere kroniske sykdommer. I sin Bachelor ved Kristiania Høyskole er et av fagene «å starte ny virksomhet». Sitt engasjement, sammen med Hird SB, innen eldreomsorgen førte til at det «Naboplassen». I **Visjonen** til Naboplassen innebærer å skape et varmt og innbydende fellesskap der godt voksne kan trives og føle seg unge og engasjerte. Det skal være det møtestedet der folk kan komme

sammen over en god kopp kaffe, delta i hyggelige aktiviteter og lage nye vennskap. Hird SB består av 5 engasjerte studenter; Isabelle Pedersen, Hedda Austad Lindgren, Liv Kari Frøshaug, Marthine Gulliksen og Thanujan Sivanes med bakgrunn: 1 fysioterapeut, 1 9 års erfaren stylist, andre års student på teknologi og interaktiv design og 1 tidligere sykepleiestudent ansatt ved sykehjem.

Vi Hird SB ønsker å bidra til å berike hverdagen til godt voksne, samtidig som det fremmer både fysisk- og mental helse.

Naboplassen sin **forretningsidé** er å tilby en trygg og trivelig møteplass som fyller et gap i markedet for godt voksne som bor hjemme. Ved å tilrettelegge for et tilbud som kombinerer hyggelige omgivelser, gode samtaler og varierte aktiviteter, ønsker vi å skape et unikt tilbud som skiller seg fra



Isabelle erfødt 27. januar 1992 i Bergen. Her i intervjuet med Wivi-Ann Tingvoll og fotograf Tor Engevik.



Isabelle Sandstedt Pedersen er en tidligere norsk friidrettsutøver. Hun har blant annet norsk rekord på 100m hekk, to junior VM gull og et U23 EM gull.

både tradisjonelle kafeer og eldrecentre. Vi ønsker å bidra positivt til samfunnet for å oppfylle behovet for et sosialt fellesskap og meningsfulle aktiviteter blant godt voksne som bor hjemme.

Isabelle sier at gjennom Trening i grupper kan en forebygge isolasjon, ensomhet, sosial og emosjonelle behov til den enkelte som får en bedre alderdom.

Bakgrunnen for hennes interesse for eldre og trening er at hennes mormor hadde Parkinson. Jeg oppdaget og erfarte at livet til mormor drastisk endret seg da hun flyttet til omsorgsbolig. Den felles stuen der de samlet seg hver dag fra mandag til fredag fra 11-14 var en gave. Det å ha et sted å gå til, føle tilhørighet og bli emosjonelt, sosialt

og fysisk stimulert gjorde livet hennes betraktelig bedre. Vi, Hird SB, ønsker å skape noe liknende for friske, ikke pleietrengende, godt voksne. Hennes erfaring var at det var lite veiledning og oppfølging å få etter at mormoren fikk diagnosen Parkinson. Fastleger får ansvaret hvor mange av dem vet lite om diagnosen, og det må skrives nye henvisninger hver 3-6 måned før ny legetime kan bestilles. Det har vært Parkinsonforbundet som har formidlet viktig og nødvendig informasjon, og har vært en stor støtte. Hun har tatt kurset BASIS og har hatt godt utbytte av dette. Hun anbefaler at alle som jobber med eldre til å ta kurset, og hun fremhever at tidlig intervensjon er viktig. ■

Demensutredning

Demensutredning bør skje i kommunene hos fastlege i samarbeid med demensteam (hukommelsesteam\demenskoordinator).

Alt for mange pasienter blir henvist til spes. helse-tjenesten for utredning som kan gjennomføres i kommunene. Bare de under 65 år, eller med atypiske\sjeldne former for demens bør utredes hos spesialist.

Det medfører unødig bruk av resurser og fører til lengre ventetid for det som bør utredes hos spesialist (Jfr BEON-prinsippet). De som blir utredet hos spesialist kommer sjelden i kontakt med hukommelsesteamet før de er langt ut i sykdomsforløpet. Det finnes per i dag ingen pakkeforløp på nasjonalt nivå, selv om en del kommuner har eller har prøvd ut blant annet «tiltaksplan demens». Demensplan 2020 peker på at det er et stort udekket behov for informasjon og oppfølging av pasienter og pårørende. Det er derfor svært viktig at en får på plass nasjonale planer og retningslinjer som implementeres i alle kommuner.

Demens kan per i dag ikke kureres, men med riktig medisiner og gode tiltak kan pasient og pårørende styrkes og støttes til å håndtere sykdommen bedre. Demenssykdom er ofte en stor belastning for pårørende, og kan reduseres dersom det blir gitt gode tilbud til avlastning og hjelpemidler

som feks dagaktivitetstilbud og avlastningsopphold i institusjon.

I Ålesund kommune vil det i 2025 være 1441 personer med demens (demenskartet.no). Tallet er økende og i 2050 vil vi ha en dobling i antall personer med demens. Samtidig vil tallet på de eldste eldre også øke markant. Mange kommuner sliter allerede med å utføre nødvendige tjenester, og utfordringene vil ikke bli mindre hverken i kommunene, eller spesialisthelsetjenesten. For kommunene er det helt nødvendig å styrke demensteamene for å kunne opprette tidlig innsats og bremse behovet for ytterligere behov for helsehjelp så lenge som mulig.

Sykepleiere i kommunene har mye kompetanse, men det er fremdelse behov for å styrke denne. Tverrfaglig samarbeid med med blant annet fastleger, ergoterapeuter, hjemmetjenesten og annet relevant helsepersonell er nødvendig. Med større fokus på tverrfaglige team vil en øke kompetansen og sammen skape de gode løsningene for å ivareta alle eldre, men spesielt de med demens som er en av de mest sårbare gruppene i eldreomsorgen i dag. ■



Presentasjon av Aina Therese Meisal

- Medlem i NSF siden 2005, faggruppen i geriatri og demens siden 2014.
- Styremedlem siden 2019.
- Kontaktperson siden 2021 og vara faggrupperepresentant i NSF Møre og Romsdal fra 2023.

Styret ble lagt ned da styreleder valgte å trekke seg etter covid-pandemien, det har etter dette vært lite aktivitet i faggruppen. Det er behov for å styrke vår faggruppe, spesielt med tanke på de utfordringene vi står overfor med

et sterkt økende antall eldre. Å få til en levedyktig faggruppe i Møre og Romsdal gir oss mulighet til å synliggjøre et spennende fagfelt og styrke kompetansen både i kommunene og i helseforetakene. Forhåpentligvis vil en synliggjøring av faggruppen og faget også være positivt for rekruttering av sykepleiere til eldreomsorgen. Å være med i faggruppen gir meg en unik mulighet til å treffe andre enasjerte fagfolk og til å holde meg faglig oppdatert. ■

- Jobber som sykepleier i Ålesund Kommune. 60 % i dagtilbud for personerr med demens og 25 % som demenskoordinator.

- For tiden under videreutdanning ved NTNU i Trondheim i Aldring og Eldres helse.

- Nasjonalforeningen for folkehelsen Ørskog og omegn demensforening, og nylig innvalgt som demenskontakt i Fylkesstyret.



Gratis e-kurs om fallforebyggende trening - BASIS i ny form

Et godt funksjonsnivå blant kommunens innbyggere vil være en god investering for fremtidens helse- og omsorgstjenester og for kommuneøkonomien. Trenger din virksomhet mer kunnskap om hvordan jobbe effektivt med fallforebygging? Over 4700 personer fra hele landet har nå fullført HelseDirektoratets e-læringer om fallforebyggende trening. E-læringen BASIS er nå oppdatert og har en ny form. Vurder om de ulike kursene kan være nyttige i din virksomhet, kommune eller region.

www.basis-fallforebygging.no



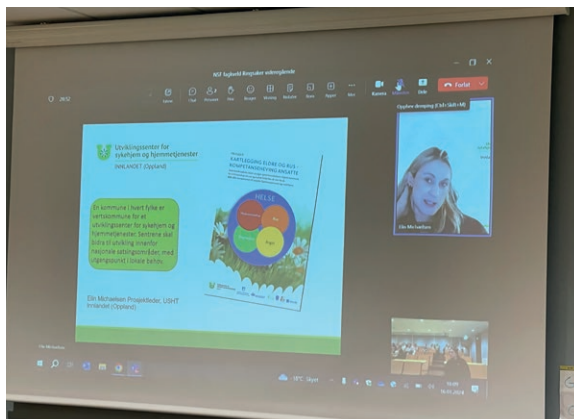
Fagseminar i Innlandet 16. januar 2023

Av Tor Engevik

Den 16. januar arrangerte vår lokalgruppeleder Gunn Gihle Riisehagen og fylkesleder Ida Høyby i Innlandet et flott fagseminar i Brumunddal. Seminaret startet ved at Ida ønsker alle velkommen. Så fikk vi et interessant foredrag på storskjerm om «eldre, alkohol og legemidler» av spesialsykepleier Elin Michaelsen ved Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Innlandet. Deretter holdt spesialsykepleier og PhD stipendiat Anette Væringstad et spennende foredrag om «forebygging og håndtering av kriser hos hjemmeboende eldre».

Leder i NSF's faggruppe i geriatri og demens Tor Engevik avsluttet fagseminaret med å fortelle om viktigheten av å skape gode nettverk og fagutvikling i fagområdet geriatri og demens, og oppfordret deltagerne om å melde seg inn i faggruppen ved å sende en sms med ordet **geriatri** til **02409**.

Gunn Gihle Riisehagen hadde laget kaffe/te og deilig hjemmelaget kringle til de fremmøtte, som fylkeskontoret betalte. Så de 20 fornøyde sykepleierne som hadde valgt å møtes denne tirsdags ettermiddagen fikk både ernæringsmessig og sykepleiefaglig påfyll i regi av faggruppe for geriatri og demens og NSF Innlandet. ■



Foredrag på storskjerm om eldre alkohol og legemidler ved spesialsykepleier Elin Michaelsen ved Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Innlandet. Foto: Tor Engevik



Fokuserte deltagere på fagseminar i Innlandet. Foto: Tor Engevik



Fra venstre: fylkesleder Ida Høyby, lokalgruppeleder Gunn Gihle Riisehagen, leder i NSF's faggruppe for geriatri og demens Tor Engevik og spesialsykepleier og PhD stipendiat Anette Væringstad.



Innholdsrikt fagseminar på NTNU i Ålesund

Av Tor Engevik og Wivi-Ann Tingvoll

Den 7. mai 2024 avholdt lokalgruppen i Møre og Romsdal et innholdsrikt fagseminar på NTNU i Ålesund. Kontaktperson i faggruppen i Møre og Romsdal, Aina Therese Meisal, ønsket de fremmøtte velkommen til seminar. Leder i NSF's faggruppe for geriatri og demens, Tor Engevik, informerte så om faggruppens arbeid for å skape gode møteplasser og spre god fagkunnskap blant alle oss som har interesse for fagfeltet geriatri og demens. Deretter holdt Tor det interessante foredraget «aktive eldre - en levende alderdom med styrketrening og fysisk aktivitet som medisin», sammen med Unni Olsen på 78 år som er norgesmester i styrkeløft. Unni fortalte engasjerende om hvorfor hun begynte å trene som 62 åring etter at hun fikk påvist beinskjørhet. Og hun fortalte om hvordan hun som en bieffekt av treningen har fått en sterkere beinstruktur og har satt en rekke norgesrekorder i benkpress og styrkeløft.

Aina Therese i lokalgruppen holdt deretter et tankevekkende foredrag om hvor viktig det er å ivareta pårørende til mennesker med demens diagnose. Uten de pårørende stopper Helse-Norge og vi sykepleiere må ta ansvar for å vite hvordan vi best mulig kan ivareta de pårørende som likeverdige parter til pasientenes beste. Oppsummert mener



Aina at: «det finnes ikke mange pårørende som er vanskelig, men det finnes mange pårørende som har det vanskelig».

Wivi-Ann Tingvoll oppsummerer foredragene på fagseminaret og forteller om viktigheten av å jobbe kunnskapsbasert. Wivi-Ann fikk også i gang en god debatt blant deltagerne om viktigheten av å bruke etablert vitenskap og kunnskap overfor politikerne for å få best mulig rammevilkår for sykepleierne. ■



God dialog mellom foredragsholder Wivi-Ann Tingvoll og engasjerte deltagere på fagseminaret på NTNU i Ålesund. Foto: Tor Engevik



Aina Therese Meisal forteller om viktigheten av at vi sykepleiere tar vare på de pårørende. Foto: Tor Engevik



Lokale gruppeledere



FOTO: Kristin Henriksen, NSF Rådgiverkommunikasjon

Trond Eirik Bergflødt

Stilling: Rådgiver demens.

Arbeidssted: Kompetansesenter – demens og psykisk helse i eldre år.

Hvor lenge har du vært lokal faggruppeleder? Jeg har vært leder for FGD Vestland og Hordaland siden 2017, og styremedlem fra 2012.

Eget styre: Vi er for tiden kun 4 styremedlemmer, og jobber med å bli flere. Vi trenger engasjerte sykepleiere inn i styret.

Fagkvelder: Det er et stort tilbud av konferanser og lignende i Bergen. Jeg tror det er i sterk konkurranse når vi arrangerer fagmøter i Bergen. Vi har vanligvis godt oppmøte på fagkvelder utenom Bergen som for eksempel på Os, i Knarvik og Kvam. **Samarbeid:** Vi har samarbeidet med Bergen demensforening og faggruppe for psykisk helse og rus om fagkvelder (SPoR). I tillegg har vi et godt samarbeid med Fylkeskontoret til NSF om f.eks. hjelp til markedsføring av fagkvelder og lokaler. Fylkeskontoret i Bergen sentrum jobber med mulighetene for å kunne

strømme fagkveldene som arrangeres derfra digitalt. Da vil fagkveldene bli tilgjengelig for dem som ikke kan delta fysisk. **Hvilke tanker/idéer har du fremover når det gjelder din rolle som lokal faggruppeleder?** Jeg brenner for faget geriatri og demens, og det er et bredt fagfelt. Det gjør det spennende å velge tema til fagkvelder, og enda mer relevant å samarbeide med andre faggrupper for å slå sammen ressurser og skape gode fagkvelder. Det å være i et lokallagsstyre er frivillig arbeid og tidsbruk må åpenbart doseres ut fra andre forpliktelser. Jeg tror jeg tør å si at den største barrieren for å få ting til å skje er de menneskelige ressursene som skal gjennomføre arrangementer som fagkveld, stand og gi innspill på høringer. Det synes jeg noen ganger kan komme i konflikt med naturlige forventninger medlemmer kan ha til hvor mye som bør skje i Vestland. Jeg har derfor en appell: Er du interessert å stille som kandidat til valg som styremedlem i NSF FGD Vestland kan du kontakte meg på tebego@hotmail.com. Styret i lokallaget vårt trenger flere styremedlemmer. ■

Linda Vinje

Har vært med i den lokale faggruppen siden den ble opprettet. Det var vel rundt 2013. Tok over som leder for ca 5-6 år siden. For tiden er det bare Kari Merethe og meg som er i styret/er kontaktpersoner. Det har vært lite aktivitet siste årene, men har et mål om å få til en samling på sikt. Kommer fra Trondheim og bor i Klæbu.

Ferdig utdannet fra sykepleien Levanger 2006. Videreutdanning i geriatri og demens på Hist, ferdig 2010. Jobbet som sykepleier på geriatrisk avdeling St. Olavs hospital, hjemmetjenesten Trondheim kommune og Klæbu helse- og velferdssenter. Jobber nå som avdelingsleder på Klæbu helse- og velferdssenter. Trives godt i yrket! Har alltid likt å jobbe med eldre. ■





Gunn Gihle Riisehagen

Stilling: Sykepleier med videreutdanning i demens, sår og palliasjon.

Arbeidssted: Ringsaker kommune, skjermet avdeling for personer med demens.

Fylke: Innlandet.

Hvor lenge har du vært faggruppelider? Jeg har fungert som kontaktperson i Innlandet de siste tre årene.

Eget styre: Det er pr.dato ikke en egen faggruppe i Innlandet, så hvis noen av dere som leser dette kunne tenke seg å bli med i et interimstyre så ta kontakt!!!

Fagdager/Fagforum: Vi har de to siste årene arrangert to fagkvelder i samarbeid med NSF's fylkeskontor på Hamar v/Ida Høiby og leder i FGD, Tor Engevik og håper å fortsette med det.

Samarbeid: Fylkeskontoret og FGD's leder er gull verdt når det ikke er et eget styre. Samlingene med andre lokalgruppelidere har også vært inspirerende.

Hvilke tanker/idéer har du som framover når det gjelder din rolle som faggruppelider? Kunnskap om geriatri og demens både for oss som fagpersoner, pårørende, politikere, egentlig hele Norges befolkning er høyaktuelt. En fungerende faggruppe vil være viktig for å styrke faget lokalt og gi informasjon og inspirasjon om demens og hvordan vi kan møte utfordringene vi vet ligger der. Vi har to høyskoler i Innlandet som det er naturlig å samarbeide med for å rekruttere både innen faget og som medlemmer, i tillegg til Fylkeskontoret, USHT og kommunene i Innlandet. Jeg sitter også i styret i Ringsaker demensforening og vi jobber aktivt inn mot kommunen, som vi har en samarbeidsavtale med, medlemmer og kommunens innbyggere generelt for å aktivisere og informere. Å samarbeide med aktører som naturlig har fokus på samme fagområder tror jeg blir viktig, vi trenger hverandre! ■

Oddveig Andersen

Jeg jobber som spesialsykepleier i Haugesund kommune.

Lokallaget i Rogaland har eksistert i mange år, men lå «brakk» en stund. Vi var noen engasjerte sjeler som ønsket å starte det opp igjen i 2020, og konstituerte styre bestående av medlemmer av faggruppen i april 2020. Der fikk jeg tilliten å lede styret. På grunn av pandemi fikk vi ikke gjennomført mye aktivitet det første året, men etter gjenåpning av samfunnet har vi skapt mange nyttige møter. Vi ønsker å engasjere fagkvelder to til tre ganger i året. Vi jobber for å skape variasjon i innholdet, så det omfatter både geriatriske og demensfaglige emner. Vi har åpnet fagkveldene for alle interesserte, så det møter et vidt spekter av helsepersonell. Vi ønsker å skape en arena for faglig oppdatering og nettverksbygging. Og som leder kan jeg si at jeg har hatt mange flotte møter som jeg ikke ville hatt om det ikke var for faggruppen. ■

Bildet er fra potetsetting på sykehjemmet jeg jobbet på før.





70 søkere til 30 plasser ved VID

Kjære deltaker i ressurs- og styringsgruppen i arbeidet med revidering av studieplan i videreutdanning til geriatrisk sykepleie ved VID. Vi ønsker å takke dere for alle gode innspill og deres engasjement i denne prosessen.

Revidert studieplan har nå blitt godkjent og ligger ut på våre [nettsider](#). Dere finner mer informasjon om utdanningen på websiden <https://www.vid.no/studier/videreutdanning-geriatrisk-sykepleie/>, og i vedlagt flyer.

Første studieopptak er satt til høsten 2024 med søknadsfrist 15. april.

Vi setter pris på om dere kan spre denne informasjon i deres nettverk og aktuelle personer som kunne ha interesse i å søke på denne videreutdanningen. Dere må gjerne henge opp vedlagt flyer på deres arbeidsteder og videresende denne.

Nok en gang tusen takk for deres gode samarbeid, det setter vi stor pris på. ■



VID
vitenskapelige
høgskole

Videreutdanning | Deltid | 2 år | Bergen

Geriatrisk sykepleie

En samlingsbasert videreutdanning for sykepleiere som ønsker sterkere geriatrisk vurderings- og prioriteringskompetanse, og som kan drive kvalitetsutvikling og fagutvikling for å imøtekomme fremtidens utfordringer.





Nathalie Puaschitz, Førsteamanuensis, sykepleier og human ernæringsfysiolog (PhD), Fakultet for helsefag, Institutt for sykepleie, VID vitenskapelige høyskole Bergen. Foto: Tor Engevik.

Behovet er stort

Befolkningsprognosene viser at gruppen over 80 år, de aller eldste, øker fordi vi lever lengre.

Geriatrisk sykepleie er et spesialisert område innen sykepleiefaget som skal bidra til å styrke helsetjenestene til eldre. Fagområdet omfatter identifisering, vurdering, omsorg og behandling, samt koordinering og oppfølging av helsehjelp til eldre pasienter.

Studiet består av seks ulike emner:

Geriatrisk sykepleie
Akuttgeriatrisk sykepleie
Kunnskapsbasert praksis
Geriatrisk sykepleie - fag og profesjon
Livssyn, verdier og relasjoner i profesjonell praksis
Kvalitetsutviklingsarbeid i praksis

Studiet er samlingsbasert med tre ukesamlinger per semester. Studiet tas på deltid over to år (fire semestre). I tillegg har studiet obligatoriske praksisuker, som gjennomføres utenom samlingsukene. Videreutdanningen kan inngå som første del av master i klinisk sykepleie.
Samlingsuker for høsten 2024: Uke 36, 43 og 48
Samlingsuker for våren 2025: Uke 6, 13 og 20

Studiet er basert på varierte arbeids- og undervisningsformer:

- Forelesninger med vekt på dialog og studentdeltakelse
- Gruppearbeid
- Seminarer/BIP/COIL
- Selvstudier
- Systematisk klinisk pasientundersøkelse og vurdering
- Ferdighetstrening og simulering på ferdighetscenter
- Faglige og pedagogiske digitale verktøy
- Praksisstudier med tilknyttede arbeidskrav
- Veiledning
- Ressursforelesninger

Studielengde: 2 år
Type studie: Deltid
Søknadsfrist: 15. april



Les mer her

Spørsmål om utdanningen:
Kristin Ferstad
kristin.ferstad@vid.no

Spørsmål om opptak?
Merete Gloppen
+47 55 69 92 52
opptak@vid.no

Gratis medlemskap



Her kommer en gledelig nyhet for alle sykepleierstudenter!

Styret i NSF FGD (faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens) har bestemt at bachelorstudenter får tilbud om gratis medlemskap under hele studiene og ut det året de er ferdige med studiet. Som eneste faggruppe har vi et tidsskrift som er vitenskapelig indeksert nivå 1 blad. Det er to utgivelser i året. Vi deler også ut utdanningsstipender og pris til årets sykepleier. Håper alle kan spre det glad budskap til studentmedlemmene!

Hvordan bli medlem? Send SMS med kodeord GERIATRI til 02409.

Med vennlig hilsen
Tor Engvik,
Medlemskontakt i NSF FGD



Foto: iStockphoto



Søk stipend

NSF FGD utlyser utdanningsstipend



Alle medlemmer i NSF FGD som er ajour med medlemskontingenten kan søke.

NSF FGD deler hvert år ut seks utdanningsstipend à kr 5000 til medlemmer som tar videre- eller etterutdanning.

Tre stipend deles ut på våren med søknadsfrist 1. april og tre på høsten med søknadsfrist 1. oktober.

Du er velkommen til å søke stipend ved å fylle ut søknadskjema tilgjengelig på nettsidene våre <https://www.nsf.no/fg/geriatri-og-demens/fag-utdanning-og-forskning-0> og sende dette til faggruppas leder på epost tor.engevik@hotmail.no som videre-formidler søknaden til stipend-utvalget.

Følgende kriterier ligger til grunn for tildeling av stipendet:

1. Utdanningens relevans i forhold til NSF FGD/NSFs satsningsområde.
2. Ansiennitet i faggruppen.
3. Søkere som har søkt tidligere, men ikke har fått tildelt stipend, blir prioritert dersom øvrige kriterier står likt.
4. Hvor langt søkeren er kommet i utdanningsløpet.
5. Søkere som har fått tildelt stipend tidligere vil ikke bli prioritert.

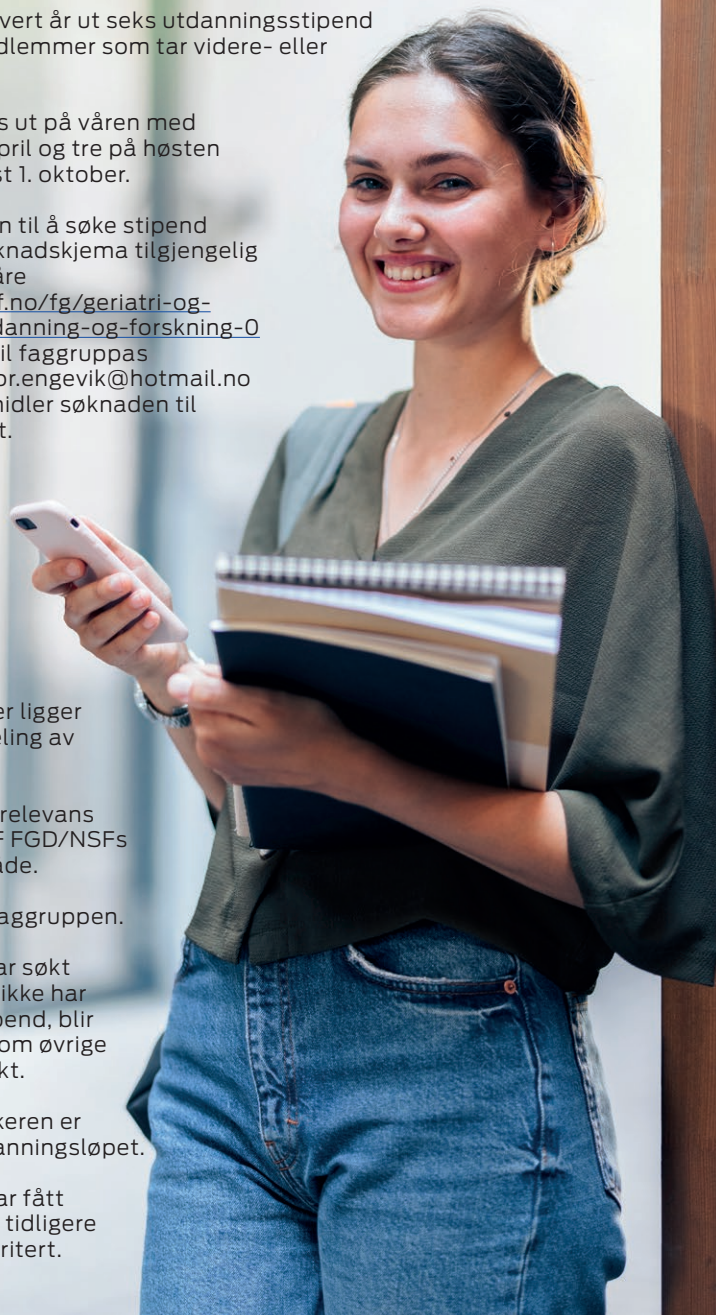


Foto: iStockphoto

Bli medlem

Meld deg inn i NSF's Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens, du også!

Vi er et slagkraftig fellesskap med mange medlemmer som brenner for fagområdet geriatri og demens.

Legg innmeldingsblanketten i en konvolutt og send den til:

- Tor Engevik, Storhammeren 5, 5145 Fyllingsdalen.
- Eller send en e-post med opplysningene til tor.engevik@hotmail.no
- Eller meld deg inn ved å sende ordet: GERIATRI til 02409

INNMELDINGSBLANKETT

Jeg ønsker å bli medlem av NSF FGD:



NSF's FAGGRUPPE FOR
SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

Navn:

Adresse:

Postnr./sted:

e-postadresse:

Arbeidssted:

Medlemsnr. i NSF:

Kontingent: kr 400,- for 2024

Pensjonister og medlemmer som ikke er i aktivt arbeid betaler 50 prosent av kontingent.

Sykepleierstudenter kan nå være gratis medlemmer ut det året de er ferdig med bachelorgraden sin.

De vil da få fagtidskriftet gratis i postkassen sin to ganger årlig i tillegg til en rekke andre medlemsfordeler.