

Leve hele livet - i et aldersvennlig Asker

Hensikten med kunnskapsgrunnlaget er å utrede og belyse temaer og problemstillinger som er aktuelle for temaplanen. Temaplanen skal ta for seg temaer knyttet til ambisjonen om at Asker skal være et aldersvennlig samfunn. Den skal også legge til rette for at Askers innbyggere får en trygg alderdom med gode og likeverdige tjenester, uansett hvor de bor i kommunen.



Foto forside: Elin Eike Worren

Temaplan Leve hele livet – i et aldersvennlig Asker

Kunnskapsgrunnlag

1. INNLEDNING	4
OM REFORMEN LEVE HELE LIVET	4
TEMAPLANENS INNSATSOMRÅDER	4
INNDELING AV TEMAENE I KUNNSKAPSGRUNNLAGET	5
2. BÆREKRAFTSMÅL – UTFORDRINGSBILDET	6
TRE BÆREKRAFTSDIMENSJONER	6
FN-UNDERSØKELSE 2020	7
3. DEMOGRAFIENDRINGER – UTFORDRINGSBILDET	7
ALDERSSAMMENSETNING OG ALDERSBÆREEVNEN	8
OMSORGS GIVERE I FAMILIENETTVERKET	8
ELDRES EGNE RESSURSER	9
ELDRE I ASKER – STATISTIKK	10
LOKALOMRÅDER I ASKER	12
4. BÆREKRAFTIGE TJENESTER – UTFORDRINGSBILDET	15
ORGANISERING AV VELFERDSTJENESTER I ASKER KOMMUNE	15
UTFORDRINGSBILDET	15
KOMPETANSE OG PERSONELLMESSIGE UTFORDRINGER	20
HELSE, REHABILITERING OG MESTRING	20
HJEMMETJENESTER	21
HELDØGNSOMSORG	22
SAMMENHENG, KVALITET OG KOMPETANSE I TJENESTENE	22
ARBEID MED DEMENS I ASKER	23
DEKNINGSGRAD FOR HELDØGNS OMSORG	24
BOLIGTRAPPEN – RAPPORT FRA AGENDA KAUPANG	26
5. FOLKEHELSE – UTFORDRINGSBILDET	30
FREMME, FOREBYGGE, BESKYTTE, UTJEVNE	30
FORVENTET LEVEALDER I ASKER	31
SOSIAL ULIKHET I HELSE	31
FYSISK AKTIVITET	39
DEMENS	39
6. ELDRERÅDETS SPØRREUNDERSØKELSE PÅ SENIORKONFERANSEN I ASKER 2019	41
7. ALDERSVENNLIGE LOKALSAMFUNN	41
HVA ER ET ALDERSVENNLIG LOKALSAMFUNN?	42
UNIVERSELL UTFORMING	43
STEDSUTVIKLING, GODE NÆRMILJØ OG INKLUDERENDE ARKITEKTUR	46
BOLIG OG BOMILJØ	47

TRANSPORT	53
8. ELDRE, KULTUR OG SAMFUNNDELTADELSE	55
DEN KULTURELLE SPASERSTOKKEN	55
HELSEFREMMEDE KULTURAKTIVITETER	56
ELDRE MED MINORITETSBAGGRUNN OG KULTUR	56
KULTUR I MILJØBEHANDLING	56
LEVE HELE LIVET PRISEN 2020	57
GENERASJONSMØTER	57
9. MAT OG MÅLTIDER	57
NASJONALE HOVEDUTFORDRINGER	57
FOR Å MØTE UTFORDRINGENE FORESLÅS FEM LØSNINGER	58
UNDERERNÆRING	59
PRAKSIS I ASKER KOMMUNE	59
10. PÅRØRENDE	61
PÅRØRENDEARBEID I ASKER KOMMUNE	61
11. FRIVILLIGHET	62
KARTLEGGING AV FRIVILLIG SEKTOR I ASKER	63
MEDBORGERSKAP OG FRIVILLIGHET I ASKER KOMMUNE	64
12. BRUKERMEDVIRKNING OG MESTRING	67
13. INNOVASJON, TEKNOLOGI OG DIGITALISERING	68
NASJONAL DIGITALISERINGSSTRATEGI	68
SATSNING I ASKER KOMMUNE PÅ INNOVASJON, DIGITALISERING OG SMART TEKNOLOGI	70
VELFERDSTEKNOLOGI	71
RESSURSSIDER	72
VEDLEGG	73
REFERANSER	73

1. Innledning

Dette dokumentet er et kunnskapsgrunnlag til temaplan Leve hele livet – eldre. Hensikten med kunnskapsgrunnlaget er å utrede og belyse aktuelle temaer og problemstillinger, for å legge til rette for en god politisk beslutningsprosess for temaplanen. Temaplanen skal ta for seg temaer knyttet til ambisjonen om at Asker skal være et aldersvennlig samfunn, og samtidig legge til rette for at Askers innbyggere får en trygg alderdom med gode og likeverdige tjenester, uansett hvor de bor i kommunen. Arbeidet med temaplanen henger sammen med regjeringens kvalitetsreform for eldre, Leve hele livet, Meld. St.15- (2017-2018). Deler av utfordringsbildet og kunnskapen i kunnskapsgrunnlaget er hentet fra denne stortingsmeldingen, som blir omtalt i mer detalj under.

Kunnskapsgrunnlaget er faktabasert og belyser temaer i henhold til utredningspunktene i mandatet. Innholdet er hentet fra både nasjonale-, regionale- og kommunale styringsdokumenter, samt forskning og offentlig tilgjengelig statistikk og analyser. Enkelte data kommer fra kommunens egne data- og fagsystemer.

Om reformen Leve hele livet

Leve hele livet, Meld. St. 15 (2017–2018), er en kvalitetsreform for eldre. Reformen skal bidra til at eldre kan mestre livet lenger, ha trygghet for at de får god hjelp når de har behov for det, at pårørende kan bidra uten at de blir utslitt og at ansatte kan bruke sin kompetanse i tjenestene. Meldingens hovedfokus er å skape et mer aldersvennlig Norge og finne nye og innovative løsninger på de kvalitative utfordringene knyttet til aktivitet og fellesskap, mat og måltider, helsehjelp, sammenheng og overganger i tjenestene. Den følger opp stortingsmeldingen Flere år flere muligheter (1).

Reformen bygger på innspill til løsninger og gode eksempler fra ansatte, eldre, pårørende, frivillige, forskere og ledere, blant annet gjennom dialogmøter ulike steder i landet.

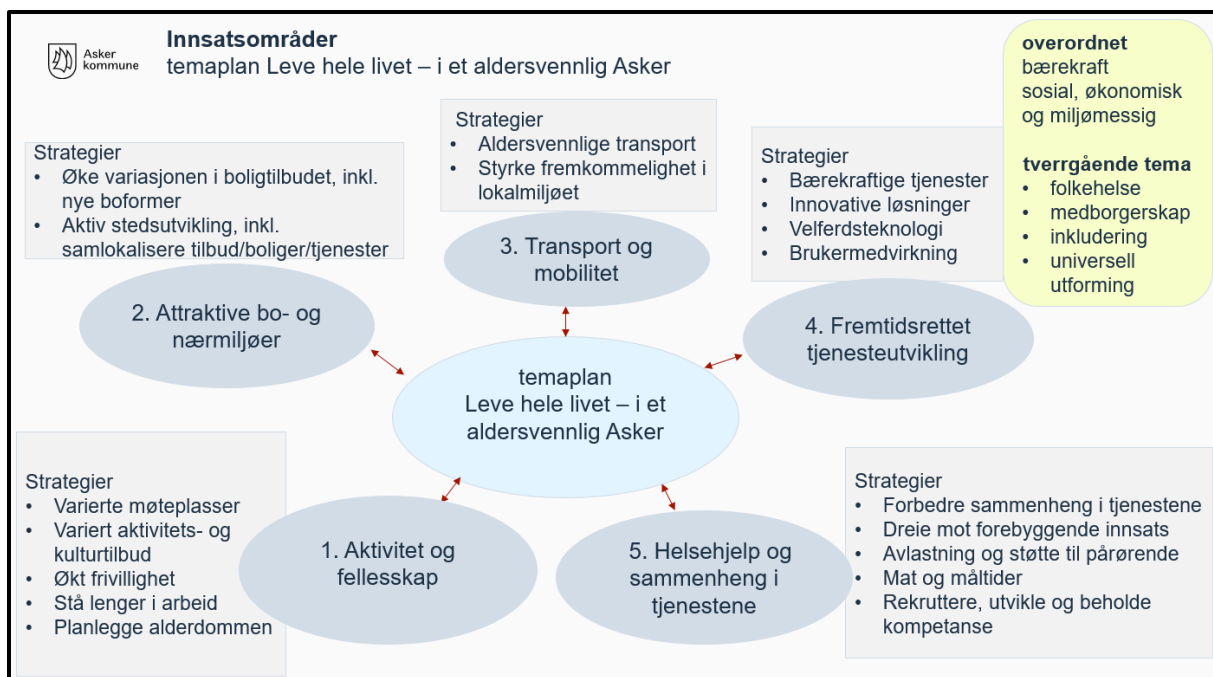
Målgruppen er eldre over 65 år, både de som bor hjemme og de som bor i institusjon. Dette er en målgruppe med ulike forutsetninger og store variasjoner i behov og ønsker. Reformen er særlig rettet mot helse- og omsorgssektoren, men alle sektorer må bidra for å skape et mer aldersvennlig samfunn hvor eldre kan være aktive og selvstendige.

Reformperioden startet 1. januar 2019 og vare i seks år med ulike faser for planlegging, gjennomføring og evaluering.

Nasjonalt program for aldersvennlig Norge et av fem innsatsområder i reformen Leve hele livet og skal bidra til å konkretisere strategien. Helsedirektoratet er ansvarlig for gjennomføringen av programmet og som fra 2021 ivaretas av Senter for et aldersvennlig Norge i Ålesund.

Temaplanens innsatsområder

Under følger temaplanens fem innsatsområder. De bygger blant annet på mandatet til temaplanen og reformen Leve hele livet. Figuren under danner et bilde av hvordan innsatsområdene og strategiene i temaplanen henger sammen.



Figur 1: Innsatsområder til temaplan Leve hele livet – i et aldersvennlig Asker

Inndeling av temaene i kunnskapsgrunnlaget

Kapittel 1: Beskriver bærekraftmålene som ligger til grunn for Asker kommunes arbeid med ny kommuneplan og temaplaner.

Kapittel 2: Beskriver de demografiske endringene og utfordringene Norge og Asker kommune står overfor i årene foran oss. Den endrede alderssammensetning gjør at man må tenke nytt for å sikre den sosiale og økonomiske bærekraften i kommunen.

Kapittel 3: Beskriver hvordan helse og velferdstjenester er organisert i Asker i dag, utfordringer knyttet til fremtidens helsetjenester, og hvordan Asker kommune i dag jobber med disse.

Kapittel 4: I 2019 gjennomførte Eldrerådet i Asker en spørreundersøkelse for å avdekke hva som var viktig for eldre i kommunen innenfor temaene bolig, transport og sosial deltakelse og inkludering. I dette kapitlet omtales selve undersøkelsen i mer detalj mens funnene fra undersøkelsen er lagt under de aktuelle temaene i kunnskapsgrunnlaget.

Kapittel 5: Beskriver utfordringsbildet knyttet til folkehelse. Temaer som livskvalitet, ensomhet, psykiske lidelser, forventet levealder og demens m.m. utforskes.

Kapittel 6: Beskriver hvordan man kan jobbe for å gjøre samfunnet mer aldersvennlig. Nøkkelord er universell utforming, gode boliger for eldre, gode transportmuligheter, deltakelse i samfunnet og tilgang på naturområder og friluftsliv.

Kapittel 7: Tar for seg eldre, kultur og samfunnsdeltakelse. Kultur er viktig for alle aldre, og kapitlet ser blant annet på hvordan kultur kan brukes som en del av helsetjenestetilbudet i kommunen.

Kapittel 8: Viser til at mat og måltider er løftet fram i reformen Leve hele livet. Beskriver mat og måltiders rolle i helsetjenestene i Asker kommune.

Kapittel 9: Viser til viktigheten av pårørende som ressurs og å styrke arbeid med avlastning for pårørende.

Kapittel 10: Beskriver frivilligheten i Asker kommune, med spesielt fokus på frivillighet innen velferdstjenester.

Kapittel 11: Brukermedvirkning og mestring står sentralt i reformen Leve hele livet. Hvorfor dette er viktig og hva det innebærer beskrives i dette kapitlet.

Kapittel 12: Innovasjon, teknologi og digitalisering er viktig for å sikre bærekraftige og effektive helsetjenester i kommunen i fremtiden. Kapitlet beskriver utfordringer, utviklingsprosesser og arbeid med dette i Asker kommune.

2. Bærekraftsmål – utfordringsbildet

Asker kommune legger FNs bærekraftsmål til grunn for all planlegging. FNs bærekraftsmål er verdens felles arbeidsplan for å utrydde fattigdom, bekjempe ulikhet og stoppe klimaendringene innen 2030. Utviklingen av Asker skal være bærekraftig og skal ivareta dagens behov uten å ødelegge kommende generasjoners muligheter til å få dekket sine behov.

Bærekraftsmålene skal være det overordnede rammeverket for utviklingen av Askersamfunnet. Asker kommune har valgt ut seks bærekraftsmål som de mest vesentlige å arbeide med, og av disse er fire av målene særlig viktige for denne planen:

- Mål 3 – God helse
- Mål 9 – Innovasjon og infrastruktur
- Mål 11 – Bærekraftige byer og samfunn
- Mål 17 – Samarbeid for å nå målene

Tre bærekraftsdimensjoner

FNs bærekraftsmål kan inndeles i tre dimensjoner – økonomisk bærekraft, sosial bærekraft og miljømessig bærekraft. Målsetningen om bærekraft betyr at beslutninger som tas i kommunen må vurderes i forhold til alle de tre dimensjonene. Asker har utfordringer knyttet til alle de tre bærekraftsdimensjonene.

Sosial og økonomisk bærekraft er spesielt viktig i denne planen. Sosial bærekraft er å sikre grunnleggende menneskelige behov, sosialt likeverd og rettferdig tilgang til og fordeling av samfunnets goder og byrder, samt trygge og inkluderende lokalsamfunn preget av samhørighet og engasjement. Det handler om å skape et robust samfunn og stimulere og styrke de ressursene som ligger i lokalsamfunnet. Når det gjelder økonomisk bærekraft, vil handlingsrommet de neste 10–15 årene være langt mindre enn vi er vant til. Kommunen vil måtte omstilles i årene som kommer dersom den skal lykkes med å opprettholde de økonomiske handlingsreglene.

Det vises til FNs rapport om bærekraftig utvikling *The future is now* (2), og Viken fylkeskommunes regionale planstrategi for bærekraftig utvikling fra 2020 *Veien til et bærekraftig Viken* (3).

FN-undersøkelse 2020

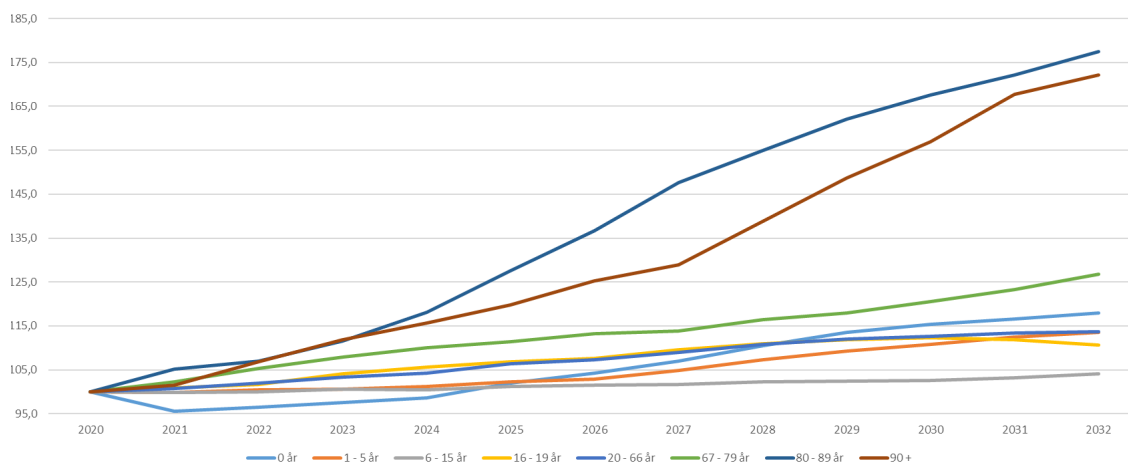
En sammenligning av indikatorer med andre byregioner fra hele verden 2020 viser at Asker skårer grønt på overordnet nivå i de tre bærekraftsdimensjonene (undersøkelse i regi av FNs byutviklingsprogram for smarte, bærekraftige byer (4)), Asker har utfordringer knyttet til transport, forbruk av naturressurser, sosial ulikhet og digital infrastruktur.

- Asker var en av to kommuner med tilfredsstillende resultat på temaet transport, målt mot et internasjonalt ambisjonsnivå. Dette kan knyttes mot høy andel el-biler og et rikt kollektivnettverk, sammenlignet med andre kommuner.
- Indikatorer knyttet til inntektsforskjeller og relativ fattigdom blant innbyggerne viser at Asker og Bærum har større forskjeller enn andre kommuner i Norge. Dette er en kjent problemstilling fra folkehelsearbeidet i kommunene.
- Asker kommune skårer bra på digitalisering og kvaliteten på den digitale infrastrukturen. Samtidig viser undersøkelsen et potensiale ved en tettere og mer systematisk integrering av den digitale infrastrukturen inn mot de andre tekniske infrastrukturene, i kombinasjon med bruk av smart teknologi.

3. Demografiendringer – utfordringsbildet

De nærmeste tiårene vil den demografiske sammensetning i Norge endres betydelig. Det blir flere eldre totalt sett, andel eldre i befolkningen øker og det blir flere av de eldste eldre. I en undersøkelse gjennomført av NIBR svarte 67 prosent av kommunene at de oppfattet en aldrende befolkning som en av sine hovedutfordringer (5). Utviklingen vil påvirke flere sektorer og vil kreve nye løsninger på en rekke områder. Av spesifikke utfordringer som ble trukket frem i NIBRs undersøkelse var en økning i andelen pleie- og omsorgstrengende; en økning i antallet pasienter med demens; utfordringer med å rekruttere kompetent personell; og å skaffe egnede boliger til eldre. Samtidig ser vi at store nye generasjoner eldre vil ha høyere utdanning, bedre helse, bedre boliger, bedre økonomi, ha variert kulturell bakgrunn og utgjøre en stor ressurs for samfunnet.

- **Nå:** Norge er i en periode der det er tallet på de yngste eldre som vokser i befolkningen. Dette er en særlig utfordring for kapasiteten i hjemmetjenester og lettere helse- og omsorgstilbud.
- **Etter hvert** som de store kullene blir 80 og 90 år, forskyves også veksten i antall eldre, med en sterk økning i gruppen 80–89 år i slutten av 2020-årene og i gruppen 90 år og eldre i 2030-årene. Økningen blant de aller eldste vil da stille krav til videre utbygging av tilbudet til de som har det største tjenestebehovet.



Figur 2: Befolkningsendring i Asker kommune 2019.

Figuren over viser prosentvis endring i antall personer i aldersgrupper, basert på kommunens egne befolkningsframskrivninger. Veksten er helt klart størst i de eldste aldersgruppene, og fra i dag og frem til 2032 vil antall personer i alderen 80 – 89 år og 90 år+ øke med henholdsvis 72 prosent og 77 prosent. Samlet utgjør dette en endring fra ca. 3900 personer i 2020 til ca. 6900 personer i 2032 i disse aldersgruppene (6).

De demografiske endringene fører blant annet til utfordringer med

- å opprettholde dagens nivå og organisering av velferdstjenestene
- å rekruttere arbeidskraft og rett kompetanse til velferdstjenestene
- at familieomsorgen svekkes

I tillegg er det behov for økt tilrettelegging og oppfølging av pårørende og frivillige. Dette behandles utførlig i andre kapitler i kunnskapsgrunnet.

Alderssammensetning og aldersbæreevnen

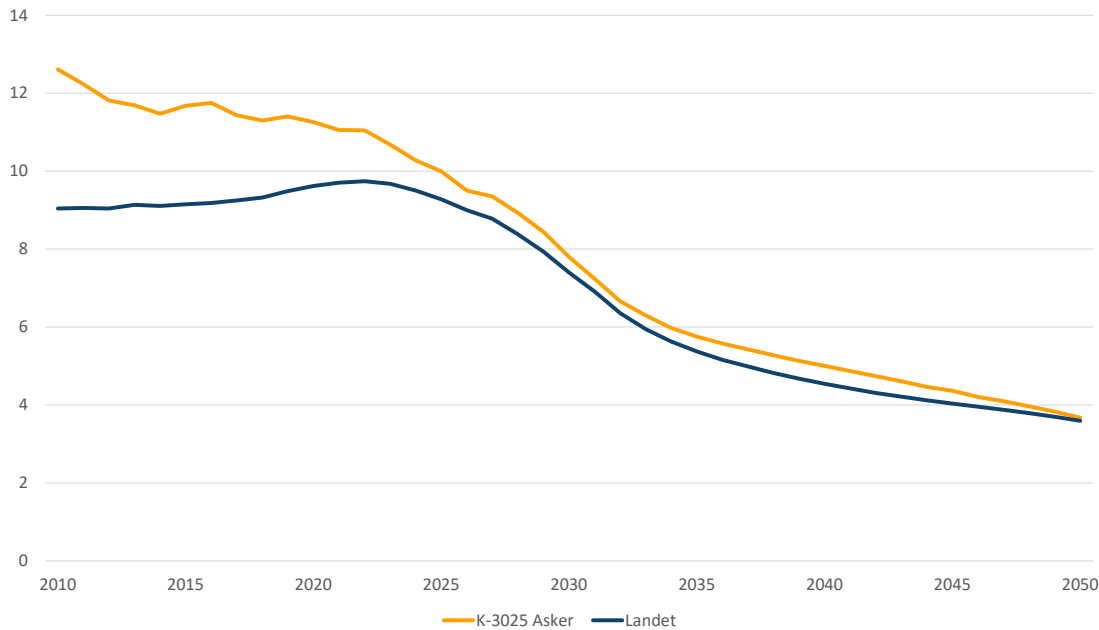
Aldersbæreevnen viser forholdet mellom den yrkesaktive befolkningen og den eldre delen av befolkningen, og er viktig for framtidens økonomiske bærekraft og for velferdstilbud og helse- og omsorgstjenester. I 2000 var det 4,7 personer i yrkesaktiv alder per eldre, mens koeffisienten for aldersbæreevne reduseres til 3,6 i 2030, 3,1 i 2040 og 2,9 i 2050 (6).

Nedgangen i andel personer i yrkesaktiv alder i forhold til andel eldre vil trolig bli en utfordring både for personellsituasjonen i helse- og omsorgssektoren og for verdiskaping. I tillegg til den økonomiske belastningen det innebærer å få flere brukere av helse- og omsorgstjenester, kan flere kommuner få problemer med å rekruttere arbeidskraft til helse- og omsorgssektoren. Samtidig viser utviklingen i sysselsetting blant eldre at det er en tendens til at flere velger å stå lenger i jobb.

Omsorgsgivere i familienettverket

Endringer i befolkningens alderssammensetning har betydning for hvor mange familieomsorgsgivere de aller eldste kan støtte seg på, og vil kunne påvirke framtidige familieomsorgsmønstre. Prognosen viser at familieomsorgskoeffisienten vil falle fra 9,3 i 2018 til 4,3 i 2050 (7). Familieomsorgskoeffisienten, forholdet mellom antall personer i

alder en 50-66 år og personer over 85 år, er et uttrykk for antall potensielle familieomsorgsgivere og omsorgstrengende eldre



Figur 3: Familieomsorgskoeffisient, antall personer i omsorgsyttende alder (50-66 år) per antall eldre (85+ år)

Asker har historisk hatt bedre familieomsorgskoeffisient enn landet for øvrig. Potensialet i denne «mulige skjulte omsorgen» er nedadgående og likere landet for øvrig fremover. Dette kan medføre at eldre i Asker i fremtiden får mindre hjelp fra nære relasjoner enn det som oppleves i dag.

Eldres egne ressurser

I følge Statistisk sentralbyrå vil framtidens eldre trolig være annerledes sammensatt enn dagens eldre når det gjelder viktige kjennetegn med betydning for ressursituasjon, helse og funksjonsevne. Framtidens eldre har høyere utdanning, en mer fordelaktig økonomisk situasjon, har bedre boforhold og færre ønsker å bo alene. Forskning og statistikk på eldres helse og sykkelighet de siste årene viser at eldre ikke nødvendigvis har fått færre år med sykdom enn før – kanskje snarere flere. Likevel ser det ut til at de klarer seg bedre med disse sykdommene enn tidligere, og er bedre i stand til å håndtere utfordringer i hverdagen.

Nye generasjoner eldre har andre ressurser enn tidligere eldregenerasjoner å møte alderdommen med, og må utfordres til å bruke dem til å planlegge og mestre egen tilværelse og ha et aktivt liv i fellesskap med andre, jf. stortingsmeldingen *Leve hele livet*. I programmet til Senter for et aldersvennlig Norge vises det til at vi har et stort potensial i å få flere til å arbeide lenger og å delta i frivillige aktiviteter (seniorressursen).

Informasjonskampanjen planleggelitt.no har fokus på å tilrettelegge egen bolig, ivareta venner og sosiale nettverk og opprettholde best mulig funksjonsevne gjennom et aktivt liv. I Helsepolitisk barometer 2021 sier 79 prosent av de spurte seg enige i at de selv må ta større ansvar for egen helse, sosialt liv og bosituasjon, selv om troen på det offentlige helsevesenet fortsatt er stor (8).

På Leve hele livet konferansen 17. november 2021 sa Bjørn Guldvog, helsedirektør i Helsedirektoratet: «Vi må rigge oss på en måte som gjør at vi utsetter folks behov for å få helse- og omsorgstjenester, samtidig som vi tar ned det samlede behovet for tjenester gjennom hele alderdommen. Ansvaret er delt mellom oss i to. På den ene siden så må eldre selv ta ansvar for eget liv, holde seg aktive og være sosiale, leve sunt og planlegge for hva slags bolig og bomiljø de vil ha og som gjør at de kan bo hjemme så lenge som mulig. Samtidig må kommunen ha tiltak, tilbud og tjenester som bidrar til at hver og en kan opprettholde helse og funksjon, og oppleve mestring og livskvalitet så lenge som mulig.»

Eksempel på sosial entreprenør for eldre arbeidstakere

Gammel nok er et bemanningsselskap og en tjenesteleverandør som formidler kvalifisert personell over 50 år. De har som mål å gi seniorressurser en mulighet til å stå lengre i jobb og kunne velge ny karriere innen omsorg sent i arbeidslivet. I tillegg ønsker selskapet å gi eldre bedre tjenester gjennom deres satsing på omsorg- og praktiske tjenester.

Eldre og sysselsetting

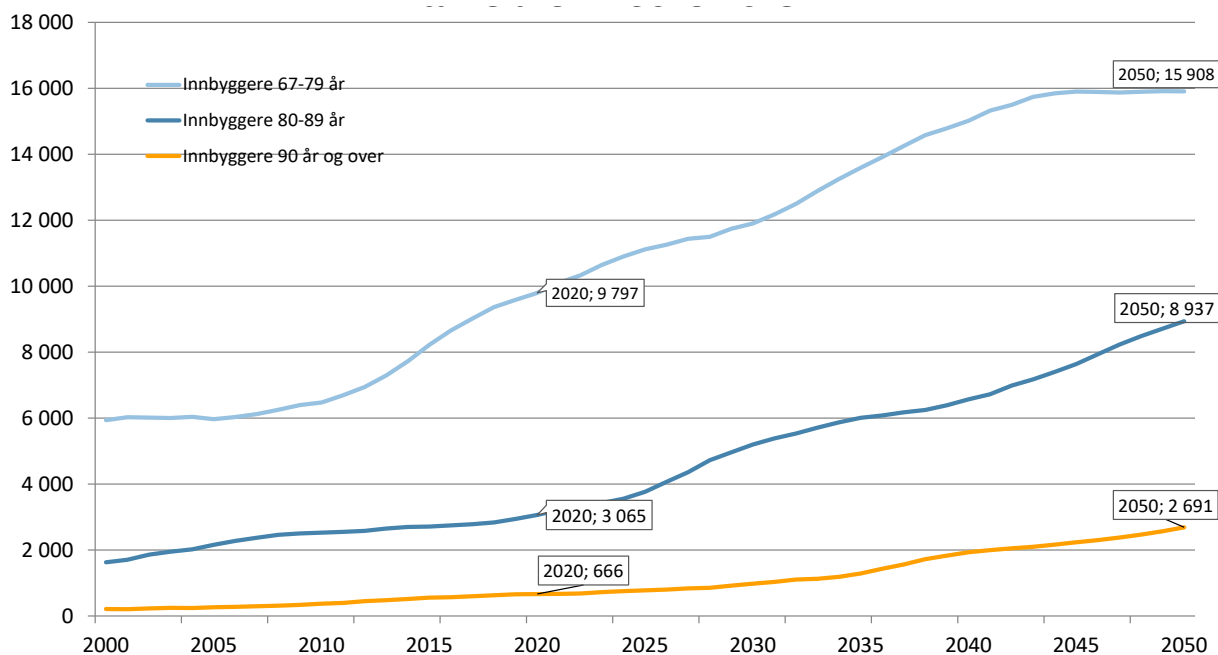
Sysselsettingen blant eldre har økt siden 2000. Sysselsettingen faller raskt etter fylte 60 år, og det er få arbeidstakere over 70 år. Mens syv av ti 60-åringer var lønnstakere i 2019, gjaldt det bare en av fire 67-åringer og en av ti 70-åringer. Den gradvis lavere andelen i jobb blant eldre gjenspeiles i at flere mottar uføretrygd (fram til 67 år) eller alderspensjon. 28 prosent av befolkningen over 60 år mottok uføretrygd i 2019.

I Sysselsettingsutvalgets rapport Kompetanse, aktivitet og inntektssikring – Tiltak for økt sysselsetting (9) vises det til at selv om sysselsettingen blant eldre arbeidstakere er høy i Norge målt mot andre land, faller den raskt etter fylte 60 år. Mer enn halvparten av dem som jobber som 60-åring, har sluttet som 66-åring. Utvalget peker på at for å øke sysselsettingen blant eldre må det legges til rette for at færre slutter i den jobben de har, og det må bli lettere for arbeidsledige seniorer å få jobb. Et godt arbeidsmiljø, påfyll av kompetanse og forebygging av slitasje er viktig.

Sysselsettingsutvalget mener at potensialet for å øke sysselsettingen trolig er større i gruppen mellom 60 og 70 år enn i gruppen etter fylte 70 år (10). For å øke sysselsettingen blant eldre må færre slutte i den jobben de har. Her er et godt arbeidsmiljø, påfyll av kompetanse og forebygging av slitasje er viktig. Videre må det bli lettere for arbeidsledige seniorer å få jobb. Et flertall i utvalget mener det bør legges bedre til rette for at arbeidstakere kan jobbe etter at de har passert aldersgrensen for stillingsvern.

Eldre i Asker - statistikk

Figuren under viser en oversikt over innbyggere i Asker fra 2020-2040 fra 67 år og eldre:



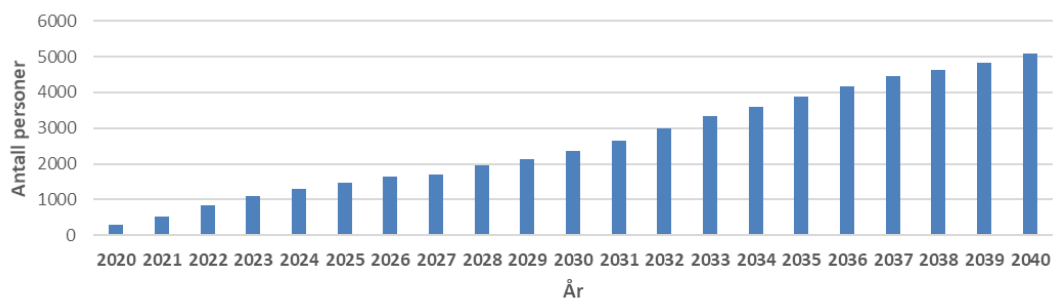
Figur 4: Antall innbyggere i alderen 67 år og eldre i Asker

Tabellen under viser antallet over 67 år og over 80 år i Asker kommune i hele tall.

Tabell 1: Antall eldre innbyggere i Asker

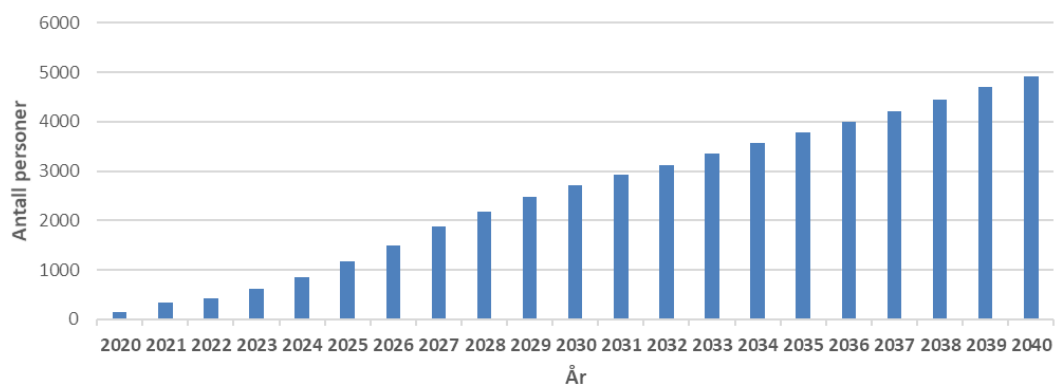
Antall innbyggere i Asker	2020	2030	2040
67 - 79	10 099	12 167	14 879
Over 80	3 885	6 441	8 645

Figuren under viser akkumulert befolkningsvekst for alderen 67-79 år i Asker kommune i perioden 2020-2040. Som figuren viser vil denne gruppen øke med mer enn 50 prosent.



Figur 5: Akkumulert befolkningsvekst 67-79 år i Asker kommune

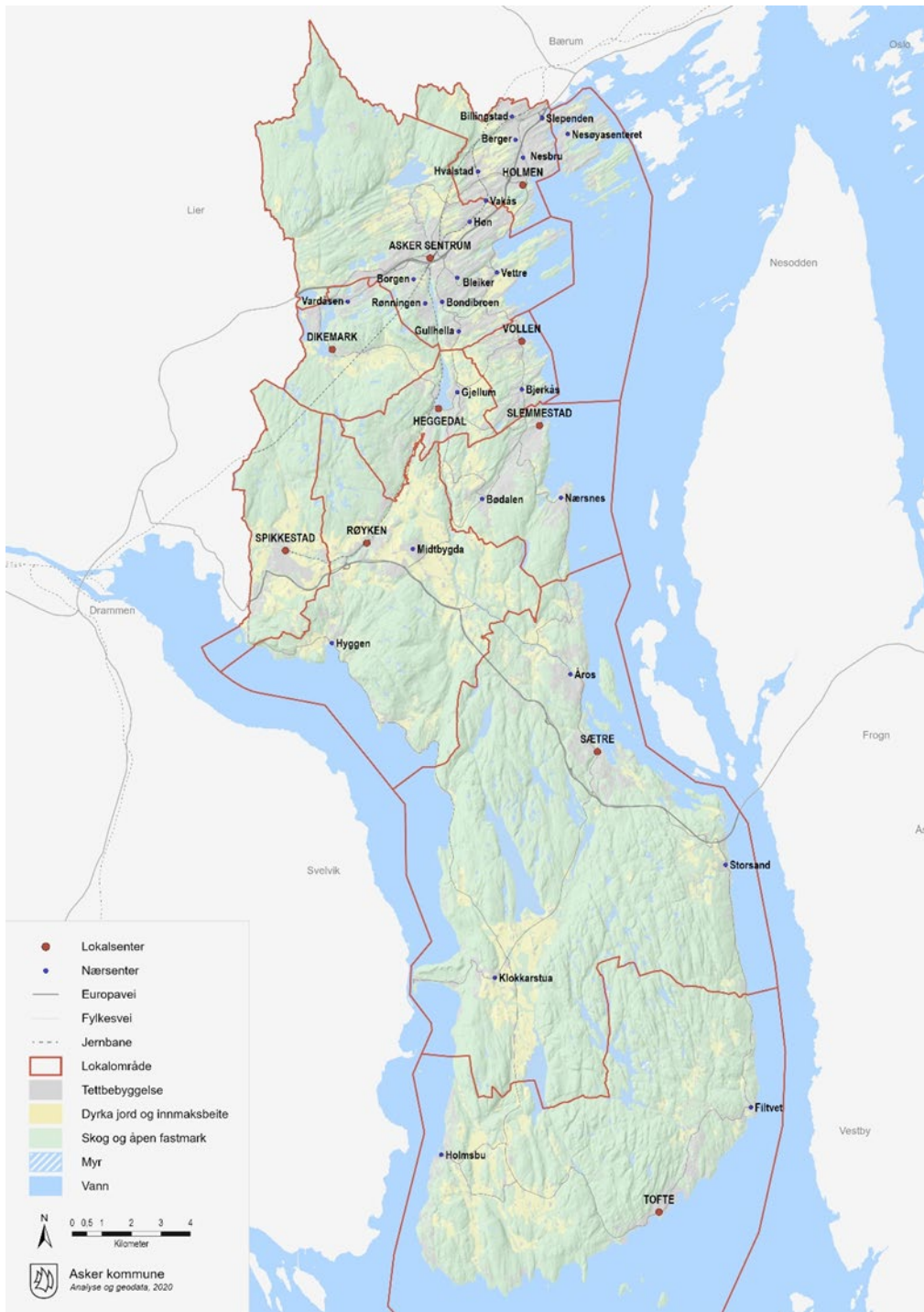
Figuren under viser akkumulert befolkningsvekst for alderen 80+ år i Asker kommune i perioden 2020-2040. Som figuren viser vil denne gruppen øke med mer enn 130 prosent.



Figur 6: Akkumulert befolkningsvekst 80+ år i Asker kommune

Lokalområder i Asker

I plansammenheng er kommunen delt inn i ulike geografiske områder, blant annet i 11 lokalområder. Kartet under (11) viser en oversikt over kommunens lokalområder. Denne inndelingen brukes i mange sammenhenger i politikken og samfunnslivet, og er grei å merke seg.



Figur 7: Lokalområder i Asker kommune

Figuren under viser en oversikt over andel personer i alderen 67 – 79 år i de ulike lokalområdene i kommunen. Tabellen viser tall fra 1.1.2020 og framtidige prognoser. Det er forventet en økning i andelen av denne aldersgruppen i alle lokalområdene. I dag er det Tofte som har størst andel i denne aldersgruppen, mens lokalområdene Dikemark, Vollen og Holmen har de minste andelene.

Tabell 2: Andel personer i Asker i alderen 67-79 år

Andel personer i Asker i alderen 67 – 79 år				
Lokalområde	2020	2026	2032	2040
01 Nesøya	11 %	11 %	12 %	13 %
02 Holmen	9 %	10 %	10 %	11 %
03 Sentrum	11 %	11 %	12 %	13 %
04 Vollen	8 %	9 %	10 %	12 %
05 Heggedal	10 %	10 %	11 %	12 %
06 Dikemark	8 %	11 %	11 %	11 %
07 Slemmestad	12 %	12 %	13 %	13 %
08 Røyken	10 %	9 %	9 %	11 %
09 Spikkestad	10 %	12 %	13 %	13 %
10 Sætre	13 %	12 %	12 %	14 %
11 Tofte	15 %	17 %	16 %	16 %
Asker	11 %	11 %	12 %	13 %

Figuren under viser en oversikt over andel personer i alderen 80 år og eldre i kommunens lokalområder. Tabellen viser tall fra 1.1.2020 og framtidige prognoser. Det er forventet en økning i andelen av denne aldersgruppen i alle lokalområdene. Tofte er det lokalområdet som har størst andel eldre i denne aldersgruppen, mens Dikemark, Vollen og Slemmestad har lavest andel personer i denne aldersgruppen.

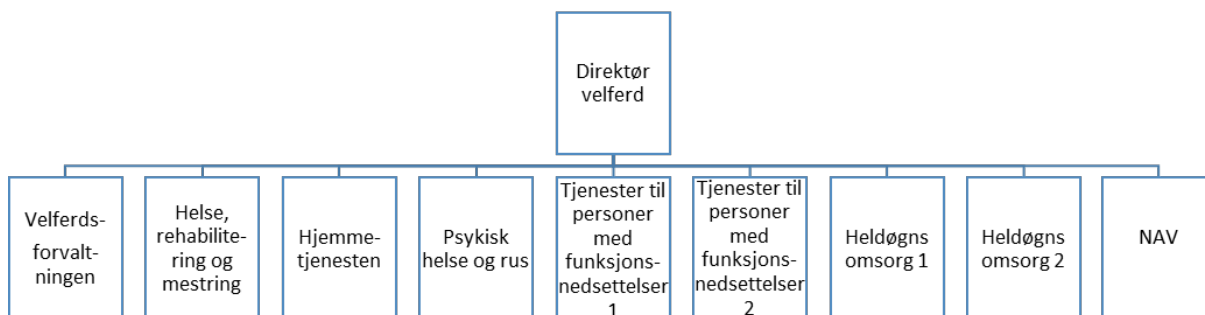
Tabell 3: Andel personer i Asker i alderen 80 år og eldre

Andel personer i Asker i alderen 80 år og eldre				
Lokalområde	2020	2026	2032	2040
01 Nesøya	3,8 %	5,3 %	6,9 %	8,3 %
02 Holmen	4,4 %	4,9 %	5,5 %	6,3 %
03 Sentrum	5,4 %	6,1 %	7,2 %	8,3 %
04 Vollen	2,6 %	3,6 %	4,1 %	5,6 %
05 Heggedal	3,0 %	4,1 %	5,7 %	7,1 %
06 Dikemark	2,3 %	3,2 %	4,1 %	5,3 %
07 Slemmestad	2,9 %	4,3 %	6,0 %	7,2 %
08 Røyken	3,5 %	5,0 %	5,7 %	6,2 %
09 Spikkestad	4,0 %	5,6 %	6,8 %	8,2 %
10 Sætre	3,1 %	4,8 %	6,4 %	7,2 %
11 Tofte	5,3 %	6,5 %	8,3 %	8,8 %
Asker	4,1 %	5,1 %	6,2 %	7,3 %

4. Bærekraftige tjenester - utfordringsbildet

Organisering av velferdstjenester i Asker kommune

Slik er tjenesteområdet Velferd organisert i Asker kommune:

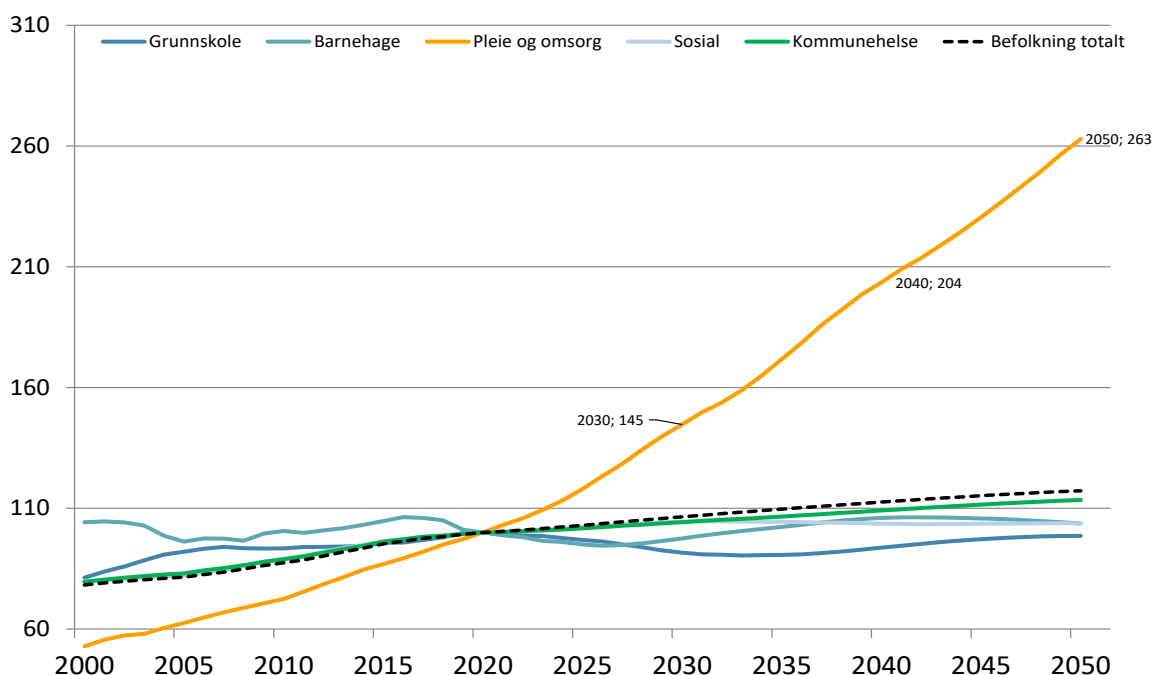


Figur 8: Organisering av velferdstjenester i Asker kommune

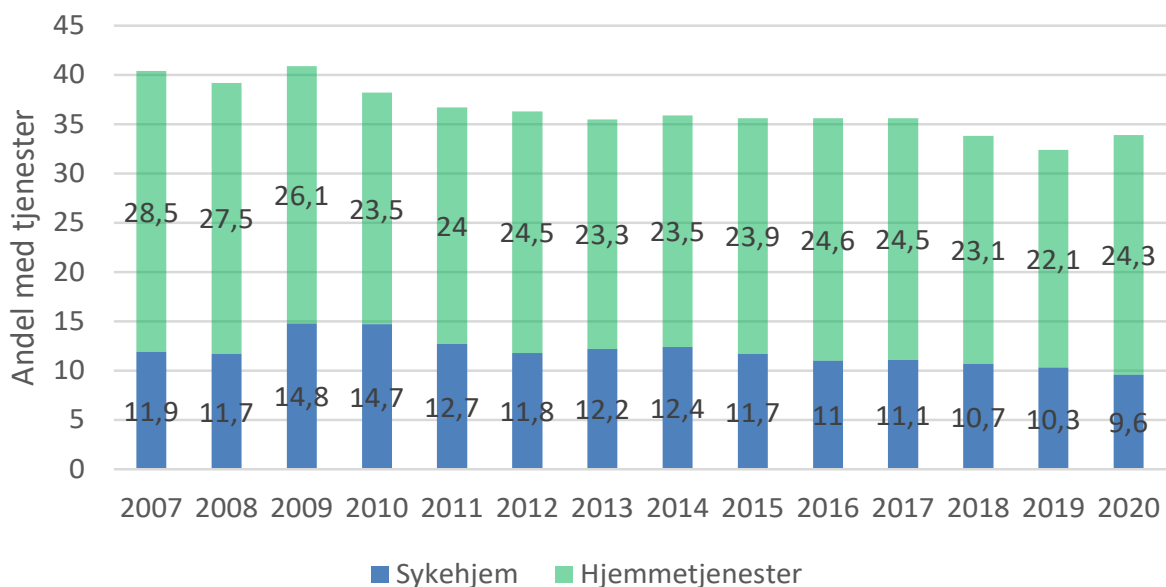
For mer informasjon, se Asker kommunes hjemmeside og årsrapport 2020 for velferd.

Utfordringsbildet

Framskrivninger viser at helse- og omsorgssektoren vil stå overfor betydelige kapasitetsmessige utfordringer i tiårene som kommer. Utfordringsbildet både i Asker og nasjonalt vil kreve nye arbeidsformer. Dette gjør at vi må tenke annerledes og utvikle samfunnet, blant annet i retning av et aldersvennlig lokalsamfunn, utvikling av velferdsteknologi osv. En bærekraftig tjenesteutvikling forutsetter riktig ressursbruk, god prioritering, helhetlige og koordinerte tjenester.



Figur 9: Beregning av behov for tjenester i Asker kommune



Figur 10: Andel over 80 år som mottar tjenester. 35prosent over 80 år har tjenester i Asker kommune (41 prosent på landsbasis). Andel eldre over 80 år med tjenester er redusert med 5 prosent fra 2007 til 2020.

I stortingsmeldingen *Leve hele livet* kommer det frem en rekke utfordringer ved dagens eldreomsorg:

- manglende oppmerksomhet på mestring og forebygging
- dårlig oversikt over sammensatte behov og problemer
- for lite bruk av fysisk aktivitet og trening
- manglende bruk av nye behandlingsformer
- lite systematisk kartlegging og oppfølging av den enkelte

Eksempler på innspill: «*Utviklingen i retning høyere terskler for tildeling av tjenester og kortere tid til hver bruker, er bekymringsfull. Dette er det motsatte av å gi tidlig hjelp og hjelp til selvhjelp*» (Norsk Sykepleierforbund (12)). Dette kom Norsk sykepleierforbund med som innspill i dialogmøte om helsehjelp i forbindelse med kvalitetsreformen *Leve hele livet*. Norsk kvinne- og familieforbund: «*Ved å sette inn tiltak som har forebyggende effekt kan mange eldre få flere gode år i eget hjem og samfunnet spare penger som kan brukes andre steder der det er behov for innsats*» (Norsk kvinne- og familieforbund (12)).

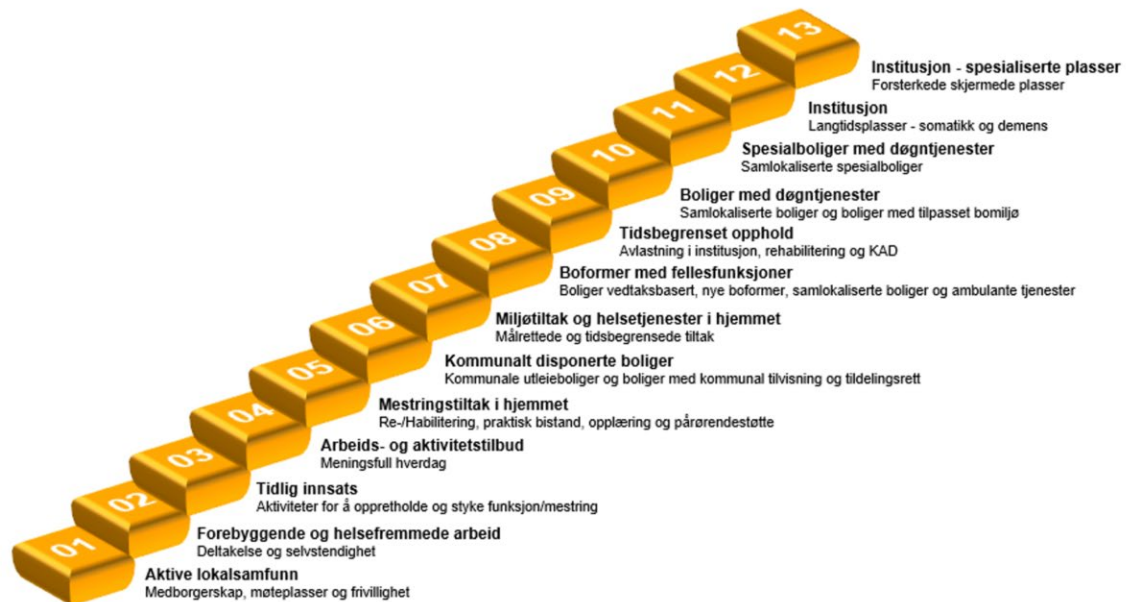
Innsatstrappen

Asker kommune har utviklet en innsatstrapp som hjelpemiddel for å sikre fremtidig bærekraftige tjenester. Hensikten er å sikre god dimensjonering av tjenestene i dag og i framtiden. Det er flere formål med innsatstrappen:

- et verktøy for strategisk og økonomisk driftsplanlegging, tjenesteutvikling og styring
- skape felles forventninger til tjenestetilbudet og hva kommunen tilbyr på de ulike trinnene
- en metode for å prioritere aktiviteter og innsats
- hjelp til å mobilisere egne ressurser og mestring

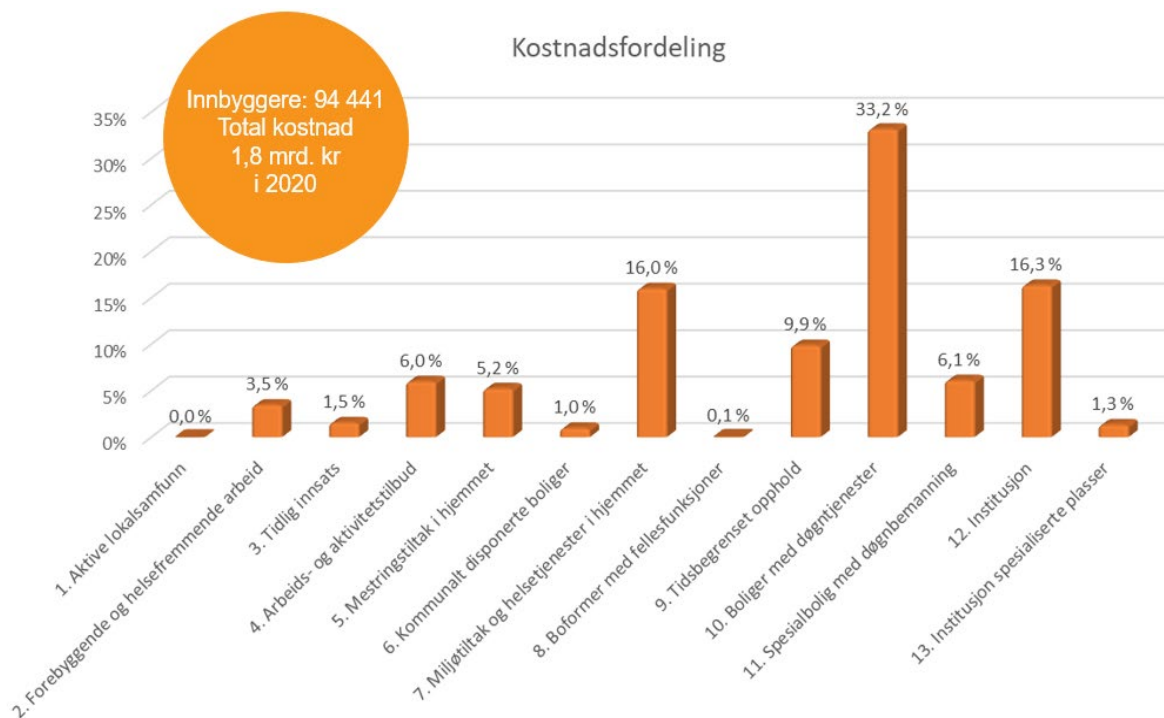
- synliggjør nivå av inngripen i innbyggernes liv
- harmonisering av tjenestetilbudet, mellom tjenestestedene og tjenestene i trappen
- bevisstgjøring hos personalet
- en oversikt over ressursbruk på de ulike tjenestenivåene

De laveste trinnene gjelder tjenester til alle innbyggere uten vedtak, de neste gjelder vedtaksbaserte tjenester som gruppetilbud eller hjemmebaserte tjenester. De øverste trinnene i trappen gjelder institusjonsbaserte tjenester.



Figur 11: Innsatstrappen i Asker kommune

Innsatstrappen viser trinn som er godt utviklet og lite utviklet i kommunen. Virksomhetene skal levere kvalitativt gode tjenester på hvert enkelt trinn. Det er viktig med utvikling og dimensjonering av tjenestene i de ulike trinnene i trappen, for å gi tjenester på riktig nivå, og for å nå målene i effektiviseringsprosjektet. En riktig dimensjonert innsatstrapp har tilstrekkelig tjenester som sikrer egenmestring og selvstendighet, med utgangspunkt i brukerens behov «Hva er viktig for deg?». Ønsket utvikling forutsetter en endret tjenesteprofil hvor en vil unngå, forebygge eller utsette vekst på de øverste trinnene ved å vektlegge forebygging og tidlig innsats, teknologi/innovasjon, samhandling og medborgerskap i de nedre trinn i trappen. Heldøgnsomsorg vil kunne rettes som et tilbud til innbyggere med omfattende og sammensatte behov, og dreiningen kan gi grunnlag for å redusere nivå på dekningsgrader.



Figur 12: Kostnadsprofil i innsatstrappen i Asker kommune

Figuren viser at det er lave kostnader på de tre laveste trinnene. For å få til en dreining av innsatsen, må det vurderes å legge inn flere tiltak på de laveste trinnene. Ved å bygge et robust og aktivt lokalsamfunn, legger man til rette for forebygging og utsetting av tjenester lenger oppe i trappen. Lavterskeltilbud som Helsekafe tilbyr foredrag, konserter og andre kulturtilbud til eldre. Tilbud i skjæringspunktet mellom helse og kultur som for eksempel kor, samspillgrupper eller generasjonssang er også aktuelle på innbyggertorgene. Slike tiltak fokuserer på mestring, motivasjon, individuell tilpasning og å ta i bruk den enkeltes ressurser. Et annet lavterskeltilbud er Mestringstilbud psykisk helse og rus, som er et forebyggende behandlingstilbud i gruppe eller individuelt. Målgruppe er voksne innbyggere med milde til moderate helseutfordringer og rusproblemer i tidlig fase.

LEON- prinsippet

Leon betyr tildeles tjenester på Laveste Effektive Omsorgs Nivå. Målet er en kombinasjon av tilbud som møter brukers behov, med utgangspunkt i innsats på lavest mulig nivå av innsatstrappen. Bruker skal få muligheten til å kunne mestre egen hverdag og bo lengst mulig i eget hjem.

Investeringstankegang

Mer bærekraftige tjenester søkes også oppnådd gjennom en investeringstankegang hvor kommunen skal være en investor i mennesker fremfor en forvalter av saker. Dette fordrer en endret leder- og ansattrolle, hvor kommunen baserer seg på ressurser utenfor kommunen og mobiliserer bruker, familie, lokalmiljø for å skape bærekraftig situasjon. Asker Velferdsrab har utviklet denne arbeidsformen, og den skal i tiden fremover implementeres i flere av tjenestene.

Proaktive tjenester

Proaktive tjenester settes inn på et tidlig tidspunkt, før alvorlig sykdom oppstår eller har utviklet seg. Proaktive tjenester innebærer at tjenestene aktivt oppsøker innbyggere som ikke selv oppsøker helsetjenesten.

Eksempel tiltak: forebyggende hjemmebesøk for eldre

Asker kommune tilbyr i dag forebyggende hjemmebesøk til innbyggere over 78 år. Innbyggere som ikke allerede mottar helse- og omsorgstjenester, får et tilbud om hjemmebesøk av kommunen (13).

Formålet er å legge til rette for at den enkelte skal kunne beholde sin evne til å ha en god og trygg hverdag, samt gi informasjon om kommunens tjenester. Hjemmebesøk for seniorer er frivillig og gratis. Tilbudet er opprettet med utgangspunkt i en veileder fra Helsedirektoratet.

Forebyggende hjemmebesøk:

- er et tiltak for tidlig og forebyggende innsats
- gir innbygger et kontaktpunkt i kommunen
- bidrar til refleksjon over egen helse og valg for fremtiden
- tar opp tema som helse/medikamentbruk/alkohol/fastlege
- er en arena for å vurdere hensiktsmessige tjenester i samarbeid med bruker
- gir kommunen innsikt i innbyggernes behov og utfordringer
- gjør at tjenesten også kommer i kontakt med pårørende, som gir mulighet til tidlig innsats også rettet mot disse
- er en arena for rekruttering av frivillige

I 2019 takket 72 prosent ja til tilbudet, og i 2020 takket 46 prosent ja. Under nedstenging pga. pandemien har samtaler blitt gjennomført pr. telefon. Frem til 2020 er ikke samtaler gjennomført digitalt.

Prosjekt «Asker seniortreff – møteplasser som gir livskvalitet»

Et nytt prosjekt er satt i gang i 2020, som er en videreutvikling av forebyggende hjemmebesøk. Asker kommune søkte midler fra Statsforvalteren i Oslo og Vikens «tiltaks pakke for sårbare eldre». I desember 2020 ble det innvilget støtte til prosjekt «Asker seniortreff – møteplasser som gir livskvalitet». Målet er å motvirke ensomhet hos eldre ved å

- skape aktive fysiske og digitale møteplasser på innbyggertorg
- øke kunnskap om digitalisering blant eldre
- bidra med kunnskap og mestring som gir bedre kontroll over eget liv
- stimulere til økt fysisk aktivitet gjennom treningsgrupper

Målgruppen er hjemmeboende eldre som ikke mottar omfattende helse- og omsorgstjenester.

Kompetanse og personellmessige utfordringer

Rekruttering av arbeidskraft og fagutdannet helse- og sosialpersonell til helse- og omsorgstjenestene står som en av de viktigste utfordringene som følge av befolkningsutviklingen. I Helsepolitisk barometer for 2021 er tilstrekkelig helsepersonell med riktig kompetanse hva flest (39 prosent) av de spurte mener bør prioriteres i årene framover. Sykepleiermangelen skaper bekymring i befolkningen. 88 prosent er bekymret for at sykepleiermangel påvirker pasientsikkerheten i mange kommuner, og bekymringen er økende (8). I 2016 sto helse og omsorgssektoren for omlag 21 prosent av sysselsettingen i Norge. Samfunnsøkonomisk Analyse har i en rapport sammenstilt ulike framskrivninger av sysselsettingsbehovet i helse og omsorgssektoren frem mot 2035 og antyder en behovsvekst på omlag 75 prosent i løpet av de neste 20 årene (Helse- og omsorgsdepartementet 2020). Det er nasjonalt anslått at det er behov for 40 prosent flere årsverk frem mot 2040. For Askers del tilsvarer det omlag 770 årsverk.

Ifølge kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2021 (14) er det størst problemer med å rekruttere yrkesgrupper innen helse- og omsorgssektoren. Det er også i den sektoren der det er flest som slutter. Den aller største utfordringen er rekruttering av sykepleiere. Hele 85 prosent av kommunene uttrykker at de har enten meget store eller ganske store utfordringer med å rekruttere sykepleiere. De neste tre yrkesgruppene det er vanskeligst å rekruttere er leger, psykologer og vernepleiere.

Kompetanse- og personellmessige utfordringer får betydning for både kapasitet og kvalitet på tjenestetilbudet. Det vil kreve både effektiv og fleksibel bruk av ressurser, samt endret kompetanse. Utvikling av tjenesteprofilen vil kreve ny tilnærming og andre måter å løse oppgaver på, herunder holdningsskapende arbeid for å sikre fokus på medborgerskap, økt samhandling med sivilsamfunnet og andre aktører. Møte med utfordringsbildet krever langsiktige strategier og konkrete tiltak for rekruttering og kompetanseplanlegging. Flere heltidsstillinger og konkurransedyktige arbeidsbetingelser vil være viktig for å sikre nødvendig rekruttering. Videre er muligheter til å bosette seg i kommunen av betydning, og da er det nødvendig å sikre rimelige boliger.

For å bidra til økt kompetanse innen helse- og omsorgssektoren har Aldring og helse en oversikt over kurs som skal sikre grunnleggende kompetanse og videreutdanning (15). Kompetanseheving er viktig for å gjøre flere i stand til å jobbe innen helse- og omsorgssektoren, sikre den nødvendige kompetansen hos helsepersonell i deres arbeid, og for å bidra til attraktive arbeidsplasser.

Vi ser allerede en tendens til utfordringer med rekruttering for sykepleiere og helsefagarbeider i virksomhetene hjemmetjenester og heldøgns omsorg i Asker kommune (13).

Helse, rehabilitering og mestring

Virksomheten jobber målrettet og aktivt for at kommunes innbyggere skal få tjenester som gjør det mulig å gjenvinne/opprettholde funksjonsnivå, oppleve økt livskvalitet, mestre hverdagen og dermed kunne bo hjemme så lenge som mulig. Helse, rehabilitering og mestring har tjenester på flere nivå i innsatstrappen, men særlig på de tidlige trinn. Tjenestene omfatter forebyggende og helsefremmende arbeid, tidlig innsats, fysio- og

ergoterapi, rehabilitering/ habilitering, kompenserende tiltak som hjelpemiddelformidling og ambulante tjenester i hjemmet og dagtilbud.

Blant lavterskeltilbudene i regi av friskliv og fysioterapitjenesten finnes kurs i styrke, balanse, bevegelsestrening og bassengtrening. Det finnes også kurs i å takle utfordringer (livsstyrketrening) samt kurs for bedre kosthold, bedre søvn, røykeslutt og tilbud rettet spesielt mot kronikergrupper med diabetes og kols.

Hjemmetjenester

Hjemmetjenesten tilbyr tjenester i nedre del av innsatstrappen, men hovedvekten av tjenester er rettet mot innbyggere med stort tjenestebehov både i hjemmesykepleie og BPA. Tidlig innsats i form av lavterskeltjenester og forebygging foregår i hovedsak i hukommelsesteam, hos kreftkoordinator og i støttekontakttjenesten. Det er et mål for virksomheten å dreie fokus mot egenmestring hos innbyggere, og se på muligheter for å nyansere tjenestene blant annet gjennom økt bruk av velferdsteknologi.

Virksomheten har som mål å støtte innbyggere slik at de kan bo i eget hjem lengst mulig. Dette gjøres ved å fokusere på brukers egne ressurser, hverdagsmestring og gjennom samarbeid med pårørende og nettverk. Brukermedvirkning, brukerorientering og individuell tilpasning er innarbeidede metoder hos ansatte.

Tabell 4: Brukere av hjemmesykepleie i Asker kommune

Hjemmesykepleie	Halvår 2020	2020
Antall brukere (gjennomsnitt per måned)	1354	1380
Antall vedtakstimer (gjennomsnitt per måned)	18351	18981
Antall vedtakstimer per bruker (gjennomsnitt per måned)	14	14

Gjennomsnittlig 1380 personer mottar hjemmesykepleie hver måned. De har i gjennomsnitt 14 vedtakstimer hver. Totalt har hjemmesykepleien 18 981 vedtakstimer som skal leveres hver måned. Etter gjennomføringen av Samhandlingsreformen i 2012 har etterspørselen etter hjemmesykepleietjenester økt fra år til år. Kompetansen og tilbudet som hjemmesykepleien har utviklet de senere årene, gjør at kommunen er rustet til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra våre lokalsykehus. Det forventes og legges opp til en fortsatt økning av behov for hjemmesykepleietjenester gjennom fokus på forebygging, tidlig innsats og at innbyggerne skal kunne bo lengre i eget hjem.

Kommunen benytter en egen metodikk i form av tverrfaglig strukturert oppfølgingsteam for tjenester til personer med kompliserte, sammensatte utfordringer. Målet er at folk skal bo lengst mulig hjemme. Eldre er en særlig prioritert gruppe.

Dagaktivitetstilbud eldre og eldre med demens

Tabell 5: Brukere av dagsaktivitetstilbud i Asker kommune

Dagaktivitetstilbud eldre og eldre med demens	Halvår 2020	2020
Antall brukere (gjennomsnitt per måned)	199	188
Antall timer per bruker (gjennomsnitt per måned)	28	31
Antall timer (gjennomsnitt per måned)	5628	5850

Hver måned har 188 eldre og personer med demens dagaktivitetstilbud, i gjennomsnitt 31 timer per måned. Dagaktivitetstilbudet var stengt en periode under korona-utbruddet. Tallene kan derfor være lavere enn ved normal drift.

Det overordnede målet er å legge til rette for at brukerne opprettholder best mulig egenomsorg, slik at de kan bo lengre hjemme og gi pårørende avlastning i omsorgssituasjonen. Med økt levealder og et mål om at eldre skal bo lengst mulig hjemme, vil dagaktivitetstilbudet være særdeles viktig for å oppnå dette. De fleste har tilbud en dag i uken.

Heldøgnsomsorg

Heldøgnsomsorgstjenester ligger øverst på kommunens innsatstrapp og skal kunne gi tjenester til dem som har størst og mest omfattende behov for bistand. Gjennom hverdagsmestring støtter helsepersonell beboere i å utføre oppgaver selv, for å opprettholde funksjoner og oppleve mestring i hverdagen. Modell for aktiv omsorg er et viktig satsningsområde for virksomhetene, hvor målet er at beboerne skal få tjenester tilpasset sin kulturelle bakgrunn, sitt livssyn og sine åndelige behov. Videre fokuseres det på sosial kontakt, fellesskap og varierte og tilpassede aktiviteter ute og inne.

Nåværende botilbud for eldre med døgntjenester består av 771 boenheter, fordelt på 245 boliger og 526 sykehjemsplasser, hvorav 391 er langtids- og 135 er korttids plasser. Dette omfatter plasser for rehabilitering, for demens, forsterket skjermede demens plasser, lindrende/palliative plasser og plasser for personer med alderspsykiatriske- og/eller rusrelaterte lidelser. Tjenestene er lokalisert på 16 tjenestesteder (16).

Sammenheng, kvalitet og kompetanse i tjenestene

«Leve hele livet er en reform for å skape et mer sammenhengende tjenestetilbud for eldre og deres pårørende. Målet er å gi eldre økt trygghet og forutsigbarhet i pasientforløp og overganger, få færre hjelpere å forholde seg til og oppleve større grad av kontinuitet i tilbudet» (12). For å sikre dette setter regjeringen fokus på den enkeltes behov, færre instanser å forholde seg til, mykere overgang mellom eget hjem og sykehjem og planlagte overganger mellom kommuner og sykehus. For å sikre en bærekraftig helsetjeneste i fremtiden er det nødvendig med en faglig omstilling og se helsetjenestene i kommunen med nye øyne. Det er nødvendig med en tverrfaglig tilnærming som utnytter personell og kompetanse på bedre og nye måter for å kunne ivareta pasienters og pårørendes behov for mer integrerte tjenester. Det er også mulig å skape trygge rammer og opplevelse av kontinuitet gjennom helsefremmende kulturaktiviteter på flere trinn i innsatstrappa. Noen forslag til konkrete tiltak beskrives i kapittel 8 under kultur og samfunnsdeltakelse. Ikke minst er det behov for å sette mennesket i sentrum. Et konkret tiltak kan være en kartleggingssamtale ved oppstarten av tjenestetilbud og/eller flytting til sykehjem, utforming av individuelle planer, primærkontakt og jevnlig pasient- og pårørendesamtaler (17) (12).

En endret spesialisthelsetjeneste

Det vil som nevnt bli en utfordring å få dekket framtidig behov for arbeidskraft innen pleie- og omsorgstjenestene. Endringene i spesialisthelsetjenesten har gitt kommunen større

omfang av oppgaver, og oppgaver som krever høyere og endret kompetanse hos fagpersonell. Planer for å møte kompetanse- og kvalitetsutfordringene er sentralt for å sikre et godt tjenestetilbud og bærekraftige tjenester. En tilnærming til dette er å jobbe personsentrert som betyr at tiltakene blir mer målrettet og treffsikre. Dette kan sikre bedre tjenester for mottakeren og bedre ressursbruk for kommunen. Eldre har ofte sammensatte sykdommer, og mange er avhengig av tjenester fra både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det fordrer god samhandling mellom tjenestene og et fokus på helhetlige pasientforløp. Det er inngått samarbeidsavtaler mellom kommunen og helseforetak, og det er utarbeidet retningslinjer og pasientforløp på tvers av behandlingsnivå for å sikre dette.

Helsefelleskap i nasjonal helse- og sykehusplan 2020- 2023

Regjeringen og KS inngikk høsten 2019 avtale om etablering av 19 helsefelleskap. Målet med etableringen var å få sykehusene og kommunene til å samarbeide bedre om pasientene (18). Et viktig mål for etableringen av helsefelleskap er å få til gode overganger mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og skape en sammenhengende helse- og omsorgstjeneste - helt i tråd med ambisjoner i kvalitetsreformen *Leve hele livet*. Særlig prioriterte grupper er blant annet pasienter med flere kroniske lidelser og skrøpelige eldre.

Utadvendte sykehus

Det er en ambisjon i Nasjonal helse- og sykehusplan at sykehus skal komme nærmere pasienten. Spesialister fra sykehus skal blant annet jobbe sammen med helsepersonell på kommunale arenaer og sykehus skal bistå pasienter i hjemmet eller ved hjelp av digitale løsninger.

Arbeid med demens i Asker

Asker kommune (ved tidligere kommuner Hurum og Røyken) gjennomførte prosjekt om demensvennlig samfunn i 2018 og 2019, som del av Demensplan 2020.

Helsedirektoratet lyste ut midler til kommuner som ville utvikle og prøve ut ulike arbeids- og organisasjonsmodeller for tjenester til hjemmeboende personer med demens, med hovedmål om å kunne bo hjemme lengst mulig. Resultatene er lagt inn i kommunens kvalitetssystem og inkluderer tilnærmingen «Hva er viktig for deg?» og oppfølging av pårørende.

Kommunen har et eget Hukommelsesteam som arbeider med demens.

Hukommelsesteamet består av fagpersoner med kompetanse på demens og bistår med:

- utredning i samarbeid med fastlegen ved mistanke om demens



Figur 13: Arbeidsdeling i helsefelleskap

- oppfølging av bruker og familie i sykdomsforløpet
- tilrettelegging ved bruk av hjelpemidler og velferdsteknologi
- påmelding til relevante kurs og aktiviteter
- gjennomføring av pårørendeskole for pårørende til personer med demens (avlyst 2020 grunnet pandemien, gjennomføres digital pårørendeskole våren 2021)

Hukommelsesteamet har som mål å ha faste avtaler om tilstedeværelse på innbyggertorgene i Asker kommune. De vil da kunne møte innbyggerne i sitt nærmiljø.

Kommunen skal planlegge videre for et aldersvennlig samfunn og legge til rette for at eldre skal kunne delta, leve aktive liv og bevare sin selvstendighet så lenge som mulig.

Hjemmetjenesten har trukket dette inn i virksomhetsplan, men en del av videreutviklingen har måttet vente grunnet arbeid med pandemien, kommunesammenslåingen m.m.

Dekningsgrad for heldøgns omsorg

Den økende andelen av eldre skaper nye samfunnsmessige utfordringer. Den norske velferdsmodellen blir satt på prøve, og framskrivninger viser et økt behov for antall sykehjems plasser. Hvor stor må dekningsgraden være i årene fremover? Dekningsgrad betyr i denne sammenheng prosentandelen av antall eldre over 80 år som kommunen skal ha heldøgnstilbud til.

Størrelse på dekningsgrad

Skal dekningsgraden ligge på ca. 19 prosent, må det bygges 110 plasser annethvert år fra 2025. Dersom Asker kommune skal ha en dekningsgrad på 21 prosent, må det opprettes ca. 130 nye plasser med heldøgnsomsorg annethvert år fra 2023. Det ble høsten 2021 gjennomført en kartlegging av boligmassen og framskrivninger av behovet for blant annet heldøgns omsorg og andre botilbud tilknyttet helse- og omsorgstjenestene. Kartleggingen presenteres i neste avsnitt «Boligtrappen»

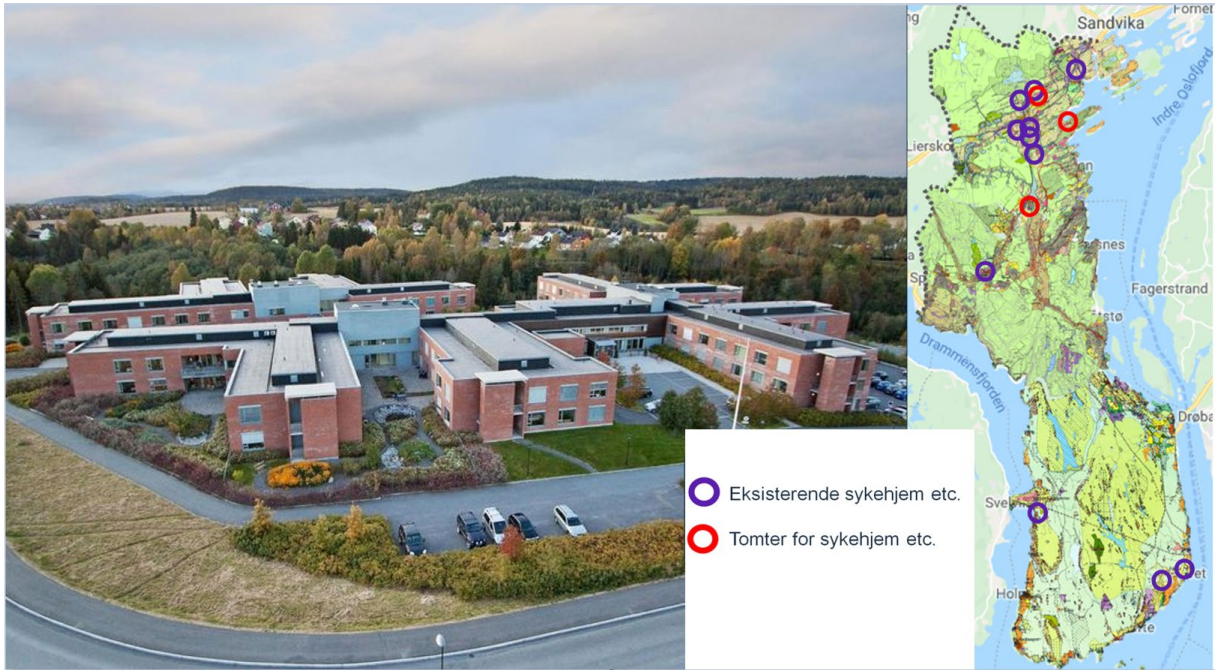
Dekningsgraden må ses i sammenheng med at de eldre er friskere og lever lenger. Nasjonalt er trenden å redusere dekningsgraden. Omstilling og nye måter å jobbe på vil kunne påvirke hvor mange heldøgns plasser som er nødvendige i kommunen. Utvikling av et aldersvennlig lokalsamfunn, nye boformer, lavterskel-/støttetjenester, oppbygging av ambulante tjenester og bruk av velferdsteknologiske løsninger er viktige utviklingsområder.

Tjenesteområdet skal jobbe med tjenestedreining ut fra innsatstrappen. Forebygging skal fremme god helse hos innbyggerne og legge til rette for at flest mulig kan bo hjemme lengst mulig.

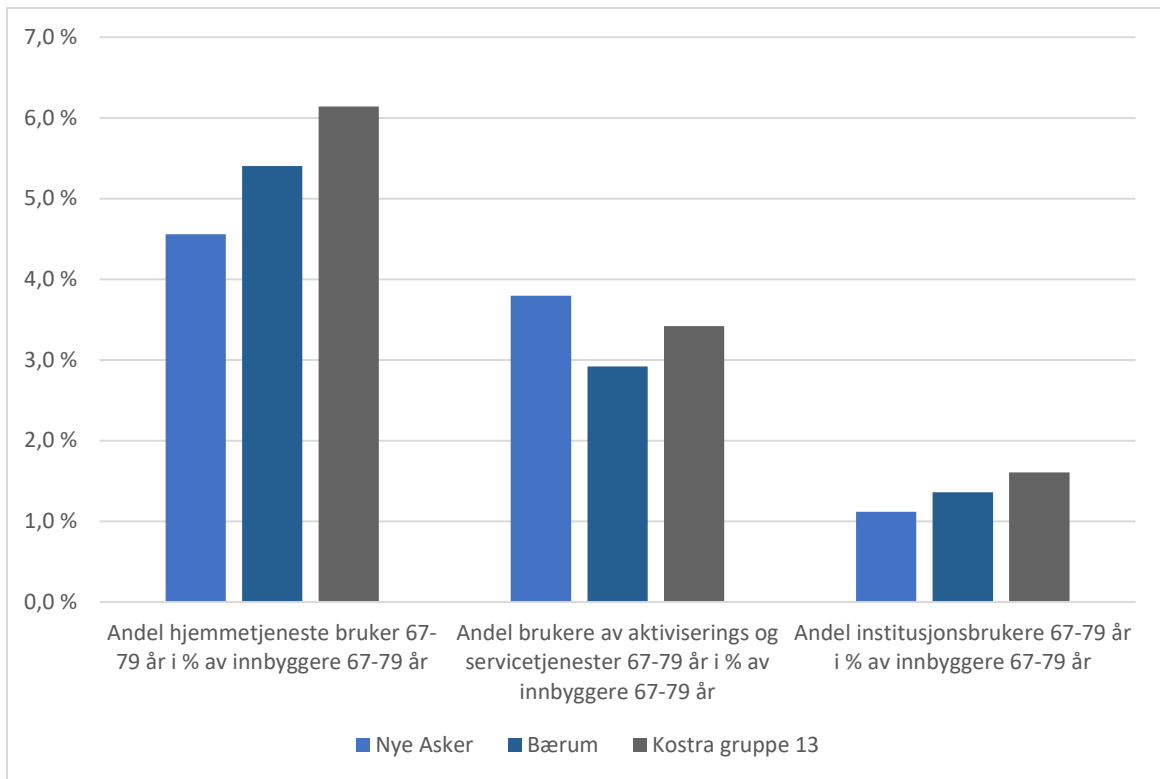
Tabellen under viser beregnet dekningsgrad for heldøgnsomsorg for eldre frem til 2024. Dekningsgraden er basert på prognose for antall innbyggere over 80 år.

Tabell 6: Dekningsgrad heldøgns omsorg eldre (19).

Dekningsgrad heldøgns omsorg eldre	2022	2023	2024	2025	2026
Eksisterende og planlagte boliger	794	822	862	862	862
Planlagte plasser HP 2022-2025	28	40	0	0	100
Sum	822	862	862	862	962
Beregnet dekningsgrad	19,8 %	19,9 %	18,9 %	17,6 %	18,4 %



Figur 14: Oversikt over sykehjem og sykehjemstomter i Asker kommune

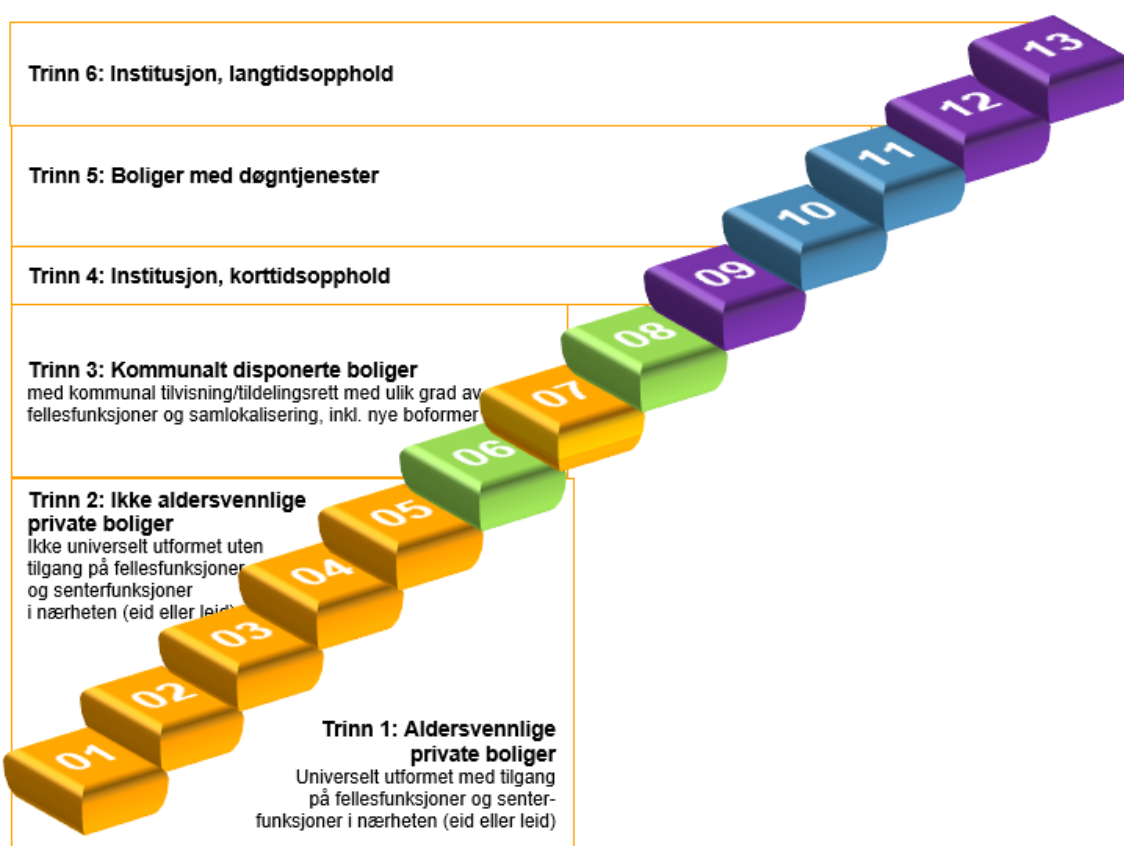


Figur 15: Andel brukere 67-79 år i Asker kommune

Boligtrappen – rapport fra Agenda Kaupang

Konsulentselskapet Agenda Kaupang har sammen med Asker kommune utviklet en boligtrapp, som ledd i arbeidet med å planlegge for et aldersvennlig Asker og bærekraftige tjenester. Agenda Kaupang har levert en delrapport om boligtrapp i oktober 2021 «Helhetlig boligtrapp i Asker kommune – delrapport 1». I rapporten vises det to alternative framskrivninger (alternativ 0 og 1), sammenlignet med kommunens planer for utvidelse av kapasiteten for heldøgns omsorg.

Boligtrappen er bygd på innsatstrappen, som Asker kommune tidligere har samarbeidet med Agenda Kaupang om å utvikle. Trappene utfyller hverandre og gir utgangspunkter for forebygging og dreining av tjenester for å møte utfordringene som møter oss i årene som kommer.



Figur 16: Boligtrappen og sammenhengen med Innsatstrappen (20).

Kartlegging

I arbeidet med boligtrappen har kommunen kartlagt kommunens 1481 boliger, og vist til ulike parametere som målgruppe, boligens egnethet for målgruppen, boligstandard, eventuell bemanning med mer. Det er også registrert alder på beboere og antall ledige plasser ved samtlige sykehjem / omsorgssentre. Kartleggingen har gitt mer detaljert kunnskap enn det som finnes i tidligere publisert offentlig statistikk. Nåværende botilbud for eldre med døgntjenester består av 771 boenheter, fordelt på 245 boliger og 526 sykehjemsplasser, hvorav 391 er langtids- og 135 er korttidsplasser. (Tallene er oppdatert etter publisering av boligrapporten.)

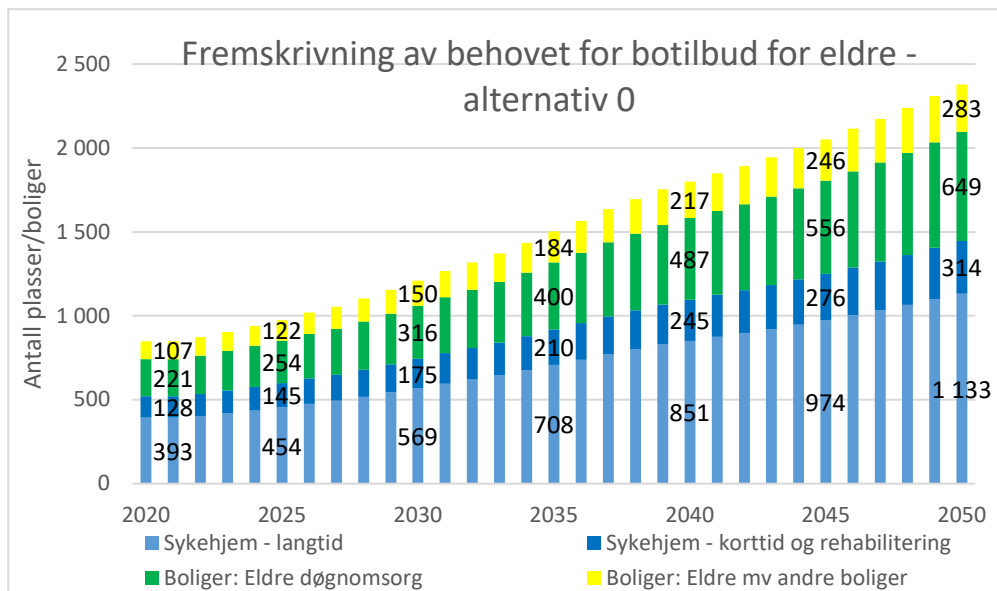
Analyse av fremtidige behov for boliger og sykehjemsplasser

Agenda Kaupang har analysert fremtidige boligbehov ut fra boligkartleggingen, sett i forhold til befolkningsprognoser m.m. Det fremkommer i rapporten at Asker kommune i utgangspunktet ligger godt an i og med den lave andelen av eldre som bor på institusjon, og at andelen eldre over 80 år med tjenester fra kommunen er redusert med 6 prosent fra 2007 til 2021 og utgjør nå ca. 34 prosent (tilsvarende andel for landet er på rundt 41 prosent).

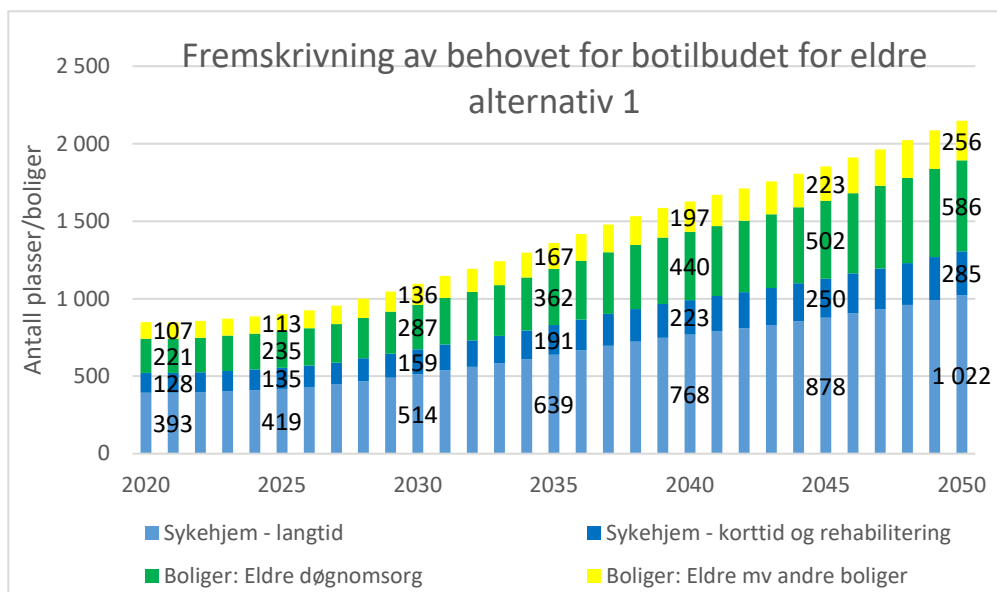
I rapporten presenteres to alternativer for beregning av fremtidige behov for sykehjem og kommunale utleieboliger.

- **alternativ 0:** en videreføring av dagens andel av befolkning som mottar botilbud med heldøgnsbemanning, dekningsgrad (se tabell 6)
- **alternativ 1:** en reduksjon av dekningsgraden med 10 prosent

De to neste figurene viser alternativ 0 og 1.



Figur 17: Fremskrevet behov for boliger til eldre 2021–2050 fordelt på aldersgrupper, alternativ 0 (20).



Figur 18: Fremskrevet behov for boliger til eldre 2021–2050 fordelt på aldersgrupper, alternativ 1 (20).

Fram mot 2030

I forslag til handlingsprogram 2022–2025 er det planlagt 266 nye heldøgns plasser frem mot 2030. Dette inkluderer:

- 23 langtids plasser (netto økning) ved etablering av Hurum bo- og omsorgssenter (innfasing høsten 2021) og avvikling av Filtvet- og Klokkarstua bo og omsorgssenter
- 28 langtids plasser ved Solgården bo- og omsorgssenter (2022)
- 40 plasser ved Søndre Borgen helsehus (2023)
- 100 plasser ved nytt bo- og omsorgssenter (2026)
- 75 plasser ved nytt bo- og omsorgssenter (eventuelt byggetrinn 2 – 2030)

Ved utbygging av nye bo- og omsorgssentre er det per i dag ikke tatt stilling til geografisk plassering, eller fordeling av type plasser og eventuelt omsorgsboliger.

Forslaget gir 1034 boenheter med heldøgns tilbud i 2030.

- **alternativ 0** viser behov for 1060 plasser eller boliger, så dagens planer er tilnærmet tilstrekkelig
- **alternativ 1** viser behov for 960 plasser eller boliger, så dagens planer er mer enn behovet og gir rom for større handlingsrom ved utvikling av botilbud

Fram mot 2040

Videre økning av antall eldre vil kreve vesentlig flere boenheter med døgnomsorg. I delrapporten angis følgende anslag:

- **alternativ 0** viser behov for 1583 plasser eller boliger - økning på 815 (206 %) fra nåværende status, og 549 ut fra planlagt omfang i 2030
- **alternativ 1** viser behov for 1431 plasser eller boliger - økning på 663 (186 %) fra nåværende status, og 397 ut fra planlagt omfang i 2030

Veien videre – boligtrapp delrapport 2

Neste fase i utviklingen av boligtrappen (delrapport 2) vil blant annet handle om å konkretisere hva som skal til for å nå alternativ 1, dvs. redusere dekningsgraden med 10 prosent.

Tabellen nedenfor skisserer hvert trinn i boligtrappen mer detaljert.

Tabell 7: Boligtrappens trinn med innhold (20)

Boligtrapp eldre (trinn i helhetlig Innsatstrapp)	Målgruppe	Behov for bistand (snitt enhetskostnad kommunal bistand)	Fellesfunksjoner i bygget og i nærområdet	Eierskap – privat eller kommunalt
Trinn 6 Institusjon - langtidsopphold (trinn 12 og 13)	Behov for helsehjelp	Omfattende behov i en lengre periode (1,2 mill. kr per plass)	Fellesfunksjoner i kommunal regi i bygget	Kommunen eller private
Trinn 5 Kommunale boliger (omfattende bistand) (trinn 10 og 11)	Behov for helsehjelp	Omfattende behov, helsetjenester fra base i samme bygg (0,7 mill. kr per bolig)	Fellesfunksjoner i privat eller kommunal regi i bygget Krav til private utbyggere om fellesfunksjoner i bygget	Kommunen Tildelingsavtaler med private utleiere
Trinn 4 Institusjon, korttidsopphold (trinn 9)	Behov for helsehjelp, rehabilitering og avlastning	Omfattende behov i en kortere periode (1,4 mill. kr per plass)	Fellesfunksjoner i kommunal regi i bygget	Kommunen eller private
Trinn 3 Kommunale boliger (lite bistand) (trinn 6 og 8)	Sosialt vanskeligstilte Behov for helsehjelp	Variierende behov, ambulant hjemmetjenester (0,2 mill. kr per bolig) Sosiale tiltak fra Husbanken og kommunen	Krav om fellesfunksjoner i privat eller kommunal regi i nærheten av boligene («5 minutters lokalsamfunnet») eller i boligene (nye boformer)	Kommunen Tilvisnings- og tildelingsavtaler med private utleiere Utpekingsavtaler for eide private boliger
Trinn 2 Ikke aldersvennlige private boliger (trinn 1–5 og trinn 7)	Behov for helsehjelp Sosialt vanskeligstilte Eldre uten behov for kommunale tjenester	Variierende behov, ambulant hjemmetjenester (0,2 mill. kr per bolig) Sosiale tiltak fra Husbanken og kommunen	Ikke universelt utformet, uten tilgang på fellesfunksjoner og senterfunksjoner i nærheten Ingen særskilte krav til utbyggere om fellesfunksjoner i	Boliger som eldre eier eller leier

			nærheten eller i boligen	
Trinn 1 Aldersvennlige private boliger (trinn 1–5 og trinn 7)	Behov for helsehjelp Sosialt vanskeligstilte Eldre uten behov for kommunale tjenester	Varierende behov, ambulant hjemmetjeneste (0,2 mill. kr per bolig) Sosiale tiltak fra Husbanken og kommunen	Universelt utformet med tilgang på fellesfunksjoner og senterfunksjoner i nærheten Krav til utbyggere om fellesfunksjoner i nærheten eller i boligen <i>Eksempler: «5 minutters lokalsamfunnet» med sosiale og kulturelle møteplasser, butikker, kafeer og andre funksjoner i nær- og lokalsenter</i>	Boliger som eldre eier eller leier

Alle figurer eller tabeller er hentet fra Agenda Kaupang sin rapport.

5. Folkehelse – utfordringsbildet

Et effektivt folkehelsearbeid er en viktig forutsetning for å nå bærekraftmålene.

Befolkningens helse og livskvalitet, og en rettferdig fordeling av disse, er avgjørende for bærekraften i et samfunn. Folkehelse har mye til felles med sosial bærekraft, og kanskje særlig i et lokalsamfunnsperspektiv kan disse områdene dra nytte av hverandre og spille på lag.

Fremme, forebygge, beskytte, utjevne

Folkehelseloven definerer folkehelsearbeid som «samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen» (21).

Befolkningens helse og livskvalitet påvirkes av mange forhold. I kunnskapsgrunnlaget omtales blant kvaliteter ved nærmiljø, boforhold, transport, helsetjenester, kultur- og aktivitetstilbud for eldre. Videre påvirkes den enkeltes helse og livskvalitet av helseadferd og den livsstilen vi fører. Fysisk aktivitet, alkohol, tobakk og kosthold er nært knyttet til såkalte livsstilssykdommer som diabetes 2, kreft og hjerte- og karsykdom. I folkehelsepolitikken har også psykiske plager og lidelser blitt løftet frem som en av vår tids store folkehelseutfordringer. For å fremme psykisk helse og trivsel og forebygge ensomhet

er det nødvendig å stimulere til etablering av sosiale nettverk, deltakelse, aktivitet og sosial støtte i hverdagslivet.

Forventet levealder i Asker

Vi har hatt en økende forventet levealder i Norge¹. Det er positivt at det blir flere eldre, og at levealderen øker, men det er viktig at de ekstra leveårene er gode. En høyere forventet levealder i befolkningen medfører samtidig større risiko for helseutfordringer som melder seg ved høy alder, og flere vil leve lenger med sykdommer enn tidligere. Det vil blant annet påvirke behovet for helse- og omsorgstjenester og hvordan vi best legger til rette for disse.

Tabell 8: Forventet levealder i Asker og Norge (22)

	Kvinner	Menn
Asker	84,5	80,9
Hele landet	83,7	79,6

I Asker er forventet levealder for kvinner 84,5 år og for menn 80,9 år. Det er store forskjeller i forventet levealder på tvers av kommuner, men også innad i kommuner.

Forventet levealder påvirkes blant annet av utdanning. I Asker skiller det 5,6 år i forventet levealder mellom de med høy og lav utdanning (22). Dette er høyere enn landsgjennomsnittet.

Sosial ulikhet i helse

Selv om folkehelsen generelt er god, så er det betydelige forskjeller i helse og livskvalitet tilknyttet utdanningsnivå og sosiale og økonomiske ressurser hos innbyggerne. Økningen i forventet levealder og antall friske leveår gjelder hovedsakelig for høyere sosiale sjikt. Det er også dokumentert at disse forskjellene er økende. Innsats for å redusere sosial ulikhet i helse er viktig framover både i Asker og i landet for øvrig.

For å forebygge sosial ulikhet i helse må man ha fokus på alle ledd i årsakskjeden gjennom livsløpet. Samfunnsmessige forhold som sosiale møteplasser og egnede boliger er sentralt. Videre vil forbedrede levevaner i befolkning, som reduksjon i tobakk og skadelig alkoholbruk, mer fysisk aktivitet og fokus på gode matvaner, innebære å styrke mestringssevnen i hverdagen både fysisk og psykisk.

Livskvalitet

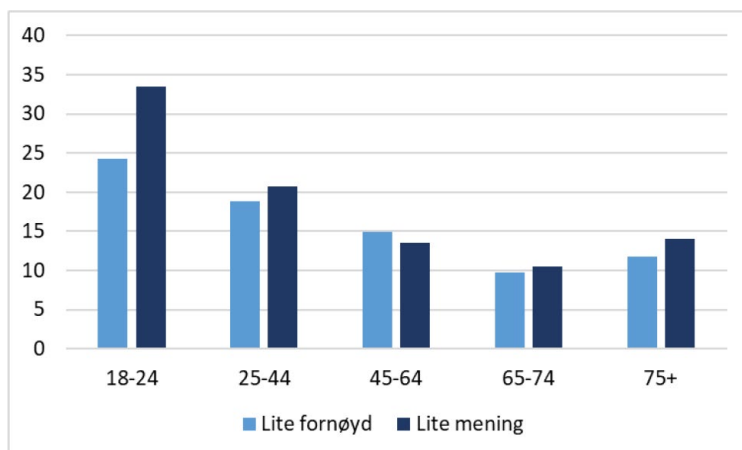
Ordet livskvalitet omfatter både subjektive opplevelser som glede og mening, og mer objektive forhold knyttet til levekår. For å skape et godt, bærekraftig og helsefremmende samfunn trenger vi kunnskap både om livsbetingelser og levekår - og hvordan folk opplever å ha det.

Eldre opplever å ha god livskvalitet sammenlignet med yngre. Rapporten Livskvalitet i

¹ Forventet levealder i et enkelt år viser hvor lenge vi forventer at barna som ble født dette året, vil leve. Forutsetningen for regnestykket er at dødeligheten i framtiden vil være akkurat som i for eksempel 2020.

Norge 2019 viser at:

- De fleste sider av livskvaliteten ser ut til å stige med alderen frem til 70 år, og færre opplever ensomhet og negative følelser ettersom de blir eldre.
- De som har en partner oppgir bedre livskvalitet, mindre ensomhet og færre psykiske plager enn de som er enslige.
- De mest fornøyde er godt voksne og eldre som er gift, med god økonomi og som er yrkesaktive eller pensjonister.
- Andelen med lav livskvalitet er særlig høy blant dem som har helseplager, som opplever å ha dårlig råd, som er uføre, arbeidsledige eller mottar sosialhjelp (23).

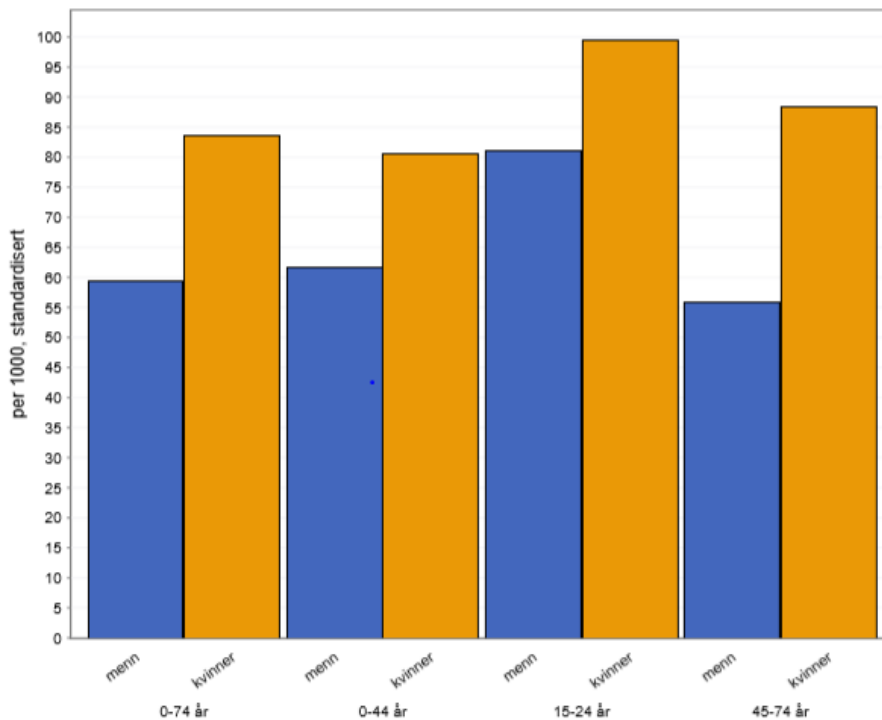


Figur 19: Lite fornøyd med livet og opplevelse av lite mening i det daglige fordelt på alder (24).

Psykiske lidelser

Psykiske lidelser og plager er vanlig, også hos eldre. Vi har begrenset kunnskap om utbredelsen av psykiske lidelser i ulike aldersgrupper i Norge, men en del studier tyder på at forekomsten er høyest blant unge voksne, at den minker med alderen, for så å øke blant de aller eldste (25). De vanligste psykiske lidelsene blant voksne er angstlidelser, depresjon og rusbrukslidelser (26).

Tabellen under er basert på antall unike personer i kontakt med fastlege eller legevakt i Asker for psykiske lidelser per 1000 innbyggere per år fordelt på kjønn og ulike aldersgrupperinger. (Dersom en person har vært i kontakt med fastlege eller legevakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang).



Figur 20: Antall personer i kontakt med fastlege eller legevakt i Asker for psykiske lidelser per 1000 innbygger per år (22).

Psykiske lidelser kan være vanskeligere å fange opp hos eldre, noe som gjør forekomsttallene usikre. Dette kan være fordi symptomene presenterer seg på uvanlige måter, eller er «pakket inn» i et komplekst sykdomsbilde. Angst hos eldre kan for eksempel arte seg som fysiske symptomer og i mindre grad som bekymring. Pasienten, pårørende eller helsepersonell kan også oppfatte den psykiske lidelsen som del av aldringsprosessen i seg selv. I utredning og behandling av psykiske plager og lidelser hos eldre må man ta hensyn til aldring, kognitiv funksjon, samtidige sykdommer og legemiddelbruk (27).

Depresjon og angst er den vanligste psykiske lidelsen blant eldre og rammer flere kvinner enn menn. Sosial isolasjon, ensomhet og tap av nære relasjoner er risikofaktorer for depresjon. Søvnproblemer ledsager ofte depresjon hos eldre. Noen ganger kan disse symptomene være så fremtredende at de overskygger personens depresjon (28).

Økt sosial og fysisk aktivitet er viktig for å forebygge psykiske lidelser. I møte med eldre bør derfor fastlegen og annet helsepersonell spørre om fysisk og sosial aktivitet og gi råd om økt aktivitet hvis personen ikke er fysisk og/eller sosialt aktiv.

I de nasjonale rådene fra Helsedirektoratet anbefales det at kommuner gjør en vurdering av om det er behov for å:

- opprette frisklivssentraler
- opprette avlastningstilbud
- utvikle samarbeidet med frivillige organisasjoner
- opprette tilpassede dagtilbud

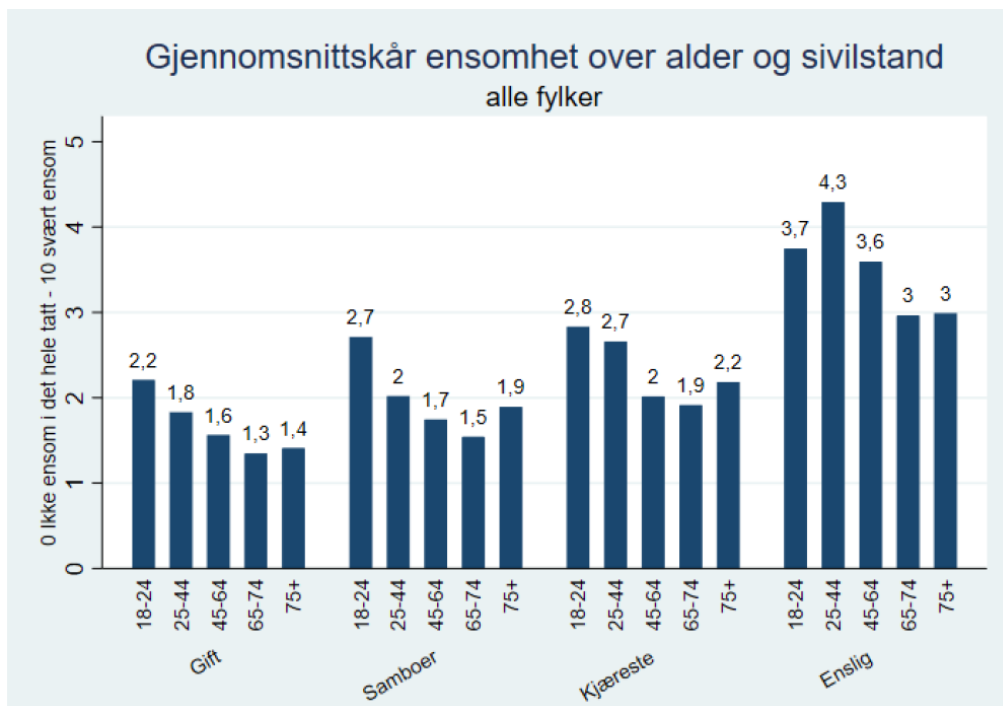
- opprette pårørendeskoler og samtalegrupper
- ta i bruk ny velferdsteknologi

Mestringshuset er et lavterskeltilbud i Asker for innbyggere som opplever mildere psykiske helseutfordringer og/eller begynnende rusproblemer. Her tilbys det kurs, grupper og individuelle behandlingstilbud. Tilbudet omfatter alle over 18 år og eldre, inkludert pårørende med støtte for å håndtere belastninger relatert til dette.

Ensomhet og sosial støtte

Ensomhet er definert som *en sterkt ubehagelig opplevelse av å ikke få oppfylt sine sosiale behov*. Ensomhet er en subjektiv opplevelse, og noe de fleste har følt fra tid til annen - noe som er helt naturlig. Ensomheten kan imidlertid bli problematisk hvis den blir langvarig eller kronisk. Utover å være smertefull, er ensomhet også en betydelig risikofaktor for sykdom og tidlig død, på linje med røyking, fedme og fysisk inaktivitet. Ensomhet er for eksempel assosiert med depresjon, høyt blodtrykk og hjerte-karsykdom, nedsatt kognitiv funksjon og demens.

Forebygging av ensomhet er et satsingsområde i folkehelsepolitikken. Som med livskvalitet er det mye som tyder på at ensomhet ikke er et generelt aldersrelatert problem. Snarere er ensomhet knyttet til ulike livssituasjoner og livsendringer og mangel på sosial støtte. Sosial støtte kan sies å være det motsatte av ensomhet. Som figuren under viser er det størst andel ensomme blant unge. Videre er det flere enslige som er ensomme i alle aldersgrupper.



Figur 21: Gjennomsnittscore ensomhet siste uke.

Aleneboende er mer utsatt for å oppleve ensomhet, og de mangler oftere enn andre noen de kan regne med hvis de opplever personlige problemer og belastninger. Siden

begynnelsen av 1970-tallet har det blitt stadig flere som bor alene i Norge og andelen er størst blant eldre. I Asker bor 38 prosent av eldre over 75 år alene (i landet for øvrig er andelen 44 prosent). Å bli aleneboer på sine eldre dager henger ofte sammen med at man mister sin livsledsager og gradvis sitt sosiale nettverk, med den emosjonelle belastningen dette medfører.

Blant personer under pensjonsalder er det rundt 7 prosent som mangler sosial støtte, imens det er dobbelt så mange over pensjonsalder som mangler sosialt støtte.

Blant eldre over 67 år rapporterer 21 prosent av kvinnene og 12 prosent av mennene at de er ensomme. Det er altså langt flere kvinner enn menn som rapporterer om ensomhet, men trolig er det stor underrapportering blant menn (25).

I tillegg viser forskning at uføre og personer som bor i husholdninger med relativt lave inntekter, oftere mangler sosial og emosjonell støtte. Det viser seg at sosiale nettverk til personer med høyere sosioøkonomisk status beskytter bedre mot ensomhet, som igjen fører til bedre helse. Det anbefales derfor at tiltak rettet mot å forebygge eller redusere ensomhet og sosial ekskludering i eldre år bør ta høyde for sosial ulikhet i både nettverk og helse.

Regjeringens strategi «saman mot einsemd» (2019-2023) (25) inneholder konkrete tiltak for å forebygge ensomhet hos eldre:

- utvikling og utprøving av teknologiske verktøy for å mobilisere mot ensomhet
- aktivitetstiltak for å motvirke ensomhet og passivitet
- forebyggende hjemmebesøk
- livsglede for eldre og livsgledesertifisering
- besøks- og aktivitetsvenner i eldreomsorgen
- lokale møteplasser
- bidra til å utvikle et større mangfold av møteplasser mellom generasjoner

Eldre med minoritetsbakgrunn

Nyere nasjonal og internasjonal forskning viser at eldre etniske minoriteter har andre og større helseutfordringer og lavere livskvalitet enn majoritetsgruppen. Samtidig viser norske undersøkelser at de i mindre grad enn etniske nordmenn bruker offentlige omsorgstjenester (29). Det kan være flere årsaker til det. En rapport fra Alzheimer Europe, omtalt av Aldring og helse (30), peker på noen mulige årsaker, slik som manglende tillitt til det offentlige helsetilbudet, mangel på kulturell tilrettelegging, lave språkkunnskaper i helsetjenestene, stigmatisering ved sykdom og at familien selv ønsker å ta vare på den eldre.

Undersøkelser viser at eldre med minoritetsbakgrunn har med seg kulturelle verdier der familieomsorg står sterkt. Barrierer i helsetjenestene vil kunne legge mer press på de pårørende (31). Muligheten til å ivareta kulturelle verdier og tradisjoner, og for kommunikasjon på eget morsmål med helsetjenestene er viktig for å ivareta denne gruppen. Dette betyr at den kulturelle kompetansen i norsk helsevesen bør økes (29).

Hvordan man møter og kommuniserer med denne gruppen får betydning for om man klarer å utvikle likeverdige helsetjenester (31).

Andelen eldre med minoritetsbakgrunn med psykiske helseplager er høyere enn i majoritetsbefolkningen. Dette kan ha mange årsaker, og det er viktig å forstå den enkeltes kulturelle bakgrunn for å gi god hjelp. Sykdom og plager kan forstås og uttrykkes helt annerledes enn helsetjenestene er vant med. I mange kulturer er også psykisk helse ikke noe man snakker om, mens andre har ikke ord for demens og depresjon (31). Her blir også økt kulturell kompetanse i helsetjenestene viktig for å forstå utfordringene og gi gode og likeverdige tjenester til eldre med minoritetsbakgrunn.

Vanlige dødsårsaker og skader hos eldre

I dag skjer de fleste dødsfall i Norge i de høyere aldersgruppene. Reduserte dødstall i disse aldersgruppene vil ha mest å si for en fortsatt økning i forventet levealder. Omlag 80 prosent av alle dødsfall skjer etter fylte 70 år, og 60 prosent etter fylte 80 år. Viktige dødsårsaker blant eldre er hjerte- og karsykdommer, kreft og demens (25).

Alkoholforbruk og medikamenter

Det har vært en sterk økning i alkoholforbruk blant eldre i Norge. I følge tall fra SSB drikker 38 prosent av eldre (67-79 år) en dag i uka eller mer (32). Høyere utdanning og urbanisering er forbundet med høyere alkoholkonsum. Eldre tåler alkohol dårligere enn yngre, og de er mer utsatt for alkoholrelaterte skader og sykdommer. En finsk studie viser at 87 prosent av de eldre som drikker alkohol også bruker medisiner. Ved samtidig bruk av alkohol vil virkningene av medisinene enten svekkes eller forsterkes. En studie viser for eksempel at eldre som tar antidepressiva har 70 prosent større risiko for hoftebrudd enn andre eldre, fordi antidepressiva gir mer benskjørhet og dårligere balanseevne. Selv om studien ikke sier noe om *kombinasjon med alkohol*, vet vi at ved en kombinert bruk av medisiner og alkohol er det sannsynlig at disse virkningene forsterkes (33).

Vold mot eldre

Mange utsettes for vold og overgrep fra sine nærmeste uten at andre er klar over det. Å bli utsatt for vold i nære relasjoner kan medføre langvarige fysiske og psykiske plager, og det regnes som et folkehelseproblem (34).

Vold mot eldre er et skjult problem som underrapporteres. Det kan være flere årsaker til at forhold knyttet til vold og overgrep ikke avdekkes. Det kan skyldes et avhengighetsforhold og/ eller manglende evne til å si ifra, at omgivelsene ikke fanger opp signaler, eller kanskje skam og skyld hos den som er rammet. Eldre personer kan utsettes for overgrep fra partner, voksne barn eller barnebarn og i institusjoner fra andre pasienter eller helsepersonell.

Helsepersonell som møter pasienter med psykiske lidelser eller uklare skader, plager og symptomer bør derfor kartlegge om pasienten opplever vold.

Risikofaktorer for å oppleve vold kan være lite eller dårlig fungerende nettverk, rus, psykisk

sykdom eller omsorgsbelastning hos nære personer, manglende kunnskap hos ansatte og fravær av rutiner og ledelseskultur for håndtering av overgrep mot eldre.

Personer med demenssykdom har særlig risiko både for å bli utsatt for vold av omsorgspersoner og andre, og for selv å bli utøvere av vold. De vil kunne ha problemer med å melde ifra om hva de utsettes for eller ha vansker for å bli trodd (27).

Ulykkesskader

Under beskrives de vanligste skadene man finner blant eldre. Opplysningene er hentet fra Skadeforebyggende forum som er en uavhengig, ideell organisasjon og en nasjonal møteplass for aktører som er opptatt av å redusere antall ulykker som fører til personskade (35).

- Fallskader (brudd, slag, støt) som følge av svekket muskelstyrke og dårlig balanse
- Brannskader, eller dødsfall, som følge av husbrann. En tredel av alle omkomne i brann i Norge er over 70 år, mens gruppen utgjør 15 prosent av befolkningen.
- Trafikkskader, enten som bilist, syklist eller fotgjenger. Eldre bilførere løper større risiko for å bli skadet eller omkomme i trafikken enn gjennomsnittet.
- Forgiftning som følge av feilaktig inntak av legemidler

Risiko øker med alderen

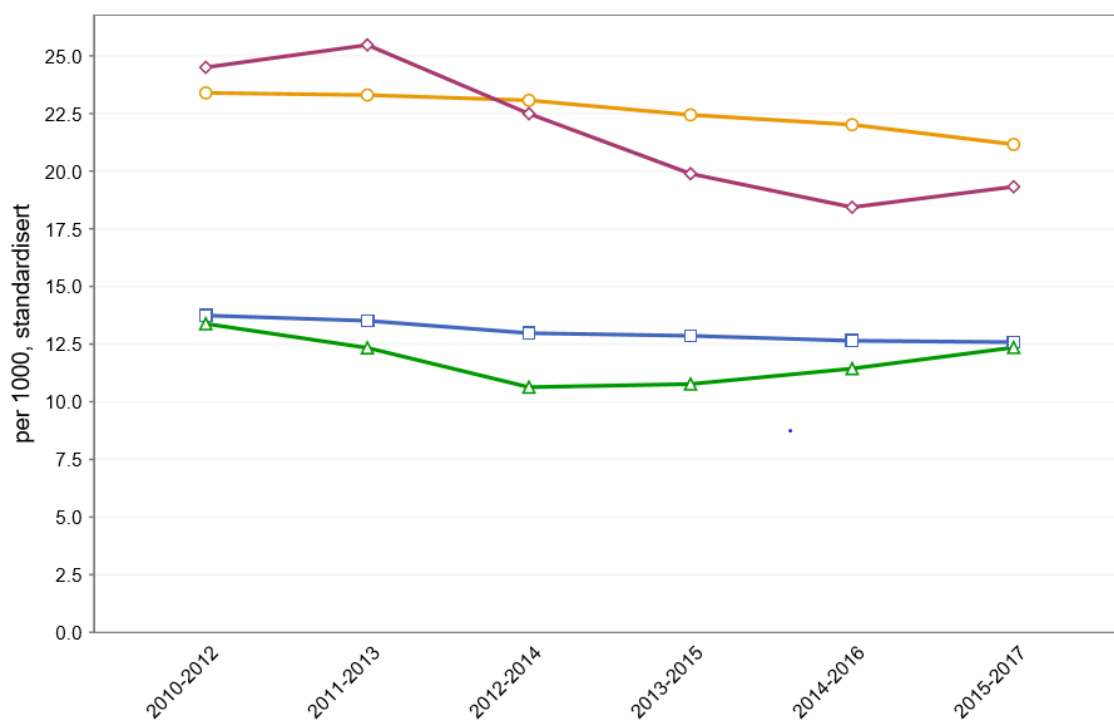
- Risikoen for ulykker som medfører personskader øker med årene, og særlig fra 80-årsalderen. Både ulykkene, og skadene som følger av dem, henger sammen med aldringsprosessen, som reduserer reaksjonsevnen, balansen og øye- og muskelstyrken. Mange opplever å få dårligere gange, og normalt mister man halvparten av muskelstyrken fra 30 til 80 år.
- Eldre over 65 år står for ca. 60 prosent av alle ulykkesskader med døden som følge.

Om fallulykker blant eldre

- Hvert år blir nær 10 prosent av alle over 65 år skadd, 80–90 prosent av dem i fallulykker.
- Ca. én av tre over 65 år og annenhver over 80 år faller hvert år.
- Fallulykker er hovedårsak til at det årlig er ca. 10 000 hoftebenbrudd hos personer over 65 år.

Totalt for alle aldersgrupper skjer en av tre fallulykker i eller ved bosted. Norge ligger på verdenstoppen når det gjelder hoftebrudd. Av de vel 9 000 personene – de aller fleste kvinner – som blir rammet hver år, bor ca. 75 prosent hjemme.

Fallskader er rangert som den sjetteste viktigste bidragsfaktoren til helsetap i Norge, større enn helsetapet forbundet med hjerte- og karsykdommer. Utendørs skyldes mange fallulykker glatt føre og manglende strøing på fortau, mens løse ledninger, teppekanter, trapper og andre «fallfeller» øker risikoen for fallulykker innendørs (25).



Figur 22: Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus per 1000 innbygger per år med hoftebrudd i Asker og landet for øvrig (22).

- Hele landet, Hoftebrudd (S72.0-S72.2), menn, 75 år +
- Hele landet, Hoftebrudd (S72.0-S72.2), kvinner, 75 år +
- ▲ Asker, Hoftebrudd (S72.0-S72.2), menn, 75 år +
- ◆ Asker, Hoftebrudd (S72.0-S72.2), kvinner, 75 år +

Figur 23: Antall hoftebrudd hos kvinner og menn over 75 år

Figuren over viser at flere kvinner enn menn legges inn med hoftebrudd 19,3 av 1000 mot 12,4 av 1000

Menn skader seg oftere enn kvinner fram til omtrent 55 års alderen, men med økende alder blir skader mer hyppig blant kvinner. Denne forskjellen kan i stor grad tilskrives en høyere forekomst av hoftebrudd og andre bruddskader blant eldre kvinner (36).

Generelt sett får skader blant eldre ofte alvorlige konsekvenser i form av langvarig sykeleie, nedsatt livskvalitet og i verste fall døden til følge. Det er pekt på flere faktorer som påvirker ulykkeshendelsen og dens konsekvenser, som f.eks. medisinbruk og beinskjørhet, forhold ved de fysiske omgivelser som møblering og belysning, og mulighet for nødvendig hjelp og assistanse (37).

Ifølge fallbarometeret.no (lagd av Skadeforebyggende forum) er det 138 hoftebrudd i Asker årlig. Dette koster samfunnet ca. 76 millioner kroner, hvorav Asker kommune betaler ca. 38 millioner.

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet er viktig for å opprettholde god helse i eldre år, men kartlegginger viser at kun tre av ti voksne og eldre er aktive nok (38).

Aktivitetsnivået blant voksne og eldre er relativt stabilt ved økende alder, men etter 70 år blir man betydelig mindre aktive. Effektene av trening er imidlertid like stor for eldre som for yngre. Beregninger viser at en 70-åring kan vinne tre leveår med god helse ved å være fysisk aktiv (39). Vi har ikke lokale tall for fysisk aktivitet blant eldre i Asker.

Forskning viser videre at daglig fysisk aktivitet bidrar til å opprettholde mobilitet, balanse, evne til selvstendig forflytning og generell utførelse av daglige aktiviteter. Aktive eldre har mindre risiko for å utvikle, eller oppleve forverring av, demens sykdom eller psykiske lidelser. Videre kan fysisk aktivitet bedre mental helse og egen opplevelse av livskvalitet. Fysisk aktivitet kan redusere symptomer som angst, depresjon, apati og irritasjon. Regelmessig mosjon kan gi bedre søvn og redusere behov for medikamenter.

Styrke og balansetrening er særlig viktig for eldre for å forhindre fall og mestre dagliglivets oppgaver. Risikoen for å falle kan reduseres med 20–40 prosent gjennom systematisk trening (38).

I Asker er samarbeidet «Aktive lokalsamfunn» under utvikling mellom idretten, kommunen og andre aktører, der idrettslaget har tatt et utvidet ansvar for å styrke tilhørigheten, fellesskapet og aktivitetsnivået blant innbyggerne.

Demens

Demens er et samlebegrep på flere kroniske sykdommer som rammer hjernen. Sykdommene utvikler seg over tid og fører til endringer på områder som hukommelse, språk og væremåte. Vi kaller det demenssykdom når endringene påvirker evnen til å klare dagliglivets aktiviteter.

Forekomsten av demens øker med høy alder. Med et økende antall eldre, trengs det mer kunnskap om utbredelsen av demens for å kunne forebygge og planlegge den fremtidige demensomsorgen. Nyere forskning viser at antall personer med demens øker mer enn det som kommer frem i demensplan 2020.

Nøkkelinformasjon landet generelt:

- over 100 000 har demens i Norge i dag
- ca. 84 prosent av de som har langtidsplass i sykehjem, har demenssykdom
- over 40 prosent av dem som er over 70 år og får hjemmetjenester, har demens
- 60 prosent av personer med demens bor hjemme
- nesten halvparten av personer over 90 år har demens
- til sammen har ca. 71 000 personer blant hjemmeboende tjenestemottakere og sykehjemsbeboere i Norge demens
- i tillegg kommer de som ikke mottar hjemmetjenester eller er sykehjemsbeboere

- andelen med demens øker kraftig med alderen, fra 1,6 prosent i aldersgruppen 60 – 64 år til 43 prosent av personer som er 90 år eller eldre
- det vil være 237 000 personer med demens i 2050, dvs. over 130prosent økning (den største økningen vil komme i gruppen 90+) (40) (17).

I Asker estimeres det ifølge demenskartet.no at:

- at over 1 600 personer har demens i dag
- at 2 500 personer har demens i 2030
- at 3 500 personer har demens i 2040 (41)

Økt utdanningsnivå, bedring i levevaner, som redusert røyking og sunnere kosthold, og bedre kontroll med risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer, kan ha bidratt til å redusere risikoen. Den mest sannsynlige forklaringen på økt forekomst av demens i totalbefolkningen, er økt levealder generelt og flere eldre, og også at personer med demens nå lever lenger med sykdommen.

Demens er en stor påkjenning og utfordring både for den som rammes, de pårørende, helse- og omsorgstjenestene og samfunnet. Tapet av kognitive og motoriske funksjoner, samt psykiske tilleggssymptomer som angst, depresjon og vrangforestillinger fører ofte til store påkjenninger for dem som rammes av demens. Også blant pårørende, spesielt ektefelle eller barn, kan sykdommen medføre store belastninger. Opplevelsen av gradvis å miste sin nærmeste er en smertefull og ofte langvarig prosess. I tillegg er selve omsorgsbyrden ofte tung og slitsom. Dette kan gi økte risiko for psykisk og fysisk sykdom hos pårørende.

Demensplan 2025

Demensplan 2025 (42) er den tredje i rekken (etter demensplaner 2015 og 2020), og bygger på erfaringene fra de to forrige planene. Demensplan 2025 har fire innsatsområder: Medbestemmelse og deltakelse, forebygging og folkehelse, gode og sammenhengende tjenester og planlegging, kompetanse og kunnskapsutvikling.

I Demensplan 2025 pekes det på utfordringer som at

- mange lever for lenge med demens før de får diagnosen
- personer med demens får ulik oppfølging avhengig av hvor i landet de bor
- flere med demens opplever at de blir umyndiggjort og at andre tar avgjørelser på vegne av dem
- mange med demens ønsker å oppleve mer mestring og å fortsatt kunne være seg selv

Demensplan 2025 inneholder fire hovedinnsatsområder:

- medbestemmelse og deltakelse
- forebygging og folkehelse
- gode og sammenhengende tjenester
- planlegging, kompetanse og kunnskapsutvikling

Tiltak som vil bidra til å skape et demensvennlig samfunn kan være å

- tilpasse tjenestetilbudet og bidra til økt medvirkning for personer med demens
- følge opp pårørende
- sikre et godt aktivitetstilbud for personer med demens.
- øke kunnskap rundt sykdommen i befolkningen og hos helsepersonell
- sikre helhetlige og koordinerte helsetilbud
- tilrettelegge for brukervennlig design og universell utforming
- utvikle fremtidens boformer; demensvennlige boformer som del av en helhetlig, helsefremmende stedsutvikling for dem som vil bo hjemme, i kollektive boformer eller heldøgns omsorgsplasser. Integreerte konsepter gir mulighet til å tenke to tanker på én gang: både hensyn til omsorg og bolig. Eksempler: Sintef har i sin rapport Bo hele livet trukket frem en rekke prosjekter hvor botilbud tilrettelagt for personer med demens er integrert i en større bolig- og bystruktur

Veiviser demens er en nettside som er basert på Nasjonal faglig retningslinje om demens (43). Den ble lansert november 2021, og er utviklet i samarbeid mellom Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, Helsedirektoratet og Nasjonalforeningen for folkehelsen. Målet med veiviseren er å gi så god hjelp som mulig til personer med demens og deres pårørende. Veiviser demens gir kunnskap om hvordan beslutningstakere kan legge til rette for gode tjenester, den gir helse- og omsorgspersonell informasjon om hvordan personer med demens og deres pårørende kan følges opp på en god måte. I tillegg gir den nyttig informasjon til personer med demens og pårørende.

6. Eldrerådets spørreundersøkelse på Seniorkonferansen i Asker 2019

På Seniorkonferansen i Asker 7. november 2019 gjennomførte Eldrerådet en spørreundersøkelse. Av ca. 380 deltagere på konferansen, kom det inn 140 svarskjema. På skjemaet ble det bedt om tre punkter med innspill på hva deltagerne mener er viktige for å gjøre Asker mer aldersvennlig. Det kom inn til sammen 380 punkter med innspill.

Her er hvordan respondentene rangerte temaene – hva er viktig for å gjøre Asker med aldersvennlig:

- **transport** – fleste mente dette var viktig (130 svar)
- **sosial deltagelse og inkludering** (85 svar) - her var det Innbyggertorgene som de fleste var opptatt av
- **bolig** (67 svar)

I teksten videre henvises det til relevante funn fra spørreundersøkelsen.

7. Aldersvennlige lokalsamfunn

Aldersvennlige lokalsamfunn handler om å skape omgivelser som gjør det mulig for eldre å delta aktivt i samfunnet, skape attraktive bomiljøer, leve meningsfulle sosiale liv, ha tilgang til turmuligheter som gir muligheter for fysisk aktivitet m.m. Dette oppnår man blant annet gjennom å se eldre som en variert gruppe med ressurser, så vel som ulike behov. Både forskning og erfaring viser at det som er bra for eldre som regel er godt for alle. Transport og universell utforming er dekket lenger ned i kapitlet.

Hva er et aldersvennlig lokalsamfunn?

WHO definerer aldersvennlig samfunn som et samfunn hvor vi:

- anerkjenner mangfoldet blant eldre
- fremmer inkludering av eldre
- verdsetter Eldres bidrag i samfunnet
- respekterer Eldres beslutninger
- forventer og responderer på aldersrelaterte behov og preferanser (44)

God medvirkning i stedsutviklingsprosesser og tjenesteutvikling er viktig. Det bidrar til at tiltakene blir mer treffsikre og at Eldres behov og ønsker i større grad blir møtt. Medvirkning og samskaping bærer også ut i en grunnleggende ide om at den enkelte er ekspert i eget liv, og har rett til å ta del i beslutninger som angår dem. Eldrerådet i Asker er i denne sammenheng en viktig aktør som naturlig bør involveres tidlig i ulike prosesser som angår eldre.

Mange eldre opplever begrenset mobilitet. Utvikling og fortetting rundt knutepunkter kan derfor være et nyttig grep for å bidra til å skape nærmiljøer hvor ulike funksjoner og tjenester ligger i nærheten av hverandre (bolig, jobb, skole, offentlige tjenester, kollektivtransport). Slike nærmiljøer kan redusere bilbruk, øke hverdagsaktiviteten, gjøre det enklere for blant annet eldre å bo i egen bolig og bidra til effektive kommunale og private tjenester.

Det er også viktig å hindre isolasjon og sikre tilgangen til sosiale nettverk. Dette kan gjøres gjennom å skape gode bomiljøer med attraktive uteområder og sosiale møteplasser. Studier viser at dette øker den sosiale og fysiske aktiviteten (45). Ifølge Norske Arkitekters Landsforbund (46) er det et viktig poeng å forsøke å treffe flere grupper, for eksempel unge og eldre, i utviklingen av nye tilbud og tjenester. Dette kan også gjøres gjennom boligutvikling ved at ulike generasjoner og folk i ulike livssituasjoner kan leve sammen.

Senter for aldersvennlig Norge

Et nasjonalt program for å skape et aldersvennlig Norge har som mål å skape aldersvennlige kommuner og lokalsamfunn, organisasjoner og virksomheter. Programmet skal bidra til å realisere regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn og bygger på WHO's konsept for aldersvennlige byer og lokalsamfunn (47). Programmet har fem tiltak:

- planlegg for egen alderdom
- eldrestyrt planlegging
- nasjonalt nettverk for aldersvennlige kommuner
- partnerskapsordning
- seniorressursen

Videre i dette kapitlet skal vi gå gjennom hva som er et aldersvennlig samfunn med tanke på fysisk utforming og tilrettelegging, for eksempel mobilitet og deltakelse, universell utforming, transport og egnede boliger.

Universell utforming

Universell utforming handler om å skape et samfunn der det er plass til alle, og å øke menneskers mulighet til samfunnsdeltakelse gjennom utformingen av omgivelsene våre. Løsninger skal utvikles slik at de kan brukes av alle, uavhengig av funksjonsevne. Dette innebærer et særskilt fokus på å tilrettelegge for grupper som eldre, bevegelses-, hørsels- og synshemmede, og mennesker med kognitiv funksjonsnedsettelse. Man ser samtidig at tiltak rette mot disse gruppene kommer alle til gode. For eksempel vil tilgjengelighet for rullestoler også sikre tilgjengelighet for barnevogner.

Lik mulighet til samfunnsdeltakelse bunner ut i verdien om likeverd og grunnleggende demokratiske prinsipper. Ettersom eldre ofte opplever sviktende helse er universell utforming med på å øke deres mulighet for et sosialt liv, selvstendighet og evnen til å ta vare på seg selv. Dette er en viktig del av kommunens mål om å sikre de eldre god livskvalitet og muligheten til å bli boende hjemme lenger.

Det lovmessige begrepet universell utforming defineres slik:

«Med universell utforming menes utforming eller tilrettelegging av hovedløsningen i de fysiske forholdene, inkludert informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) slik at virksomhetens alminnelige funksjoner kan benyttes av flest mulig, uavhengig av funksjonsnedsettelse» (41).

Områder som får spesielt fokus er

- boligen: gjennom å sikre god tilpasning til alderdommen
- transport: gjennom å sikre universell utforming av kollektivtilbud og tilrettelegge for tilbud spesielt rettet mot eldre
- informasjons- og kommunikasjonsteknologi: ved å tilrettelegge og gjøre tilgjengelig informasjon for eldre og drive digital opplæring

Disse tre fokusområdene dekkes av kunnskapsgrunnlaget og temaplanen, og universell utforming inngår i hvert enkelt tema.

Prinsipper for universell utforming

Universell utforming i praksis går ut på å skape tilgjengelighet, forutsigbarhet, tilgang og tilrettelegging. Senter for universell design ved Universitetet i Nord Carolina har utviklet syv prinsipper for universell utforming:

1. Like muligheter for alle: utformingen skal være brukbar og tilgjengelig for personer med ulike ferdigheter
2. Fleksibel i bruk: utformingen skal tjene et vidt spekter av individuelle preferanser og ferdigheter
3. Enkel og intuitiv bruk: utformingen skal være lett å forstå uten hensyn til brukerens erfaring, kunnskap, språkferdigheter eller konsentrasjonsnivå
4. Forståelig informasjon: utformingen skal kommunisere nødvendig informasjon til brukeren på en effektiv måte, uavhengig av forhold knyttet til omgivelsene eller brukerens sensoriske ferdigheter
5. Toleranse for feil: utformingen skal minimere farer og skader som kan gi ugunstige konsekvenser, eller minimalisere utilsiktede handlinger

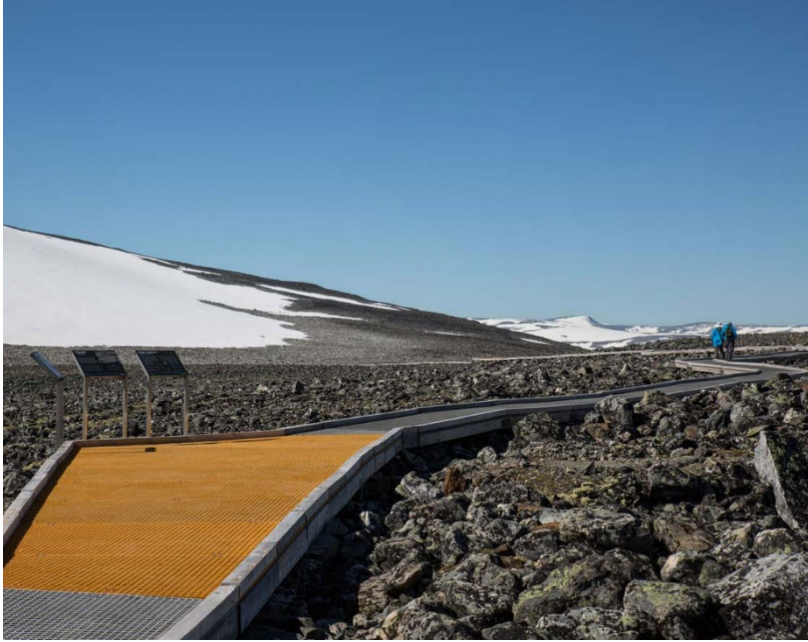
6. Lav fysisk anstrengelse: utformingen skal kunne brukes effektivt og bekvemt med et minimum av besvær
7. Størrelse og plass for tilgang og bruk: hensiktsmessig størrelse og plass skal muliggjøre tilgang, rekkevidde, betjening og bruk, uavhengig av brukerens kroppsstørrelse, kroppsstilling eller mobilitet (48).

Funn eldrerådets spørreundersøkelse november 2019

- behov for flere hvilebenker, toaletter, trappegelendre og fotgjengerfelt
- god tilgjengelighet, bedre merking av fotgjengerfelt
- flere og bedre gang- og sykkelveier, inkl. fremkommelighet for rullestol/scooter
- universell planlegging og tilgjengelighet i bygg/sentrum med minst mulige snublekanter
- bedre brøyting og strøing av områder rundt eldreboliger og sentrum
- oppsøke eldre over 75 år og informere om muligheter for mekaniske trappeheisanordninger, gelender, osv.
- bedre forhold for kollektivreisende på tog og buss ved Asker stasjon med mer benker, bedre toalettforhold o.l., buss-skur med benker på bussholdeplasser

Universell utforming og grøntområder

Lever man i funksjonsvennlige omgivelser og har god evne til å mestre sykdom og funksjonstap, kan man klare seg lenge uten hjelp. Kort avstand fra bolig til grøntområder gir mindre stress og kan bidra til å forebygge overvekt. I boligområder med god tilgang på grønne arealer opplever færre ensomhet og mangel på sosial støtte. Trygg og trafikk sikker vei frem til aktivitetsområdet er viktig. Å tilrettelegge for god tilgang til grøntområder er derfor en del av det helsefremmende arbeidet for å øke trivselen og bedre livskvaliteten gjennom fysisk og psykisk helse.



Figur 24: Lom: Gangbanen på Juvflya i Lom ble nominert til Innovasjonsprisen for universell utforming i 2014. Gangbanen gir flere grupper tilgang til høyfjellet.

Eksempler på tiltak som bedrer tilgangen til grøntområder er:

- regelmessige hvilebenker med god tilgjengelighet, armlener og plass rundt benken
- god vedlikehold av gangveier, både sommertid og vintertid
- godt underlag som gjør det mulig å trille rullestol og barnevogn
- god tilgang på offentlige toaletter med universell utforming
- fjerne hindringer som fortauskanter, og anlegge alternativer til trapper



Figur 25: Time kommune: Midgardsormen, gangbro over Frøylandsvatnet. Sikrer tilgang til viktig turområde som forbinder Time og Klepp kommune



Figur 26: Trondheim: Rekkverk og bedre underlag sikrer at snarveier er tilgjengelige for flere grupper. Snarveiprojektet jobber mot at flere skal gå fremfor å kjøre ved å korte ned på avstandene i kommunen.

Stedsutvikling, gode nærmiljø og inkluderende arkitektur

Aldersvennlige lokalsamfunn er steder det er godt å vokse opp, og godt å bli gammel. Det som kjennetegner aldersvennlige nærmiljø er:

- nærhet til lokalsenter med service, kulturtilbud og gode møteplasser
- tilgang til gode turområder på gang- og sykkelveier
- enkelt å orientere seg til fots i området, og det oppleves attraktivt og trygt
- tilgang til egnede boliger med ulik grad av fellesløsninger i ulike prisklasser. Det må også være mulig å flytte innad i nærmiljøet for å holde på sitt sosiale nettverk
- området må være universelt utformet
- enkel tilgang til kollektivtransport
- det må være gode sittemuligheter og tilgang til offentlige toaletter der det er naturlig å ferdes
- det må være belysning blindingseffekt og med god fargegjengivning inne og ute
- gang- sykkel og bilveier må være godt vedlikeholdt, også om vinteren (46)

Prinsippene for et aldersvennlig samfunn er de samme som prinsippene for bærekraftig stedsutvikling, slik de er beskrevet i Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging (2019-2023) og Folkehelsemeldinga – Gode liv i et trygt samfunn (2018-2019). I kommuneplanens samfunnsdel for Asker kommune er det beskrevet hvordan veksten i kommunen skal styres i årene fremover. Ved å fokusere veksten rundt eksisterende lokalsentre kan man oppnå både bærekraftig og aldersvennlig lokalsamfunnsutvikling. En sentrert utvikling bidrar til å redusere avstandene mellom bolig, service og tjenester, kulturtilbud og idrett. Det bør også legges til rette for inkluderende arkitektur, blant annet gjennom sambruk av lokaler som ligger sentrumsnært. Inkluderende arkitektur beskriver en metode for å identifisere ulike brukerbehov og funksjoner, for så å utvikle løsninger som kan brukes av flest mulige ulike grupper (46). Hvert lokalsenter i Asker er unikt, og en slik tilpasning og skreddersøm av utviklingen bidrar

til å bygge oppunder de lokale behovene og den lokale identiteten. Det vil også bidra til en aldersvennlig stedsutvikling.

Møteplasser

Gode møteplasser er en viktig del av et godt og aktivt nærmiljø. Møteplasser legger til rette for aktivitet og fellesskap. De er derfor viktige i temaplanen. Variasjon er viktig for å treffe alle målgrupper, men det er også viktig at den enkelte møteplass treffer flere grupper av befolkningen samtidig. Det er flere aspekter ved dette. For det første er det viktig å tilrettelegge for ulike interesser og behov, aldre og funksjonsevner. Her er universell utforming en nøkkel for gamle og unge. For det andre er sambruk av lokaler økonomisk og miljømessig fornuftig. Det kan bidra til redusert bruk av arealer og materiell og at lokalene brukes større deler av dagen, noe som kan bidra til mer liv i området. Et godt eksempel på dette er Hurum bo- og omsorgssenter som er under utvikling. Der er det planlagt en rekke tilbud, også til folk som ikke bor der. For eksempel er det lagt opp til at frivilligheten kan ha kontorer der, og det skal være kafe med servering.

Gode møteplasser er viktig når man planlegger utviklingen av nye områder, videreutvikling av eksisterende bomiljø og når man planlegger boliger. Hele spekteret mellom offentlig og privat er viktig, fra de offentlige torgene, til fellesområdene i en boligblokk. Noen deler av dette spekteret er velutviklet, mens andre deler, slik som fellesarealer i tilknytning til boliger, ofte er mindre utviklet. Asker kommune skal utvikle nye boformer der fellesarealene får en sentral rolle. Dette diskuteres mer inngående lenger ned, og vil bli et tema i den boligpolitiske temaplanen i 2023.

Grønne møteplasser og møteplasser som innbyr til aktivitet er viktige, både for å sikre et bredt tilbud, og fordi aktivitet og friluftsliv er faktorer som forebygger helseproblematikk. Tilrettelegging av friluftsområder kan være avgjørende for tilgangen. God adkomst med bil og kollektivtrafikk, jevnlig med benker og offentlige toaletter kan bidra til dette.

Bolig og bomiljø

Boligen og bomiljøet er viktig for den enkeltes livskvalitet og for muligheten til deltakelse i samfunnet. Det er et uttalt politisk mål at eldre skal kunne leve gode liv hjemme lengre. Dette ses i lys av en demografisk utvikling der andelen eldre øker og kommunen må finne nye løsninger for å sikre bærekraften i velferdstjenestene og kommunen generelt. Man må sikre at eldre får muligheten til å finne seg en egnet bolig i et området der de har tilgang til et sosialt fellesskap, naturopplevelser, tjenester, butikker, kollektivsystem mm. Gjennom god by- og stedsplanlegging, samspill med innbyggerne og frivillig sektor, kan kommunene mobilisere ressurser og dempe behovet for heldøgns omsorgsplasser og helsetjenester. For å få til dette er det viktig å ha god kunnskap om den demografiske utviklingen og boligmarkedet i kommunen (46), dette er behandlet lenger ned i kapitlet.

Egnede boliger for eldre

Eldre er en mangfoldig gruppe i vekst. Det forventes at fremtidens eldre har andre forutsetninger, muligheter, ønsker og behov enn tidligere generasjoner. Mange eldre ønsker å bo lengst mulig i eget hjem. Boligens utforming og det omkringliggende bomiljøet vil være av stor betydning for at eldre skal kunne opprettholde livskvaliteten og egenmestringen lengst mulig. En rapport fra NOVA (49) viser at eldre kan hindres i å gjøre strategiske boligvalg på grunn av lav boligbygging, få egnede boliger i nærområdet der de

bor, store prisforskjeller på nye og brukte boliger, og vegring fra å ta opp gjeld i alderdommen. I tillegg kan tilgang til eksisterende boligmasse være hindret av mangel på heis og universell utforming.

For å redusere og utsette presset på offentlige tjenester, må vi i større grad planlegge for egen alderdom. Utfordringene som kommer frem i NOVAS rapport viser at kommunen må tilrettelegge og støtte opp om tilpasning av boligen for eldre, og bidra til utviklingen av aldersvennlige boliger (50). Ved utviklingen av nye boliger vil plassering rundt lokalsentre og knutepunkter gi tilgang til handel og transport, og sikrer også effektiv tjenesteyting. Boligene må også tilpasses fremtidens omsorgstjenester, som i stor grad vil utføres i hjemmet. I den samme rapporten fremheves det tre viktige egenskaper for velegnede boliger for eldre:

- God tilgjengelighet: At leilighetene må være universelt utformede og at man bør ha tilgang på alle hovedfunksjoner (inngangsparti, stue, kjøkken, soverom, bad/toalett/vaskerom, oppbevaringsplass og uteområde) på ett plan.
- Hensiktsmessig beliggenhet: plasseringen av velegnede boliger for eldre bør lokaliseres rundt lokalsentra. Dette kan øke eldres tilgang på handel og tjenester, anlegg for fysisk aktivitet, kulturtilbud og sosiale møteplasser.
- Mulighet til å bo hjemme og motta tjenester der: de to overnevnte punktene bør sammen gjøre det lettere for eldre å motta helsetjenester i hjemmet. En sentrumsnær beliggenhet av boligen vil også spare velferdstjenestene for ressurser ved redusert transportbehov.

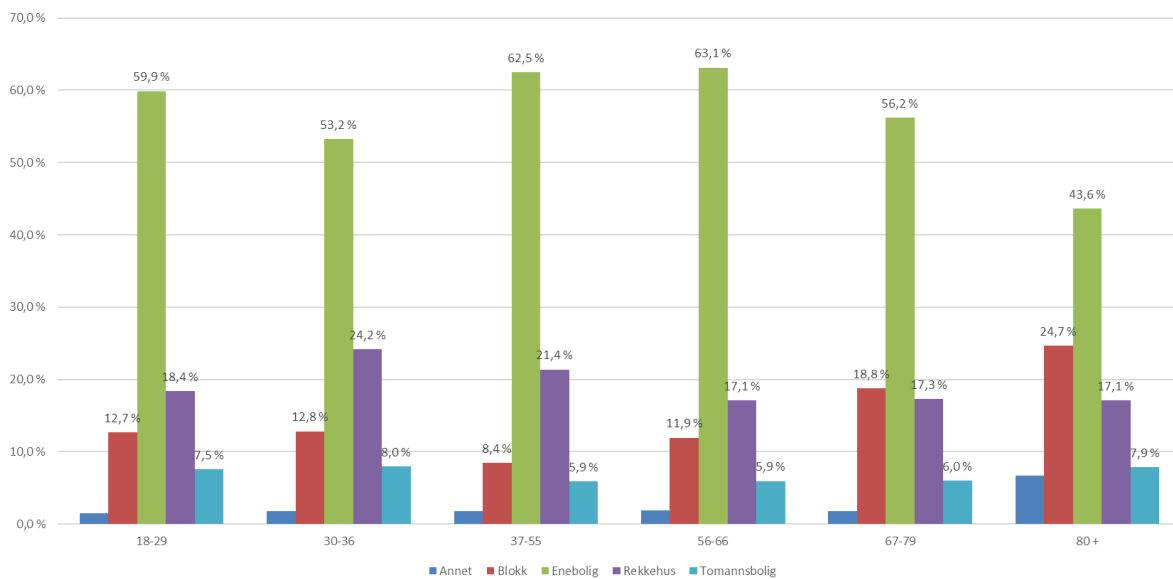
Boligbygging og boligbehov hos eldre i Asker kommune

I det følgende kommer en oversikt over boligbygging og boligbehov for eldre i Asker kommune. God kunnskap om boligbehov er viktig for å sikre at boligutviklingsstrategiene treffer der behovet er størst. Ifølge Kommunal- og moderniseringsdepartementets boligsosiale strategi er kommunens planleggerrolle og reguleringsmyndighet avgjørende for å ivareta en sosialt bærekraftig utvikling (51). Samtidig har regjeringen et mål om å bidra til flere egnede boliger for eldre, blant annet gjennom Husbankens og Distriktssenterets treårige samarbeidsprosjekt om utvikling av aldersvennlige boliger i distriktene og stimulering av tilvisninger av private utleieboliger til vanskeligstilte på boligmarkedet.

Asker kommune har inngått et samarbeid med en privat utbygger om å utvikle nye kollektive boformer i Asker. Det er sentralt i utvikling av denne typen prosjektet at fremtidige beboere er med å påvirke hvordan bolig og bomiljø skal være. For å kartlegge interessen for denne type boformer og finne interessenter til et konkret prosjekt i Heggedal ble det gjennomføres en brukerundersøkelse våren 2021.

Boligsammensetning i Asker kommune

Av kommunens 38.000 boliger er 84 prosent familieboliger og er 42 prosent av husstandene barnefamilier.



Figur 27: Personer i Asker fordelt på boligtyper og aldersgrupper

Figuren (52) over viser en oversikt over hvilke boligtyper personer er bosatt i fordelt på ulike aldersgrupper. Figuren viser at det er mindre andel eldre som bor i eneboliger sammenlignet med øvrige aldersgrupper. Tendensen er motsatt for leiligheter. I de eldste aldersgruppene bor en større andel eldre i leiligheter og andelen som bor i leilighet øker med alder for de fire eldste gruppene. Andelen som bor i småhus og rekkehus varierer mye mindre mellom aldersgruppene.

Befolkningsveksten forutsetter at det bygges 11 000 nye boliger fram mot 2040. Det legges opp til årlig boligproduksjon på 500 – 550 boliger.

Av disse må det bygge flere leiligheter og flere små boliger:

- 60 prosent blokkleiligheter (flere små leiligheter)
- 20 prosent konsentrert småhusbebyggelse
- 20 prosent eneboliger (primært foretting)

Prisnivået på boliger er høyt i Asker. Vi må sikre et tilbud av rimelige boliger for førstegangsetablerere, småhusholdninger og økonomisk vanskeligstilte. For å sikre et tilbud av rimelige boliger anbefales det at 15 prosent av boligene skal være rimelige. Dette er viktig også for å sikre tilgangen på helsepersonell i kommunen. Det må tilrettelegge for nye boformer slik at eldre kan bo hjemme lengst mulig, dette omtales lenger ned i kapitlet.

Mobilitet blant eldre på boligmarkedet

I en rapport fra NOVA, *Mobilitet blant eldre på boligmarkedet. Holdninger, drivere og barrierer* (49), anbefales det å styrke den offentlige innsatsen for å skape en mer aldersvennlig boligmasse.

Forskerne foreslår tiltak som:

- tilskudd til boligtilpasning, og peker på at dette vil være god økonomi både for den enkelte og samfunnet.
- en god bolig-rådgivningstjeneste i kommunene som kan gi gode råd og praktisk hjelp både når det gjelder tilpasning og flytting

- strategier for å hjelpe eldre med svak økonomi over i en god boligsituasjon, for eksempel i utleieboliger.

Her er noen av funnene i rapporten:

- Det er blitt mer vanlig å flytte for denne aldersgruppa de siste tjue årene.
- De bytter gjerne ut eneboligen med en mer lettstelt og tilgjengelig leilighet.
- Halvparten av respondentene bor i en bolig som de selv regner som dårlig eller svært dårlig egnet for bevegelseshemmede.
- Mange eldre har god nok økonomi til å kunne skaffe seg en mer egnet bolig.
- En god del sier de ikke har råd til å flytte, eller at de ikke vil prioritere det økonomisk.
- Nærmiljøet og stedstilhørighet betyr mye for mange eldre. Når de vurderer om de skal flytte eller bli boende, handler det ikke bare om boligens fysiske egenskaper, men også om utsikt, hage, nabolag, røtter, fravær av støy m.m.
- Det er gjerne de som ikke har flytteplaner som går i gang med tilpasning av boligen.
- Eldre som tilpasser boligen sin gjør det først etter at behovet for tilpasninger har meldt seg, eller når de forventer at slike behov vil melde seg i nær fremtid.
- Få har hatt kontakt med kommunen i forbindelse med utbedringsspørsmål, slik at manglende offentlig rådgiving blir en barriere for at eldre får tilpasset bolig.
- Eldre i sentrale områder flytter mer enn eldre i distriktene.

Utvikling av fremtidig bomiljø for heldøgnsstilbud

Det er behov for å utvikle nye tilbud for å møte fremtidens behov for heldøgnsstilbud og effektive tjenester av god kvalitet. I tråd med kommunens planlagte senterstruktur og utvikling av boliger og lokalsamfunn rundt knutepunkter, anses det som sentralt at også fremtidens formålsbygg (institusjoner/omsorgsboliger) plasseres i nær tilknytning til knutepunktene. Dette for å kunne utvikle levende formålsbygg der ulike grupper kan nyttiggjøre seg tilbud og fasiliteter på tvers av behov og målgrupper. Det anses å kunne bidra til både sosial og økonomisk bærekraft.

Nye boformer

Utgangspunktet for kvalitetsreformen Leve hele livet er å skape et aldersvennlig samfunn der eldre kan leve gode, aktive liv, og delta i fellesskapet. Boliger og lokalsamfunn som legger til rette for selvstendighet og aktive liv kan bidra til å redusere behovet for

Her er noen av innspillene knyttet til bolig som kom i spørreundersøkelsen:

- gjennomtenkt boligutbygging – boligpolitikk og eldreomsorg
- plassering av boliger sentralt eller nær transport
- bofellesskap: ulike generasjoner i bomiljøer der man kan hjelpe hverandre
- lage møteplass i tilknytning til leiligheter
- bygge mindre og aldersvennlige boliger, inkl. rimelige boliger (kjøp eller leie)
- flere omsorgsboliger/boliger med service
- flere seniorboliger så sentralt som mulig
- tilstrekkelige parkeringsplasser til leilighetsbygg (beholde bil når flytter)
- kommunal veiledningstjeneste for boligtilpasning eller –bytte, inkl. tilskuddsordninger
- tilby kurs for 50-60 åringer og forberede dem på at pensjonisttilværelsen må planlegges
- tilrettelegging, tjenester og frivillig hjelp i hus/hage slik at man kan fortsette å bo hjemme

omsorgstjenester. For å utvikle nye løsninger er det avgjørende å samarbeide med utbyggere, eiendomsutviklere, innbyggere og andre aktører. Asker kommune vil utvikle konsepter for nye boformer for eldre – Morgendagens generasjonssamfunn -gjennom samarbeid og dialog med private utbyggere og andre relevante aktører.

Norske og internasjonale studier viser at boformer som legger til rette for økt sosial kontakt mellom naboer bidrar til å skape gode bomiljøer. Det er spesielt eldre og barn som drar nytte av slike boformer. Det er flere årsaker til dette, blant annet at det er grupper som tilbringer mye tid i boligen og nærmiljøet. Mange eldre bor alene, eneboerne er mer utsatt for å oppleve ensomhet og redusert livskvalitet. Dette handler i stor grad om mangel på sosial støtte. Flere norske studier viser at spesielt eldre føler en større trygghet når de har et godt nettverk rundt seg der de bor (53) (45). Nye boformer med kollektive løsninger som legger til rette for fellesskap og aktivitet kan motvirke dette, slik studien til Schmidt (53) viser. Små grep, som å utforme flere møteplasser både til de store og de små møtene kan gjøre en stor forskjell. Andre bokonsepter organiserer regelmessige fellesmiddager med beboerne og andre aktiviteter som bygger opp om det sosiale fellesskapet. Ulike vaktmester- og vertskapsordninger er også prøvd ut, og bidrar til å forenkle den praktiske hverdagen til beboerne gjennom blant annet hjelp til å skifte luspærer, hente avisen, vanne planter når man er bortreist, lade rullestol og lignende.

Eksempler på nye bokonsepter er Generationens hus i Århus, et samarbeid mellom ulike deler av kommunen som inneholder blant annet omsorgsboliger, og Vindmøllebakken i Stavanger med store fellesarealer og et aktivt sosialt miljø.

Lokale prosjekter i Asker

Asker kommune har dialog med utbyggere og ønsker å bidra til at det realiseres ulike konsepter for nye boformer.

- Bergerløkka er en del av utviklingen på vestre Billingstad og skal bli et boligområde med blandet boligmasse med ekstrarfunksjoner. Blant fellesarealene skal det være en storstue med kjøkken til selskaper og møter, sykkelverksted og smørebod, samt betjent lobby, kjøkken og treningsrom for seniorleilighetene.
- Sætrelia er en visjon om generasjonsbolig der blanding av alle aldre står sentralt. Asker har inngått samarbeidsavtale med en privat aktør om utvikling av et nytt konsept for nye boformer for eldre – morgendagens generasjonssamfunn. Sætrelia vil være første prosjekt i bokonseptet som er under utvikling. Konseptet er basert på delingsøkonomi der man eier egen bolig og har tilgang til en rekke fellesarealer sammen med naboene. Ulike tjenester og fasiliteter vil være en del av felles eie. Sætrelia er tenkt å ha en teknologisk plattform for en enklere hverdag.



Figur 28: Bodø: inngangspartiet og trapper i kulturkvartalet er belyst for å gjøre det enklere å orientere seg og komme seg rundt i bygget

Flere leieboliger med tilvisningsavtaler

Ikke alle eldre har råd til å kjøpe en mer egnet bolig. Tilvisningsavtaler er et boligsosialt virkemiddel som skal sikre at det etableres flere leieboliger i Asker, også for personer som er vanskeligstilte på boligmarkedet. Eldre personer som har helseutfordringer og bor i en lite egnet bolig er en aktuell målgruppe. Utbyggere som inngår tilvisningsavtale med kommunen får gunstige lånebetingelser fra Husbanken mot at de gir kommunen mulighet til å tilvise sine boligsøkere til inntil 40prosent av boligene i et boligprosjekt. Kommunen kan i utlysning av tilvisningsavtaler stille krav til kvalitet, utforming, leiepris og beliggenhet.

Universell utforming i boliger og bygg

Universell utforming av nye boliger er et viktig steg for å hjelpe eldre å bli boende hjemme lenger og være selvhjulpne. Eksempelvis er dørautomatikk på tynge inngangsdører viktig for å komme seg gjennom dørene. Som annen universell utforming kommer det også andre grupper til gode og sikrer fleksibilitet i boligene og enkelt adkomst inn til boligen. På samme måte vil tilpasning av eksisterende boliger være et ledd i dette arbeidet. De samme prinsippene for universell utforming som er nevnt over gjelder for boliger.

Universell utforming av offentlige og private bygninger sikrer lik mulighet til deltakelse i samfunnet og på arbeidsmarkedet. Universell utforming kan derfor sees på som et demokratisk viktig prinsipp.



Figur 29 Nivåforskjeller i gamle bygg kan markeres med ulik farge på gulvet. Stikkontakter høyt på veggen gjør dem lettere å nå.

Transport

Gode transportmuligheter sikrer muligheten for deltakelse i samfunnet. Det bidrar også til selvstendighet, mestring og livskvalitet for den enkelte. Ensomheten forsterkes ved redusert mobilitet, og gode transportmuligheter er en viktig del av målet om å skape en aldersvennlig kommune. Skal man bygge attraktive og levende lokalsamfunn, må de gode tilbudene som finnes gjøres tilgjengelige for de som skal bruke dem. Asker er en stor kommune hvor mange innbyggere bor spredt. Mange bor ikke nærme et lokalsenter. Kommunen har mange gode tilbud som kan nyttiggjøres for flere, hvis innbyggere kommer seg dit.

Temaet transport kan i hovedsak deles inn i to: tilgangen på transportmidler og tilgjengeligheten til disse. Med sistnevnte menes i hovedsak om kollektivtjenestene, taxiholdplasser, parkeringsplasser og lignende er universelt utformet slik at alle er sikret muligheten til bruk.

Kollektivtilbud i Asker kommune

Det er ulike behov for transport ut fra hvor innbyggerne bor i kommunen. Dette viser også en rapport fra Transportøkonomisk institutt (54), som har forsket på eldres transportbehov. Rapporten viser at mobilitet er svært viktig for eldres livskvalitet og at tilgang på bil og førerkort er en viktig del av eldres mobilitet. I Asker har 78 prosent av befolkningen over 17 år førerkort. 22 prosent har ikke førerkort. Tiltak som oppfriskningskurs for å opprettholde kjørekunnskapene kan være viktige for at eldre kan beholde førerkortet lenger. Kollektive transporttilbud og godt tilrettelagte gang- og sykkelveier er ekstra viktig for at de uten førerkort skal ha muligheten til å delta i samfunnet på lik linje med andre. Mange kollektive transportmidler er derimot ikke tilpasset eldre og mennesker med funksjonsnedsettelse.

Etter kommunesammenslåingen av Hurum, Røyken og Asker har Ruter tatt over driften til Brakar i deler av kommunen. Kommunen som helhet har svært ulik dekning av kollektivtilbud. Dette har mange årsaker, blant annet ulik spredning av bebyggelse, noe som gir ulikt transportbehov og markedsgrunnlag. I visse deler av kommunen er man

derfor i stor grad avhengig av bil for å komme seg rundt. Ruter utreder mulighetene for en type bestillingstransport som minner om Aldersvennlig transport i Oslo (55).

Rosa busser – alderstilpasset transport i Oslo

Et eksempel på kollektivtransport tilpasset eldre er de Rosa bussene i Oslos bydeler Nordre Aker, Vestre Aker, Ullern og Sagene. Dette er en tilkallingstransport som henter og transporterer fra dør til dør i bydelene og tilbyr ekstra hjelp for av og påstigning, samt tilgang for rullestoler og andre hjelpemidler. Målet til Ruters aldersvennlige transport, de rosa bussene, er å tilby mobilitet for alle. Tjenesten innebærer dør til dør reiser, mulighet for hjelp til å ta med rullator og rullestol, og fleksibilitet i bestilling av transport. Intervjuer med brukere av de rosa bussene, sier det er enklere å komme seg ut og delta på aktiviteter, spesielt når vinteren kommer. Det gjør det også lettere å handle selv, siden de slipper å bære tungt fra holdeplassen. Som en bonus opplever flere at møtet med sjåføren av bussen og de andre passasjerene bidrar positivt inn i den sosiale hverdagen deres (56). En studie TØI (54) har gjennomført om virkningen av de rosa bussene på faktorer som sosialisering, selvstendighet, aktivitetsdeltakelse, psykisk og fysisk helse, viser at det er de som trenger det mest som bruker tjenesten. Selvrapportering fra brukerne tyder på at transporttilbudet øker livskvalitet og helse, gjør at de får deltatt på fritidstilbud, øker selvstendigheten og muligheten til å ta hånd om egne behov og daglige gjøremål på egenhånd. Studien viser også at brukerne opplever en trygghet i at transporttilbudet går fra dør til dør.

En tilsvarende tjeneste i Trondheim, AtB – flekstransport 67+, jobber med å utvikle en tjeneste som når frem til de eldre i alle deler av fylket. utfordringer går blant annet på å nå ut med informasjon til potensielle brukere, og å dekke behovene i ulike deler av fylket. For eldre med førerkort og som bruker bil er det viktig at transportkjeden oppleves trygg, at det er tilgang på parkering i nærheten av der de skal, og at det er enkelt å ferdes mellom bilen og destinasjonen. Dette kan sikres gjennom prinsipper for universell utforming (se punkt om universell utforming). Se også funn fra eldrerådets spørreundersøkelse om hva de eldre ønsker seg med tanke på parkering og transport med bil lenger ned på siden.

Universell utforming i transport

Tilgjengelighet må sikres i alle ledd av transportkjeden. Dersom man ikke kommer seg inn på bussen har det lite betydning at den stopper i nærheten og kjører dit man skal. Videre kommer en rekke eksempler på hvordan man kan tenke universell utforming gjennom transportkjeden.

- Plasseringen av holdeplasser for kollektivtransport, slik som å legge holdeplassen på toppen av en bakke i stedet for i bunnen.
- Holdeplasser med god belysning og benker med armlener så man kan støtte seg.
- Busser med adgang som flukter med holdeplassen.
- Mulighet for å sette seg ned før bussen begynner å kjøre (57).

Funnene viser at eldre ønsker seg:

- Økt tilbud av servicelinjer eller småbusser
 - Fra boligfelt/seniorboliger til nærmeste lokalsenter og innbyggertorg
 - Fra boligfelt til nærmeste stasjon
 - Til utfartssteder tur/retur, inkl. bruk av fjorden
 - Også på ettermiddag og kveldstid
 - Flere servicelinjer, flere avganger og variert tilbud (eks. rosa busser Oslo)
- Parkering
 - Sikre parkeringsplasser – eldre er avhengig av bil
 - Gratis parkeringsplasser i sentrum etter kl. 17 for å motivere til frivillig arbeid på kvelden (mange ønsker ikke å jobbe gratis som frivillig hvis de i tillegg må betale 40 kr timen)
 - Parkeringsplasser ved offentlig transport slik at eldre med nedsatt forflytningsevne kommer seg ut på en mer miljøvennlig måte
 - Flere og større parkeringsplasser ved utfartssteder (Semsvannet, Solli m.fl.)
- Annet
 - Transport på tvers i kommunen og god kommunikasjon mellom Askers lokalsentre
 - Transport til konkrete arrangementer
 - Ny ringvei rundt Asker sentrum
 - Hyppigere og flere båtforbindelser

8. Eldre, kultur og samfunnsdeltakelse

En viktig side ved eldres deltakelse i samfunnet er kulturtilbud og deltakelse i kulturlivet. Som for andre grupper er det viktig at eldre er representert innen kulturlivet, får utrykke seg gjennom og oppleve kunst og kultur. Kvalitetsreformen Leve hele livet trekker frem «Manglende ivaretagelse av sosiale, kulturelle og eksistensielle behov (40)» som en utfordring. Eldre er en mangfoldig gruppe og dette må vises i det kulturelle tilbudet som også skal treffe eldre. Det er stor variasjon i interesser, utdanning og yrkesbakgrunn, mobilitet og kulturell bakgrunn. Askers innbyggere kommer fra over 130 ulike land noe som gir store muligheter med tanke på å ha et bredt kulturtilbud. For eldre som unge handler det i stor grad om de gode øyeblikkene, det sosiale fellesskapet, sanselig stimuli, og muligheten for å dyrke sine interesser.

Den kulturelle spaserstokken

Den kulturelle spaserstokken (DKSS) er et statlig tilbud som skal bidra til å gi eldre tilgang til profesjonell kunst og kultur og legge til rette for samarbeid mellom kultursektoren og omsorgssektoren. Asker kommune har vært med i ordningen siden 2008. Fra og med 2012 har Asker kulturskole står for administrasjon og gjennomføring av ordningen. De fleste arrangementene blir holdt på kommunens bo- og omsorgssentre, men også innbyggertorgene og andre kulturarenaer er aktuelle steder for arrangementene.

I tidligere Asker kommune ble det i 2017 vedtatt å styrke Den kulturelle spaserstokken med musikkterapi i et samarbeid mellom kulturskolen og eldreinstitusjonene. Videre ble det i 2019 vedtatt at tilbudet skulle styrkes, samt at nødvendige ressurser for å trappe opp

ordningen i hele kommunen skulle vurderes i forbindelse med utarbeidelse av aktuelle temaplaner.

Helsefremmende kulturaktiviteter

Helsefremmende kulturaktiviteter kan virke forebyggende og er viktige tiltak også på de nedre trinnene i innsatstrappen. Eksempler på dette er kor, samspillgrupper eller generasjonssang på innbyggertorgene. Andre aktuelle tiltak kan for eksempel være tilpassede kultur- og musikktilbud for yngre hjemmeboende demenspasienter, sang- og treningsopplegg for slagpasienter og/eller parkinsonpasienter eller andre diagnosespesifikke tilbud. Musikk- og kulturdeltakelse gir mulighet for at alle kan være likeverdige deltakere på tross av at noen har funksjonsnedsettelse. På slike arenaer kan pårørende og frivillig også delta og utnytte sine ressurser. På den måten skapes det gode lokale møteplasser som blir helsefremmende og forebyggende for flere, motvirker ensomhet og gir rom for samfunnsdeltakelse.

Musikkterapi er både et helsefag og et musikkfag, og tilbyr aktiviteter i skjæringspunktet mellom kultur og helse. Sang, musikk og musikkterapi kan være viktig på de nedre trinnene i innsatstrappen som forebyggende og helsefremmende tiltak og på de øvre trinnene med mer terapeutisk og behandlende fokus.

Det fremgår av nyere effektforskning at musikkterapi bidrar til reduksjon i depresjon, redusert behov for medikamenter og redusert angst og atferdsforstyrrelser (58). Videre viser forskningen bedret livskvalitet, bedre sosiale relasjoner, bedret humør og sinnsstemning, samt økt minne og oppmerksomhet. Kvalitetsreformen Leve hele livet viser at sang og musikk både kan benyttes som behandling som krever spesialisert musikkterapeutisk kompetanse, men også av helsepersonell som miljøterapeutisk praksis.

Forskning på befolkningsnivå (HUNT-undersøkelse), viser at kulturaktive opplever bedre helse, er mer tilfreds med livet sitt og har mindre forekomst av angst og depresjon. (59)

Samtidig viser befolkningsstudier at kulturaktive har redusert forekomst av tidlig død. (60)

Eldre med minoritetsbakgrunn og kultur

Det finnes lite forskning på kulturdeltakelse blant eldre innvandrere. Det som finnes viser at det er et stort ønske om arrangementer der den eldre kan aktivt involvere seg, bruke sin bakgrunn og kompetanse og føle seg nyttig. Som for nordmenn er det viktig for eldre innvandrere å kjenne til noen andre som skal delta. En studie fra SINTEF viser at det er avgjørende for deltakelse at de føler seg trygge på personen som formidler kulturtilbudet. Lavterskeltilbud med aktiv deltakelse som oppfordrer til bygging av relasjoner og nettverk er viktig (61).

Kultur i miljøbehandling

Kultur kan brukes aktivt i behandling og terapi som en del av miljøbehandling. Dette kan «øke mestring og velvære, skape nye muligheter for kommunikasjon, dempe angst og uro og redusere unødig legemiddelbruk hos eldre» (40). Eksempler på kultur i miljøbehandling er filmer med tilpasset innhold, musikkbasert miljøbehandling, skrivekurs for eldre og kunstterapi for eldre, der de uttrykker følelser og opplevelser gjennom kunst og håndverk (40). «Nyere studier viser at når ansatte får mulighet til å bruke sang og musikk terapeutisk, fungerer det mot uro og depresjon ved demens eller mot utagering ved stell og

daglige aktiviteter. Videre blir bruk av psykofarmaka redusert, pårørende blir mer tilfredse, sykefraværet blant ansatte går ned.» (17)

Leve hele livet prisen 2020

Kinn kommune fikk i 2020 Leve hele livet prisen for sitt arbeid med STEM, som jobber for at kultur, livskvalitet, musikkterapi og miljøbehandling skal være tilgjengelig for innbyggerne i kommunen. «Kultur er helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende», skriver Kinn kommune på sine nettsider og kultur skal være en selvsagt del av helse- og velferdssektoren.

Asker kommune ble nominert til Leve hele livet-prisen 2021 av Statsforvalteren i Oslo og Viken, for arbeidet med temaplanen. Oslo kommune vant den nasjonale prisen, og kan blant annet vise til at de har jobbet med aldersvennlig by fra 2014.

Generasjonsmøter

Eldre og barn kan ha mye glede av hverandre. I privat og frivillig sektorer jobber en rekke aktører med å samle de to gruppene, blant annet gjennom besøk fra barnehagebarn eller skolebarn og ungdom på sykehjem. I Sogndalen kommune arbeider ungdom som har falt ut av videregående frivillig på dagsenter for eldre. Hittil er erfaringene gode og viser at unge og eldre har stor glede av å være sammen. Samtidig fungerer ordningen som en mulighet for ungdommene til å opparbeide seg erfaring med på vei til fagarbeiderutdanning (17).

I Asker kommune er det flere eksempler på generasjonsmøter: Innsats for andre-faget, hvor ungdomsskoleelever bidrar med besøk, underholdning og hygge for eldre på bo- og omsorgssentrene, samarbeid med barnehager om besøk i forbindelse med høytider m.m.

Et annet godt eksempel er Kirkens bymisjon som jobber med møteplasser på tvers av generasjoner og kulturer. De kobler spesielt eldre med ungdom med behov for voksenkontakt, støtte, hjelp og trygghet.

Det kommer en egen temaplan for kultur i 2. kvartal 2022.

9. Mat og måltider

I kvalitetsreformen Leve hele livet blir matglede løftet frem. Gode måltider er en av hverdagens viktigste begivenheter. Mat og måltider er derfor ett av hovedområdene for reformen. Under- og feilernæring er en utfordring. Årsakene til dårlig ernæringsstatus hos eldre kan ha sammenheng med både psykiske og sosiale faktorer og med fysiologiske endringer som kommer med alderen. Målet er å skape gode måltidsopplevelser og redusere underernæring.

Nasjonale hovedutfordringer

Det fremgår av stortingsmeldingen Leve hele livet at hovedutfordringene er

- manglende systematisk oppfølging
- manglende sosialt fellesskap og lite vektlegging av måltidsomgivelsene
- få måltider og lang natthaste
- lite mangfold og valgfrihet
- lang avstand mellom produksjon og servering

Utfordring 1 - ernæringsarbeid mangler systematisk oppfølging

Fra 2016 ble det innført en kvalitetsindikator som viser oppfølging av ernæring.

- Indikatoren viste at bare halvparten av beboerne på sykehjem i Norge har fått gjennomført ernæringskartlegging.
- Blant eldre som mottar helse- og omsorgstjenester i hjemmet, var det knapt 17 prosent som ble vurdert for ernæringsmessig risiko.

Utfordring 2 - manglende sosialt fellesskap og lite vektlegging av måltidsomgivelser

Studier viser at

- måltidsfellesskap har stor betydning for appetitt og måltidsglede
- god stemning rundt bordet og delikat presentasjon er viktige for å øke matlysten
- for eldre med tygge- og svelgevansker eller motoriske utfordringer vil det i tillegg være viktig med tid og ro rundt måltidet
- ved å styrke egenomsorg og få hjelp til å opprettholde selvstendighet i måltidsituasjoner, reduseres risikoen for underernæring

Utfordring 3- lite mangfold og valgfrihet

Individuell matomsorg tilpasset den enkeltes behov og ønsker er viktig både for matinntaket og opplevelsen av måltidsglede. Undersøkelser viser at

- ansatte i helse- og omsorgstjenesten ofte har for liten kompetanse og for liten tid til å ivareta den enkeltes ønsker og behov
- matomsorgen ofte er basert på en gruppetenkning hvor samme tilbud blir gitt uavhengig av den enkelte brukers ønsker, smak og kulturbakgrunn

Utfordring 4 - få måltider og lang nattfaste

Det er viktig å tilby tilstrekkelig antall måltider jevnt fordelt utover dagen. Nattfasten er altfor lang ved mange sykehjem.

Utfordring 5 - lang avstand mellom produksjon og servering

- valg av kjøkkenmodell kan ha betydning for matomsorgen i sykehjem.
- et vellykket måltid på institusjon krever kompetanse på og interesse for mat og ernæring, og at det er gode rutiner for hvordan maten skal tilberedes og serveres.
- fragmenterte ansvarslinjer er en av årsakene til at mat og ernæringsmessige tiltak ikke blir prioritert. Med mange ansatte og lite kontinuitet i tjenestetilbudet, kan det ofte være uklart hvem som har ansvaret for ernæringsarbeidet
- klar ledelse, gode rutiner, nok og kompetent personale, tid og økonomi er de viktigste rammefaktorer for å oppnå et forsvarlig og godt mat- og måltidsarbeid

For å møte utfordringene foreslås fem løsninger

1. *Det gode måltidet*

Utgangspunktet er klartlegging av den enkeltes ernæringsmessige behov, tradisjoner og favorittretter. Det er videre viktig å legge til rette for sosiale rammer rundt måltidet. For hjemmeboende eldre kan dette være å skape møteplasser, f.eks. ved hjelp av tjenesten, på seniorsentre eller med frivillige. I Danmark har de god erfaring med «spisevennsprosjekt».

2. Tider for måltid

Måltider skal spres utover dagen. Det skal være tilbud om minst fire måltider. Natfasten bør ikke være mer enn 11 timer.

3. Valgfrihet og variasjon

En fremtidsrettet tilbud bør legge større vekt på valgfrihet og mangfold. Tilbudet bør legges opp i samarbeid med eldre, pårørende og tjeneste.

4. Systematisk ernæringsarbeid

Individuell kartlegging og individuell plan er sentral i en systematisk tilnærming av arbeide. Hvordan arbeidet er organisert har stor betydning for den individuelle mat- og ernæringsomsorgen. Ledelse, tilstrekkelig kompetanse blant alle ansatte, gode prosedyrer og definert ansvarfordeling er forutsetninger for å sikre god kvalitet.

5. Kjøkken og kompetanse lokalt

Alle kommuner bør ha kjøkken- og matfaglig kompetanse i helse- og omsorgstjenesten, uavhengig av hvor maten produseres. Ofte produserer sentralkjøkkenet kun middager, slik at pleiepersonalet står for resten av måltidene. Det er viktig at alle som jobber med mat har nødvendig kompetanse, interesse og kommunikasjon i alle ledd.

Underernæring

Underernæring er en særlig utfordring hos eldre:

- rundt en tredjedel av eldre pasienter i sykehus og i helse- og omsorgstjenesten i kommunene er underernært eller i risiko for underernæring
- underernæring kan gi økt risiko for skader og sykdom
- underernærte har lengre liggetid i sykehus og har større behov for tjenester i kommunen
- bedret ernæringstilstand kan redusere liggetiden i sykehus med minimum 20 prosent og gi betydelige økonomiske gevinster da flere kan få tjenester på et lavere tjenestenivå

Kognitiv svekkelse kan utgjøre en risiko, mens de tydeligste sammenhengene ses ved fysiske svekkelser og kronisk sykdom. Enslige er dessuten også en utsatt gruppe. Rutiner og organisering av helse- og omsorgstjenestene kan i tillegg utgjøre en risiko når måltidsrytme og forhold ved spisesituasjonen blir uhensiktsmessig. Manglende oppmerksomhet og kompetanse hos ansatte kan også føre til at underernæring får utvikle seg over tid (62)

Praksis i Asker kommune

Mat og ernæring i hjemmetjenesten

Før tildeling av tjeneste for nye hjemmeboende brukere, gjennomføres det et kartleggingsbesøk hvor ernæring er ett av temaene. Hjemmetjenesten følger kommunens kvalitetssystem med prosess og rutiner for ernæring (13).

- Ernæringskartlegging legges inn i journal.
- Vekt registreres i Helsekort og settes som eget punkt i tiltaksplan med hyppighet ut fra ernæringsstatus.

- Ved vedtak om bistand til ernæring vil hjemmetjenesten sette inn individuelt tilpassede tiltak i tiltaksplan.
- Aktuelle tiltak for å sikre brukere god ernæring kan for eksempel være påminning om å lage mat, bistå i matsituasjoner, administrere ernæringstilskudd eller gi råd om kosthold.
- Tidspunkter for bistand til måltider prøver legges slik at ernæringen blir best mulig med minst mulig fastetid og god spredning utover dagen.
- Hjemmeboende med behov for bistand til innkjøp av matvarer kan få vedtak på praktisk bistand.
- Brukere som bor boligsenter som hjemmetjenesten drifter, har tilgang til kantine med middagsservering og salg.

Det har vært jobbet med å

- flytte av middagsbesøk til etter kl.15, bedre spredning av måltider
- øke andel brukere som spiser kveldsmat
- lære opp ansatte i ernæringstilskudd og beriking av måltider
- identifisere brukere med eller i fare for underernæring
- opplæring i tann- og munnhelse fra tannpleier i kommunen

Mat og måltider i heldøgnsomsorg

Mat og måltider i institusjon har et stort fokus og er en viktig arena for den enkeltes mestring og fungering i dagliglivet. Det utføres ernæringskartlegging av den enkelte bruker, og i innkomstsamtaler legges det vekt på ønsker og behov tilknyttet måltider. Kommunen følger prosess for systematisk ernæringsarbeid i kvalitetssystemet, blant annet forebygging av underernæring (13).

Nærmere om måltidene

Det legges vekt på å ha god tid rundt måltider, rom for gode samtaler, sosialt felleskap og en positiv ramme rundt måltidet med små bord som er pent pyntet. Det legges opp til variasjon. Det tilstrebes å unngå for lang natt faste. Beboere som kan og ønsker det, smører sin egen mat, og kan servere seg selv fra serveringsfat til middag. Informasjon om måltider:

- ukemenyer består av både tradisjonsmat og mer moderne retter
- fire måltider daglig: frokost, lunsj, middag og kveldsmat
- små mellommåltider serveres utenom dette til de som ønsker og har behov
- spesielle behov knyttet til måltider ivaretas og avdelingen har god kontakt med sentralkjøkkenet ved behov for dietter
- frokost, lunsj og kveldsmat tilberedes av personalet på eget kjøkken
- middag kommer fra sentralkjøkken i kommunen, som har god kompetanse og lager mat fra «bunnen» av, med liten bruk av industriprodusert mat

Pilotprosjekt hjemmeboende

Asker kommune var i 2021 med i et pilotprosjekt Samvær ved gryta, som tar sikte på å skape møteplasser og sosiale felleskap for eldre. Prosjektet og er et samarbeid mellom Norsk Smaksskule og Asker kommune. Tilbudet er gratis og åpent for alle. Det skal være fokus på mat- og måltids glede. Målgruppe er hjemmeboende eldre. Visjonen er å knytte mennesker sammen og skape gode øyeblikk gjennom mat- og måltids glede.

10. Pårørende

Omsorg og hjelp som ytes av pårørende – både venner og familie – omtales ofte som den uformelle omsorgen. Denne innsatsen står sterkt og estimeres til å være på størrelse med den profesjonelle omsorgen i de kommunale omsorgstjenestene i Norge. Pårørende er en uvurderlig ressurs både for sine nærmest og for helsevesenet. Ressursbegrepet brukes for å anerkjenne pårørende for den betydningen de har – både for sine nærmeste og for samfunnet.

Endringer i befolkningens alderssammensetning taler for at familiens omsorgsevne kan bli svekket. Det blir viktig å støtte og avlaste pårørende, og tilrettelegge for pårørendes mulighet til å kombinere yrkesaktivitet med omsorgen. Med en økende andel eldre i befolkningen, utfordringer med å rekruttere tilstrekkelig med fagpersonell og økt press på tjenestene, er det av stor betydning at den uformelle omsorgen opprettholdes på dagens nivå. Dette blir ofte omtalt som den største utfordringen på omsorgsfeltet, jf. regjeringens pårørendestrategi *Vi – de pårørende* (63), lansert i desember 2020. Den viser til at det ytes mest ulønnet omsorg blant voksne mellom 45–66 år. Undersøkelser gjennomført av Pårørendealliansen (64) viser til at 63 prosent av de pårørende opplever dårligere helse sammenlignet med før de inntok en pårørenderolle.

Pårørende er en viktig samarbeidspartner, også ved utvikling av helse- og omsorgstjenesten. De kan ha verdifull informasjon til bruk i arbeidet med kvalitetsforbedring og tjenesteutvikling (65). Kommuner har også plikt til å etablere systemer for innhenting av pårørendes erfaringer og synspunkter på ulike nivå, og gjøre bruk av disse erfaringene i sitt forbedringsarbeid.

Helse- og omsorgstjenesten skal ha systemer og rutiner som legger til rette for informasjon, samtale og dialog med pårørende. Pårørendes ønske om og mulighet for deltakelse skal avklares, samt deres behov for støtte. Pårørende vil være en viktig partner i samskappingsprosesser, som er forklart nærmere under brukermedvirkning.

Pårørendesenteret.no er et nettsted for pårørende i Norge med kunnskap, tips og råd, historier fra andre pårørende, og oversikt over rettigheter og hjelpetilbud.

Pårørendearbeid i Asker kommune

I tidligere Asker kommune ble det gjennomført et prosjekt for å styrke pårørendestøtten. Prosjektet ble avsluttet i 2019, og det jobbes videre med påørendearbeid i den nye kommunen.

Våren 2021 setter avdeling Helsefremmende og forebyggende tjenester i gang et forbedringsarbeid rettet mot pårørende som blant annet knyttes til Regjeringens pårørendestrategi- og handlingsplan 2021-2025, samt reform Leve hele livet. Konkret dreier arbeidet seg om å systematisere pårørendestøtten i form av å kartlegge pårørendes situasjon og igangsette eventuelle tiltak. Kartleggingsarbeidet er rettet mot voksne pårørende som er omsorgsgivere for voksne brukere/pasienter.

Avlastning for pårørende til personer med demens

I Asker kommunes handlingsplanprogram for 2021-2024 er det lagt inn fire millioner kroner i 2021 til nye tiltak for avlastning. Målsettingen er at nye tiltak skal gi pårørende økt fleksibilitet og fritid, slik at de kan ta vare på sitt nettverk og egen helse. Modellen er ment å tilrettelegge for at personer med demens kan bo lengre sammen med pårørende uten at pårørendes omsorgsbyrde blir urimelig tung å bære.

Avlastningstilbud skal være et supplement til eksisterende avlastningstilbud i kommunen. Forslaget retter seg i stor grad til målgrupper man ikke når i dag med tiltak for avlastning. Tjenesteområdet skal arbeide målrettet med å dreie ressursinnsatsen fra reparasjon og behandling til forebyggende arbeid og innsats, jf. innsatstrapp i kapittel 3.

11. Frivillighet

Frivillig aktivitet og deltagelse er en stor verdi for samfunnet og for den enkelte. Ifølge Frivillighet Norge har over halvparten av befolkningen (over 15 år) deltatt i frivillig arbeid siste året. Den frivillige innsatsen er avgjørende for å skape gode lokalsamfunn. Engasjerte innbyggere deltar hver dag i foreningsliv og aktiviteter som skaper glede, samhold og felleskap.

Definisjon av frivillig arbeid «*ikke-obligatorisk arbeid, det vil si den tiden en person bruker på å utføre en eller flere aktiviteter- enten gjennom en organisasjon, eller direkte overfor andre utenfor egen husholdning - uten å få betalt*» (ILO international labor organization). Tjenesten eller aktiviteten må i tillegg være til fordel for samfunnet, miljøet, eller andre enn nære slektninger eller personer som kan regnes til egen husholdning.

Seniorer er viktige ressurser for frivillighet. Frivillighet og eldre handler både om å bidra til at eldre får en god alderdom og at seniorer bruker sine ressurser. Å være frivillig som senior gjør en aktiv, gir livskvalitet, sosialt nettverk og en følelse av å være nyttig (66). På spørsmål til eldre om hvorfor de ikke er frivillige svarer mange at de ikke har blitt spurt. Dette betyr at frivillige organisasjoner og kommunen må sikre god informasjon til denne gruppen (67).

I Norge er velferdstjenester i hovedsak det offentliges oppgave. Samtidig er også frivillige organisasjoner viktige bidragsytere, og den frivillige innsatsen utgjør et betydelig bidrag til det norske samfunnet. Historisk har frivillige organisasjoner tatt ansvar der hvor offentlige velferdstilbud manglet, og de har spilt en avgjørende rolle for utviklingen av velferdssamfunnet. Fremtiden bringer nye utfordringer, og man ser i større grad et behov for samarbeid mellom kommunen og frivillige aktører. Historisk sett har frivilligheten i omsorgssektoren vært mindre omfattende i Norge enn i andre land i Europa, jf. stortingsmeldingen *Leve hele livet*.

Frivillig innsats utenom de frivillige organisasjonene er i vekst. I nordisk sammenheng skiller Norge seg ut ved at den mer prosjektorienterte frivilligheten etter hvert har fått større plass. Frivilligheten tilfører samfunnet store økonomiske verdier.

En gjennomtenkt og kompetent organisering er en av suksessfaktorene for å sikre økt frivillighet i omsorgstjenesten. Det er imidlertid bare 20 prosent av kommunene som har utviklet en lokal frivillighetspolitikk.

I programmet til Aldersvennlig Norge vises det til at vi har et stort potensial i å få flere til å arbeide lenger og å delta i frivillige aktiviteter (seniorressursen).

Senter for omsorgsforskning har sett nærmere på potensialet for uformell omsorg i Norge i tiårene fremover i artikkelen Demografisk utvikling og potensialet for uformell omsorg i Norge (68). Artikkelforfatterne mener at myndighetens forventninger vedrørende innsatsen fra pårørende og frivillige ikke samsvarer med den demografiske utviklingen i Norge, ut fra en vurdering av SSBs befolkningsframskrivinger, familiekoefisienten, aldersbæreevne og forholdet mellom antall unge eldre og eldste eldre.

Kartlegging av frivillig sektor i Asker

Høsten 2018 ble det gjennomført en studie for Frivillighet Norges medlemsorganisasjoner «Frivillighetsbarometeret» (69) for nye Asker. Undersøkelsen ble gjennomført over telefon med 800 innbyggere i det som var Røyken, Hurum og Asker kommune. Studien hadde som mål å kartlegge atferd, holdninger og interesser i frivillighets-Norge, samt holdninger til frivillighet blant befolkningen.

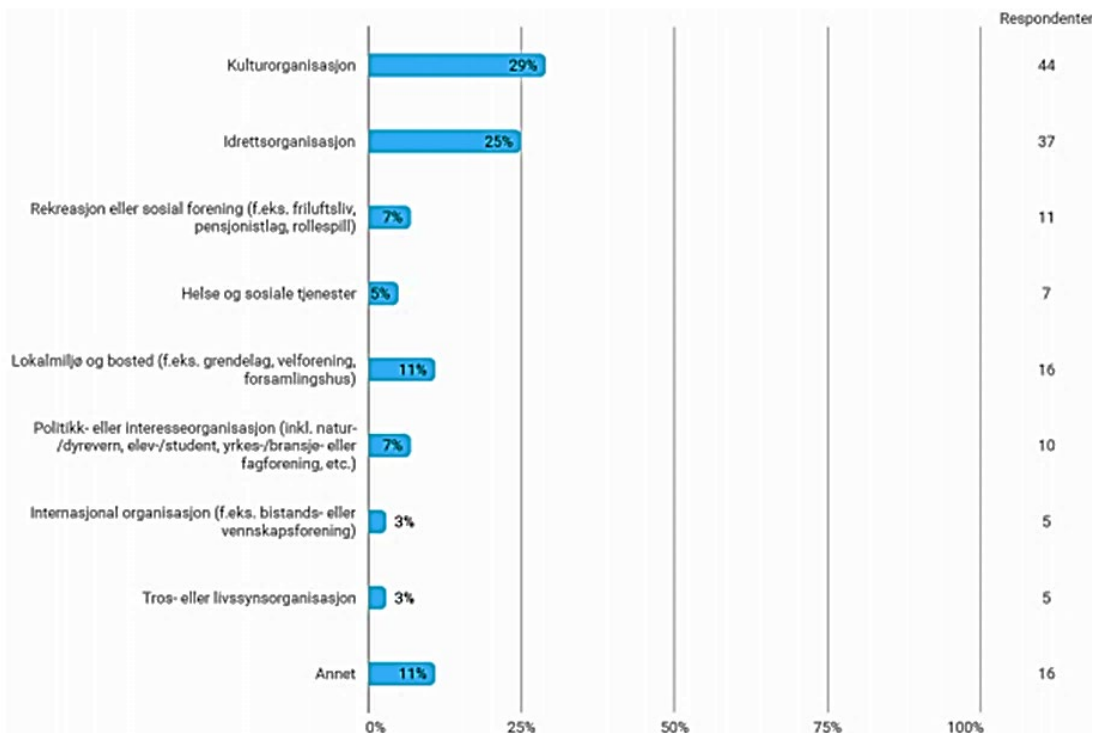
Studien viste at:

- andelen som gjorde frivillig arbeid i nye Asker kommune er på nivå med resten av Oslo/Akershus
- frivillige i nye Asker tenderte mot å gjøre frivillig arbeid oftere enn andre i Oslo/Akershus
- Røyken og Hurum har flere frivillige og flere som deltar på aktiviteter
- 28prosent av innbyggerne i nye Asker kommune oppga å ha blitt forsøkt rekruttert til å gjøre frivillig arbeid det siste året. Dette er relativt like nivåer som i resten av Norge.

Få frivillige innen velferdstjenester

I forbindelse med kommunesammenslåingen gjennomførte Frivillighet Norge en kartlegging av frivilligheten i Asker kommune. I underkant av 350 organisasjoner fra kommunen ble invitert til å svare på spørsmål om deres forening, medlemmer, samarbeid med kommunen, næringsliv og andre aktører, og hvilke mål og utfordringer de hadde. I underkant av halvparten av de spurte deltok.

Av hovedfunn kom det frem at 5 prosent av frivillige deltar innenfor helse og sosiale tjenester. Studien viser også at de fleste samarbeid mellom eksterne aktører og kommunen er knyttet til den delen av kommunen som har ansvar for kultur og frivillige organisasjoner.



Figur 30: Type organisasjon som respondenter svarer på vegne av. Antall respondenter: 151

Medborgerskap og frivillighet i Asker kommune

Kommunens arbeid med frivillige organiseres i stor grad gjennom tjenesteområdet medborgerskap, som ble opprettet i 2020. Dette er en stor satsning i kommunen og vil utvikles videre i årene som kommer.

Temaplan og prosjekt medborgerskap

Temaplan for medborgerskap «Sammen for å nå målene» skal bidra til at Asker kommune blir en pådriver for en helhetlig og samordnet samfunns- og tjenesteutvikling og bidra til gode og inkluderende lokalsamfunn. Temaplan for medborgerskap skal beskrive hvordan Asker kommune kan motivere og tilrettelegge for at innbyggerne ønsker å delta, og tar medansvar for samfunn og fellesskap.

Temaplanen har tre innsatsområder:

- deltakelse, motivasjon og tilrettelegging
- påvirkningsmuligheter
- møteplasser i nærmiljøet

For å bidra til å nå målsettinger i kommuneplanen og temaplan for medborgerskap, er det etablert et toårig utviklingsprosjektet, som avsluttes desember 2022. Prosjekt medborgerskap vil styrke kommunens evne til å tilrettelegge for økt deltakelse fra innbyggere, organisasjoner og næringsliv inn mot utvalgte piloter innen disse endringsområdene. Gjennom kompetanseheving og utprøving av nye metoder og verktøy, skal kommunen bli i bedre stand til å ta rollen som motivator og tilrettelegger for økt deltakelse.

Organisering av arbeid med frivillighet

Det er bygget opp et internt nettverk som jobber med frivillighet i Asker kommune.

Nettverket består av:

- frivillighetskoordinator
- tre kommunale frivilligsentraler, organisert innunder hver sin innbyggertorgavdeling
 - Hurum frivilligsentral i Sætre
 - Røyken frivilligsentral i Spikkestad
 - Asker frivilligsentral i Asker sentrum
- innbyggertorgene på Tofte, Sætre (åpner vår 2021), Slemmestad (åpner vinter 2021), Spikkestad, Heggedal (flytter vinter 2021), Holmen, Borgen og Asker
- fem ikke-kommunale frivilligsentraler (frivillighetskoordinator har ansvar for oppfølging)
 - Heggedal nærmiljøsentral
 - Borgen nærmiljøsentral
 - Vollen nærmiljøsentral
 - NaKuHel
 - Kløkkarstua frivilligsentral
- frivillighetsutvalget i Asker - et samarbeidsverktøy for å sikre god kommunikasjon om temaer som frivillig sektor er opptatt av. Frivillighetskoordinator er sekretær for utvalget.

Både de kommunale og de ikke-kommunale frivillighetsentralene arbeider i dag med motivering, rekruttering, organisering og tilrettelegging for frivillig engasjement.

Asker kommune har samarbeidsavtaler med en rekke frivillige organisasjoner. I tillegg samarbeider kommunen også med frivillige utenfor organisasjoner.

Innbyggertorg

Asker kommune oppretter åtte innbyggertorg i løpet av 2020 og 2021. Innbyggertorgene er tenkt som naturlige møteplasser i nærmiljøene med variert innhold. De er viktige for strukturen med lokalsentre i kommunen. Innbyggertorgene er åpne for alle og skal bidra til å skape aktive, inkluderende og helsefremmende lokalmiljø. Her skal innbyggerne både kunne delta og bidra selv i tilrettelagte lokaler, og med bistand fra de ansatte på torgene.

- være en arena og møteplass hvor innbyggerne kan delta i og drive med aktiviteter
- samarbeide med de kommunale frivilligsentralene

Seniorsentrene i tidligere Asker kommune er videreført og innlemmet i etableringen av innbyggertorg. Prosjektet «Seniortilbud på innbyggertorgene» skal se nærmere på fremtidens seniortilbud ved innbyggertorgene, som f.eks. måltider, aktiviteter og som møteplass.

Her er noen av innspille om frivillighet som kom i spørreundersøkelsen:

- finne arenaer for å rekruttere folk til frivillig arbeid
- kommunen og frivillighetssentraler bør komme ut ta kontakt og rekruttere frivillige
- bedre informasjon og markedsføre
 - hvilke muligheter det er til å benytte seg av frivillige tjenester
 - hva som trengs av frivillighet
 - hvilken støtte som gis til frivillig arbeid og som kan søkes om
 - «frivillighetsmarkedet» - har kan man både få og gi noe
- ha en oversikt over frivillighetsområdet; oppgaver, steder, møteplasser, kontaktpersoner
- organisere en frivillighetspool - frivillige som kan ringes ved behov, ikke faste dager
- flere besøkevenner + mat til faste tider til hjemmeboende som ikke klare å lage mat selv
- innbyggertorgene og frivillighet kan bli en viktig ressurs for eldre

Frivillighet på velferdsområdet

I virksomhet heldøgns omsorg er det en egen kultur-, aktivitets- og frivillighetskoordinator, som har koordineringsansvaret for Aktiv omsorg. Koordinatoren har også kontakt med frivillighetskoordinatoren i for medborgerskap i kommunen. Det jobbes med å harmonisere tilbud som eksisterte i de tre tidligere kommunene.

Det arbeides med å lage en egen strategi for samarbeid mellom bo- og omsorgssentrene i heldøgnsomsorg og frivillige i Asker kommune.

Våren 2020 ble det lagt frem en sak for utvalg for Velferd om status for arbeidet med frivillighet i tjenesteområdet Velferd. Tjenesteområdet skal nedsette en arbeidsgruppe med involvering av tjenesteområdet medborgerskap for å utvikle en modell for samarbeidet og arbeid med frivilligheten innen tjenesteområdet. Det er behov for å styrke samarbeid med frivilligheten innen tjenesteområdet Velferd som et av flere elementer som kan bidra til å utvikle en bærekraftig velferdstjeneste og god folkehelse i Askers befolkning.

Arbeid med å mobilisere ressurser i Asker kommune

Høsten 2020 ble det nedsatt en arbeidsgruppe for å se på ressursmobilisering i Asker kommune, for å belyse hva som kan løses ved et digitalt verktøy og hva som løses på annen måte. Arbeidsgruppens vurdering vil danne grunnlag for en eventuell anbefaling om mulig anskaffelse. Deretter må videre prosess og økonomiske konsekvenser vurderes.

Kommunen har tidligere hatt piloter, f.eks. med produktet Nyby:

- 2020 koronatiltak gjennom Nyby, der målet var å koble behov for hjelp med frivilliges hjelp
- Borgenprosjektet gjennom Nyby, der målet var å forenkle kommunikasjon og samskaping

12. Brukermedvirkning og mestring

En viktig del av kvalitetsreformen Leve hele livet er at eldre skal ha mer innflytelse på tjenestene de mottar og i beslutninger som angår dem. Behovet for å fokusere mer på egenmestring i hverdagen ble også trukket frem i reformens innledende undersøkelser av utfordringsbildet. Brukermedvirkning og mestring i hverdagen er derfor en nøkkelbrikke i arbeidet med å sette individet i sentrum for kommunens tjenester, stedsutvikling, utvikling av transporttilbud m.m.

Det er skjedd en stor retningsendring i tilnærmingen til brukeren i helsetjenestene. En retningsendringen i helsepersonells tilnærming fra å spørre «hva er i veien med deg?» til å spørre «hva er viktig for deg?» En retningsendring som tydeliggjør brukerens perspektiv og bidrar til at helsetjenestene møter og styrker individets egen ressurser og mestringsevne. Med tilnærmingen kan det iverksettes tiltak basert på brukerens egne mål og preferanser. Brukermedvirkning er helsefremmende og bidrar til mestring og motivasjon ved at brukere setter seg egne mål.

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, og er dermed ikke noe tjenesteapparatet kan velge å forholde seg til eller ikke. Brukere har rett til å medvirke, og tjenesten har plikt til å involvere brukere i undersøkelser, behandling og valg av tjenestetilbud.

Brukermedvirkning er også et virkemiddel på flere nivå. Blant annet kan brukermedvirkning bidra til økt treffsikkerhet i forhold til utformingen og gjennomføringen av både generelle og individuelle tilbud gjennom en kartlegging av behov og evaluering av tiltak.

Brukermedvirkning er med dette en viktig ressurs for kommunen for å sikre at tiltakene treffer, og i denne sammenhengen for å lykkes med en aldersvennlig samfunnsutvikling. Medvirkning bidrar også til at tiltakene får god forankring og blir lettere å iverksette (12).

Samskaping

Samskaping er en prosess hvor løsningene ikke er gitt på forhånd. Metoden brukes når flere parter går sammen for å definere utfordringer og designe nye og bedre løsninger. Partene kan være innbyggeren, pårørende, næringsdrivende, lag og foreninger og andre som er opptatt av å finne løsninger på felles problem. En beboer ved et bo- og omsorgssenter eller en innbygger med psykiske utfordringer, samt deres pårørende, er eksempler på viktige parter. Kommunen kan invitere til en slik løsningsjakt, men løsningen og hvem som utfører eller leverer løsningen, er ikke gitt på forhånd. Det kan være lag og foreninger, eller beboeren, eller deltageren, eller den pårørende som har ideen og gjennomfører løsningen.

For å sikre god medvirkning for eldre må man ta hensyn til eventuelle hindringer. Hvis man arrangerer folkemøte må man sikre seg at innbyggerne har fysisk og praktisk mulighet til å delta. Dette innebærer for eksempel et arbeid med universell utforming og transportmuligheter. Andre hindringer kan være digitale, og innebærer et behov for forenklet, lett tilgjengelig informasjon på digitale plattformer, opplæring og datahjelp der det er behov (12).

Regjeringen arbeider med en informasjonskampanje kalt planleggelitt.no. Hensikten er å bidra med informasjon som kan gjøre det lettere for eldre å planlegge sin alderdom. I en nasjonal undersøkelse var 79 prosent av de spurte enige i at vi selv må ta større ansvar for

egen helse, sosialt liv og bosituasjon (8). Asker ønsker å bidra til dette arbeidet med denne temaplanen.

13. Innovasjon, teknologi og digitalisering

Økt press på tjenester krever innovasjon i tjenestene og utnyttelse av digitale og velferdsteknologiske løsninger. Innovasjon kan defineres som å skape verdier på nye måter, og henger tett sammen med den teknologiske utviklingen. I det ligger muligheten for å finne løsninger på samfunnets fremtidige utfordringer.

I Helsepolitisk barometer for 2021 sier 60 prosent av de spurte at digitale helsetjenester bør utvikles mer i årene fremover. Videre er 40 prosent positive til digital konsultasjon hos fastlege (8).

Den teknologiske og digitale utviklingen går raskt. For eksempel blir sensorteknologier, der ting kobles til internett, stadig vanligere. Sammen med bedre bredbåndsdekning gir dette nye muligheter, blant annet innen helse- og omsorgstjenestene. Samtidig må man sikre kvalitet i digitaliseringen og sikre at teknologi brukes på en måte som øker livskvaliteten til eldre. Dersom man for eksempel erstatter menneskelig kontakt med teknologiske løsninger risikerer man å bidra til sosial isolasjon, noe som kan føre til alvorlige psykiske lidelser (70). Bruker- og innbyggermedvirkning må sikres for å sikre kvaliteten på fremtidens løsninger og tjenester. Universell utforming av IKT er svært viktig for å sikre inkluderende digitalisering.

Satsning på teknologi og digitalisering har betydning for alle de tre bærekraftdimensjonene.

- Sosialt: Satsning på velferdsteknologi er ment å bidra til at brukere kan være mer selvstendige i eget liv og gi økt livskvalitet.
- Økonomisk: Målet er at velferdsteknologi skal kunne bidra til bærekraftig tjenesteutvikling og til at f.eks. eldre skal kunne bo i egen bolig lenger.
- Miljø: Økt bruk av teknologi og digitalisering kan bidra til redusert reisevirksomhet.

Et godt eksempel på bruk av moderne teknologi for å øke livskvaliteten til eldre finner vi i Øygarden kommune. Der er det planlagt et prosjekt der frivillige, pårørende, ungdomsskoleelever og fagpersoner jobber sammen for å skape gylne øyeblikk, positive opplevelser og samtaler mellom mennesker. Det samles inn musikkpreferanser og bilder knyttet til den enkeltes livshistorie. Kartleggingen legger grunnlag for et persontilpasset digitalt program rettet mot eldre med kognitiv svikt, både hjemmeboende og på institusjon. Målet er at dette verktøyet kan være med å motvirke ensomhet.

Nasjonal digitaliseringsstrategi

Digitalisering er å benytte digital teknologi til å endre tjenester, prosesser og arbeidsformer.

Regjeringen lanserte en ny strategi «Digital hele livet» publisert i september 2021 (71). Den har som mål å motvirke digitalt utenforskap ved å sikre at alle innbyggere gis muligheter til å få det digitale påfyllet som trengs for å kunne bruke digitale verktøy og tjenester. I tillegg skal alle, ved å bruke digitale verktøy, kunne delta i samfunnet, demokratiske prosesser og sosialt fellesskap.

Målet i *En digital offentlig sektor: Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor 2019–2025* er å utvikle sammenhengende digitale tjenester som setter brukeren i sentrum. For å oppnå sømløse tjenester må man se på tvers av virksomheter og tjenesteområder. Erfaringsmessig er dette svært utfordrende (72).

Regjeringen har som mål at:

- offentlig sektor digitaliseres på en åpen, inkluderende og tillitvekkende måte
- flere oppgaver løses digitalt, og som sammenhengende tjenester
- alle innbyggere, næringsdrivende og frivillige organisasjoner som har evne til det, kommuniserer digitalt med offentlig sektor
- offentlig sektor utnytter potensialet i deling og bruk av data til å lage brukervennlige tjenester, og for å bidra til verdiskaping for næringslivet
- kommunale og statlige virksomheter bygger sine tjenester med utgangspunkt i et felles digitalt økosystem for samhandling
- kommunale og statlige virksomheter henter gevinster fra digitalisering på en systematisert måte

Innsatsområder for å oppnå målene:

- Brukerne skal settes i sentrum gjennom utvikling av mer sammenhengende tjenester basert på viktige livshendelser
- Offentlig sektor skal samhandle bedre om digitale tjenester og effektivisere ressursbruken gjennom styrket samordning på tvers av forvaltningsnivåer og sektorer, og systematisk uthenting av gevinster fra digitalisering
- Data skal i større grad deles og gjenbrukes i offentlig sektor, og åpne data skal publiseres for innovasjon og verdiskaping i næringslivet
- Nasjonal digital samhandling og tjenesteutvikling, fellesløsninger og felles arkitekturer, skal etableres i et helhetlig og overordnet styrt og koordinert økosystem

Samarbeid med privat sektor på digitaliseringsområdet skal styrkes for å oppnå bedre og mer effektive tjenester og for å legge til rette for innovasjon (73).

Mange kommuner og offentlige virksomheter er innovative, men det er fremdeles mye mer som kan gjøres. Arbeidet med innovasjon bør prioriteres høyere, og det bør arbeides mer systematisk for å få til den omstillingstakten som det offentlige trenger fremover. En innovasjonsvennlig kultur er en viktig forutsetning for innovasjon. Ledere, medarbeidere og politikere har alle viktige roller i å skape en innovasjonsvennlig kultur (72).

Satsning i Asker kommune på innovasjon, digitalisering og smart teknologi

Målrettet arbeid med innovasjon og digitalisering for å møte fremtidens utfordringer er et mål i kommuneplanenes samfunnsdel. Kommunen har vært gjennom en harmoniseringsprosess i forbindelse med kommunesammenslåing. Arbeidet vil følges opp med en egen temaplan om digitalisering og smart teknologi. Digitalisering i kommunen skal vektlegge forenkling, fornying og effektivisering. Temaplanen skal være ferdig 2. kvartal 2022.

En forutsetning for bærekraftig digital utvikling er tilstrekkelig digital infrastruktur, blant annet for å få til videreutvikling av velferdsteknologi.

Digital deltakelse og digitalt utenforskap

Eldre er overrepresentert blant dem som ikke bruker digitale verktøy (74). Digital utenforskap kan bidra til manglende deltakelse i samfunnet og manglende evne til å ta vare på seg selv. Dette er fordi samfunnet på mange områder krever digital kompetanse for lett tilgang til offentlige tjenester og ytelse de har rett på. Manglende behov og interesse oppgis i undersøkelsen til Kompetanse Norge (74) for å være de viktigste årsakene til manglende bruk av internett og andre digitale verktøy. Andre årsaker som oppgis er at de kompetanse og utstyr eller opplever internett som skummelt. Oppsummert viser denne studien at de med svakest digital kompetanse også er de med minst vilje, interesse og behov for å utvikle sine digitale ferdigheter. Dette gjelder spesielt blant de eldste (80 år og eldre) (74).

Nasjonalt viser studier at eldre bruker lenger tid på å ta i bruk nye digitale verktøy, og tar en mindre del i informasjonssamfunnet. Samtidig er andel sterke digitale brukere blant eldre økende (75). Den digitale deltagelse er god i Asker og ligger over landsgjennomsnittet. Antall personer som ikke ønsker digital dialog med det offentlige er i Asker 3,6 prosent mot 4,7 prosent for hele landet (76).

Aktiviteter for å styrke digital deltakelse kan være

- kurs, drop-in (innbyggertorg eller andre arenaer)
- medborgerskap / seniornett (Webinarer / kurs, videochat)
- velferdsteknologi / smarthusteknologi
- motivasjon til økt digital bruk

Velferdsteknologi

Velferdsteknologi er en fellesbetegnelse på tekniske installasjoner og løsninger som kan bedre den enkeltes evne til å klare seg selv i egen bolig, og bidra til å sikre livskvalitet og verdighet for brukeren.

Velferdsteknologi kan gi bedre tjenester for hjemmeboende eldre, pasienter i sykehjem, innen rus og psykisk helse og personer med nedsatt funksjonsevne. Erfaringer viser også at velferdsteknologi kan gi mer effektiv bruk av ressurser i helse- og omsorgstjenestene i kommunen og kan erstatte helsetjenester og utsette behov for innleggelse på institusjon.

KOMP fra No Isolation:

No Isolation er et norsk selskap som lager produkter som reduserer avstanden mellom mennesker gjennom teknologi. KOMP er laget spesielt for å koble en mer analog generasjon med deres digitale familie og venner. Ved hjelp av en skjerm og en enkelt knapp (av/på) kan eieren motta bilder, video og telefonsamtaler og meldinger fra familie og venner.

Les mer på: [KOMP fra No Isolation](#).
[Kommunikasjonsverktøyet for eldre og deres familie](#)

Det som blir viktig blir å styrke de digitale ferdighetene til de eldre som ønsker dette, slik at det digitale ikke blir en barriere for sosial kontakt og deltakelse i samfunnet.

Senter for Innovasjon og Læring, Asker velferdsrab og Partnerskap for radikal innovasjon

Asker kommune prioriterer å legge til rette for innovasjon og har opprettet Senter for Innovasjon og Læring (SEIL). Her blir blant annet ny nasjonale løsninger mottatt og prøvd ut, i samarbeid med tjenestene.

Asker velferdsrab er et eksempel på en ny modell for å koordinere tjenester til familier eller ungdommer i en vanskelig livssituasjon. Hovedtanken bak denne modellen er å gå fra å tenke velferd som en kostnad til å tenke velferd som en investering.

Partnerskap for radikal innovasjon jobber med demografiutfordringene. De viser til at mindre justeringer innenfor dagens tjenesteleveranser ikke er nok for å løse utfordringene framover, og at det er behov for et taktskifte i det offentlige innovasjonsarbeidet.

Partnerskap for radikal innovasjon inviterer til samarbeid på tvers av fagfelt, sektorer og forvaltningsnivåer. Asker kommune er deltager i partnerskapet.

Velferdsteknologi

Implementering av nye teknologiske løsninger er antatt å ha betydning for endringer i standarden og produktiviteten på tjenestene. Scenarioanalysene viser at det er all grunn til å tro at det er mulig å løse noen av dagens helse- og omsorgsoppgaver med langt mindre menneskelig rutinearbeid, jf. stortingsmeldingen *Leve hele livet*.

Asker kommune jobber med å utvikle og implementere velferdsteknologi, ut fra føringer i nasjonalt velferdsteknologiprogram, regionalt samarbeid og andre samarbeidspartnere. Innovasjon i tjenestene og utvikling av elektronisk samhandling og velferdsteknologi er avgjørende i utvikling av bærekraftige velferdstjenester og omtales blant annet i nasjonale styrende dokumenter som *Omsorg 2020* (77), *Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre* (12), *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (78) og Nasjonal e-helsestrategi og handlingsprogram (79).

Nasjonalt velferdsteknologiprogram

Nasjonalt velferdsteknologiprogram er styrende for arbeidet som gjøres i kommunene og ledes av Helsedirektoratet i samarbeid med Direktoratet for e-helse og KS. Programmet har hatt som mål at velferdsteknologi skal være en integrert del av tjenestetilbudet i omsorgstjenestene innen 2020

Regionalt samarbeid

Asker kommune deltar i et regionalt samarbeid «Helsehub» hvor kommuner, næringsliv og høyskolemiljøer blant annet samarbeider om velferdsteknologiske utviklingsprosjekter. Helsehub skal være en katalysator for utviklingsprosjekter som løfter frem og skaper synergier innen helserelatert forskning og innovasjon i regionen. Digital helse er et satsingsområde hvor det arbeides med Digital helsekompetanse, VR- teknologi på helsefeltet, digital hjemmeoppfølging og responscenter.

Program for implementering og oppfølging av velferdsteknologi i Asker kommune

Arbeidet med å innføre og utvikle velferdsteknologiske løsninger i Asker ledes av Senter for innovasjon og læring (SEIL). Det skal ansette en systemansvarlig i 2021 for å bidra i implementering og opplæring i tjenestene.

I dag har ca. 1400 innbyggere trygghetsalarmtjeneste med ulike sensorer:

- digitale trygghetsalarmer med ulike sensorer knyttet opp i innbyggers hjem
- frivillig brann-/røykvarsling
- elektronisk lås for alle med trygghetstjeneste

Hovedinnsatsområder i 2020 har vært

- medisineringsstøtte og lokaliseringsstøtte

Utviklingsarbeid videre

- pasientjournalen på nettbrett (eRom) Det er ønskelig å innføre denne løsningen i flere av kommunens omsorgsboliger og institusjoner
- muligheter for digital hjemmeoppfølging
- digitalt tilsyn for hjemmeboende og i institusjon/bolig
- kommunalt responscenter i samarbeid med smartby-miljø og andre kommuner. Dette er også et felles prosjekt i Helsehub.

Det jobbes med å skalere opp løsningene til flere brukere i hele kommunen.

Ressurssider

Dette er en liste over ressurser med veiledning og tiltak for å bidra til et aldersvennlig samfunn som kan brukes aktivt i planleggingen og utførelsen av tiltak rettet mot eldre i kommunen.

Håndbok i aldersvennlig lokalsamfunn – KS: Kommunesektorens organisasjon

Gir en tydelig og enkel gjennomgang av hvordan man kan planlegge for et aldersvennlig lokalsamfunn gjennom konkrete tiltak og medvirkning fra eldre. Temaer er blant annet fysisk og universell utforming, transport, kommunikasjon og medvirkning, bolig og samfunnsdeltakelse.

Håndbok i aldersvennlig stedsutvikling – NAL: Norske arkitekters landsforbund

Håndboken er laget på oppdrag fra Helsedirektoratet som en oppfølging av regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn. Håndboken inneholder råd og tiltak for å utvikle og styrke nærmiljøet gjennom plan- og bygningsloven og ved hjelp av medvirkning og samskapning.

Håndbok: Leve hele livet – KS: Kommunesektorens organisasjon

Oppfølging av reformen Leve hele livet. Den gir en kort innføring i reformen og inneholder praktisk veiledning til hvordan kommunen kan følge opp Leve hele livet – steg for steg.

Ligger tilgjengelig på nett her: [Håndbok Leve hele livet](#)

Eksampelsamling Leve hele livet – KS: Kommunesektorens organisasjon

Gode eksempler fra kommuner som har kommet i gang med arbeidet med planarbeidet for Leve hele livet. Ligger tilgjengelig på nett her: [Eksampelsamling](#)

Leve hele livet – Helse- og omsorgsdepartementet

Dette er det offisielle dokumentet bak reformen, altså stortingsmeldingen. Det er gjort et grundig arbeid med undersøkelser, avdekking av utfordringsbildet, løsninger og satsningsområder i forbindelse med reformen, dette finnes i stortingsmeldingen. Ligger tilgjengelig på nett her: [Meld. St. 15 \(2017-2018\)](#)

Vedlegg

Eldrerådet spørreundersøkelse 2020.

Referanser

1. **Helse- og omsorgsdepartementet.** *Flere år - flere muligheter.* s.l. : Helse- og omsorgsdepartementet, 2016.
2. **FN.** *The future is now: Science for achieving sustainable development.* FN : Global sustainable development report 2019, 2019.
3. **Viken fylkeskommune.** *Veien til et bærekraftig Viken: Regional planstrategi 2020-2024.* Viken : Viken fylkeskommune, 2020.
4. **International Telecommunication Union (ITU).** United 4 Smart Sustainable Cities. [Online] udatert. <https://www.itu.int/en/ITU-T/ssc/united/Pages/default.aspx>.
5. **Helgesen, M. og Herlofsen, K.** *Kommunenes planlegging og tiltak for en aldrende befolkning.* Oslo : NIBR rapport 2917:16, 2017.
6. **Kompas.** kommunale data. 2020.
7. **Agenda Kaupang.** kommunale data. 2020.
8. **Kantar.** Helsepolitisk barometer 2021. *kantar.no.* [Internett] 2021. <https://kantar.no/kantar-tns-innsikt/helsepolitisk-barometer-2021/>.
9. **Arbeids- og sosialdepartementet.** *NOU 2021: 2 Kompetanse, aktivitet og inntekstsikring.* 2021.
10. **Sysselsettingsutvalget.** *NOU 2021: 2 Kompetanse, aktivitet og inntekstsikring.* s.l. : Arbeids- og sosialdepartementet, 2021.
11. **Geodata.** s.l. : Asker kommune.
12. **Helse- og omsorgsdepartementet.** *Leve hele livet: En kvalitetsreform for eldre.* s.l. : Meld. St. 15 (2017-2018), 2018.
13. **Informasjon fra hjemmetjenesten i Asker.**
14. **KS.** *Kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2021.* s.l. : KS, 2021.
15. **Aldring og helse.** Kurs, opplæring, utdanning og konferanser. *Aldring og helse.* [Internett] 2021. <https://www.aldringoghelse.no/kompetanseheving/>.
16. **Velferd, Tjenesteområde.** Halvårsrapport 2020.
17. **Nasjonal kompetansesenter for aldring og helse.** demenskartet.no. *Hvor mange i Norge har demens?* [Internett] <https://demenskartet.no/>.

18. **Helse- og omsorgsdepartementet.** Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. *Meld. St. 7 (2019-2020)*. s.l. : Helse- og omsorgsdepartementet, 2020.
19. **Asker kommune.** *Forslag til handlingsprogram 2022 - 2025*. s.l. : Asker kommune, 2021.
20. **Agenda Kaupang.** *Helhetlig boligtrapp i Asker kommune - delrapport 1*. s.l. : Agenda Kaupang for Asker kommune, 2021.
21. **Helse- og omsorgsdepartementet.** Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). s.l. : Helse- og omsorgsdepartementet, 2011.
22. **Folkehelseinstituttet.** Kommunehelsa statistikkbank. [Internett] udatert. [Sisert: 22 2 2020.] <http://khs.fhi.no/webview/>.
23. **Bang Nes, R. m.fl.** *Livskvalitet i Norge 2019*. s.l. : Folkehelseinstituttet, 2020.
24. **Folkehelseinstituttet.** Livskvalitet i Norge 2019. *FHI.no*. [Internett]
25. **Helse- og omsorgsdepartementet.** Folkehelsemeldinga - Gode liv i eit trygt samfunn. *regjeringa.no*. [Internett] 2019. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/>.
26. **Folkehelseinstituttet.** Folkehelse rapporten - helsetilstanden i Norge: Psykiske lidelser hos voksne. *FHI.no*. [Internett] 2018. <https://www.fhi.no/publ/2018/fhr-2018/>.
27. **Helsedirektoratet.** Nasjonale faglige råd "Psykiske lidelser hos eldre". *Helsedirektoratet.no*. [Internett] 2021. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/psykiske-lidelser-hos-eldre>.
28. **Aldring og helse.** Psykiske lidelser og symptomer. [Internett] 2021. <https://www.aldringoghelse.no/psykisk-helse/psykiske-lidelser/>.
29. **Johannessen, B., Jacobsen Steen, J. og Hallandvik, J-E.** Hvilke ønsker har eldre med ikke-vestlig minoritetsbakgrunn for sin alderdom i Norge? *Norsk Tidsskrift for Helseforskning*. 1, 2013, Vol. 9.
30. **Aldring og helse.** Hvem er de eldre innvandrerne? *Aldring og helse: nasjonal kometansetjeneste*. [Internett] u.d. [Sisert: 19 november 2021.] <https://www.aldringoghelse.no/demens/minoriteter-eldre-innvandrere-og-demens/hvem-er-de-eldre-innvandrerne/>.
31. **Ingebretsen, R.** Eldre innvandrere og deres pårørende trenger også hjelp. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. 1, 2013, Vol. 55.
32. **Statistisk sentralbyrå.** Røyk, alkohol og andre rusmidler: 12392: Bruk av alkohol, cannabis og vanedannende legemidler, etter kjønn og alder (prosent) 2018 - 2020. *SSB: Statistikkbanken*. [Internett] 2020. [Sisert: 22 2 2020.] <https://www.ssb.no/statbank/table/12392>.
33. **Knutheim, T. og Rahm, F. R.** *Aldring og rusidler - utviklingstrekk, sykdom, medikamenter, alkoholbruk*. s.l. : KoRus-Sør, 2016.

34. **Nasjonalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress.** Vold i nære relasjoner. *Veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner*. [Internett] 2021. <https://voldsveileder.nkvts.no/>.
35. **Skadeforebyggende forum.** Trygge eldre. *Skadeforebyggende forum*. [Internett] udatert. [Sisert: 22 2 2021.] <https://www.skafor.org/fokusomrader/eldresikkerhet/>.
36. **Folkehelseinstituttet.** Skader og ulykker i Norge. *Folkehelse rapporten*. [Internett] 30 6 2014. [Sisert: 22 2 2021.] <https://www.fhi.no/nettpub/hin/skader/skader-og-ulykker-i-norge/?term=&h=1>.
37. —. Skadearena og skadeårsak. *Folkehelseinstituttet*. [Internett] 3 7 2017. [Sisert: 22 2 2021.] <https://www.fhi.no/hn/skader/skadearena-og-skadearsak/>.
38. **Helsedirektoratet.** Nasjonale faglige råd: Fysisk aktivitet for barn, unge, voksne, eldre og gravide. [Internett] 2021. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-for-barn-unge-voksne-eldre-og-gravide>.
39. **Nasjonalforeningen for folkehelse.** Effekt av trening hos eldre. [Internett] 2018. <https://nasjonalforeningen.no/forebygging/effekter-av-trening-hos-eldre/>.
40. **Folkehelseinstituttet.** Demens. *FHI.no*. [Internett] 2014. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>.
41. **Kulturdepartementet.** *Lov om likestilling og forbud mot diskriminering (likestillings- og diskrimineringsloven)*. s.l. : Kulturdepartementet, 2017.
42. **Helse- og omsorgsdepartementet.** *Demensplan 2025*. s.l. : Helse- og omsorgsdepartementet, 2020.
43. **Aldring og helse.** Veiviser demens. *Aldring og helse*. [Internett] u.d. [Sisert: 30 November 2021.] <https://veiviserdemens.aldringoghelse.no/>.
44. **World Health Organization.** Checklist of Essential Features of Age-Friendly Cities. [Internett] 2007. https://www.who.int/ageing/publications/Age_friendly_cities_checklist.pdf.
45. **Spurkland, G.** Kollektive boformer, kvalitet og innovasjon i det norske boligmarkedet. Oslo : Masteroppgave ved Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi: Universitetet i Oslo, 2020.
46. **Norske arkitekters landsforbund.** Håndbok i aldersvennlig stedsutvikling. [Internett] 2020. <https://www.arkitektur.no/handbok-i-aldersvennlig-stedsutvikling>.
47. **Aldersvennlig Norge.** Dette jobber vi med. [Internett] udatert. <https://www.aldersvennlig.no/programmet/>.
48. **Asker kommune.** *Plan for universell utforming 2018-2021*. s.l. : Asker kommune, 2018.
49. **Sørvoll, J. m.fl.** *Mobilitet blant eldre på boligmarkedet - holdninger, drivere og barrierer*. Oslo : NOVA Rapport 5/20, 2020.
50. **Sørvoll, J. M.fl.** *Bolig i det aldrende samfunnet: Analyse av rammebetingelser for fremskaffelse av velegnede boliger for eldre*. Oslo : NOVA Rapport 12/2018.

51. **Kommunal- og moderniseringsdepartementet.** *Alle trenger et trygt hjem: Nasjonal strategi for den sosiale boligpolitikken (2021-2024).* s.l. : Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2020.
52. **Prognosesenteret.** 2020.
53. **Schmidt, L., Holm, A., Kvinge, T. og Nørve, S.** *BOLIG+ Nye boløsninger for eldre og folk flest.* Oslo : NOVA, 2013.
54. **Transportøkonomisk institutt.** *Helseeffekter av Ruter aldersvennlig transport.* s.l. : TØI rapport 1810/2020, 2020.
55. **Ruter.** dialog med Ruter angående kollektivtransport og aldersvennlig transport i Asker kommune. februar, 2020.
56. *Aldersvennlig lokalsamfunn. KS Agenda.* s.l. : Webinar, 2020.
57. *Aldersvennlig lokalsamfunn - transport, universell utforming. Nesheim, Thomas, tidl. fagleder universell utformin gog driftsleder båt, Kolumbus AS.* s.l. : KS Agenda, 2020.
58. **Hay, C., Geretsegger, M., Kristiansen, F. A., Schmid, W. og Stige, B.** Musikkterapi og eldrehelse. *GAMUT: Griegakademiets senter for musikkterapiforskning.* [Internett] 1 11 2018. [Sitert: 22 2 2021.] <https://gamut.w.uib.no/kunnskapsbeskrivelser/musikkterapi-og-eldrehelse/>.
59. **Cuypers, K., Krokstad, S., Holmen, T. L., Knudtsen, M. S., Bygren, L. O. og Holmen, J.** Patterns of receptive and creative cultural activities and their association with perceived health, anxiety, depression and satisfaction with life among adults: the HUNT study, Norway. *Epidemiol Community Health.* 66, 2012, Vol. 8.
60. **Løken, B- I.** Kulturell deltagelse i assosiasjon med dødelighet og sykkelighet i en norsk populasjon HUNT3 (2006-08). *Vitenskapelig foredrag.* s.l. : Helsediektoratet, 2016.
61. **Sandsund, M. m.fl.** *Kulturtilbud for inkludering av eldre med innvandrerbakgrunn.* s.l. : Sintef-rapport, 2020.
62. **Helsebiblioteket.** [Internett] www.helsebiblioteket.no.
63. **Helse- og omsorgsdepartementet.** *Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan.* 2020.
64. **Pårørendealliansen.** Rapporter, planater og faktaark. [Internett] udatert. <https://parorendealliansen.no/materiell-du-kan-laste-ned/>.
65. **Helsedirektoratet.** Pårørendeveileder. [Internett] udatert. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder>.
66. **frivillig.no.** [Internett]
67. **Gamme, A. og Rafoss, A. B. (red).** *Håndbok i aldersvennlig lokalsamfunn.* s.l. : Kommunenes intresse- og arbeidsgiverorganisasjon Norge, 2020.
68. **Blix, B., Stalsberg, H. og Moholt, J-M.** Demografisk utvikling og potensialet for uformell omsorg i Norge. *Tidssrift for omsorgsforskning.* 1, 2021, Vol. 7.

69. Frivillighet Norge. Frivillighetsbarometeret. [Internett] 2020. [Sisert: 22 2 2021.] <https://www.frivillighetnorge.no/fakta/frivillighetsbarometeret>.
70. Armitage, R. og Nellums, L. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *The Lancet Public Health*. 2020, Vol. 5, 5.
71. Kommunal- og moderniseringsdepartementet. *Digital hele livet: Nasjonal strategi for økt digital deltakelse og kompetanse i*. s.l. : Regjeringen, 2021.
72. —. *En innovativ offentlig sektor*. s.l. : Meld. St. 30 (2019-2020), 2020.
73. —. *Én digital offentlig sektor: Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor 2019-2025*. s.l. : Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2019.
74. Kompetanse Norge. *Befolkningens digitale kompetanse og deltakelse: Med et ekstra blikk på seniorer og ikke-sysselsatte*. 2021.
75. —. Om deltagelse i informasjonssamfunnet. *Statistikk og analyse*. [Internett] 4 mars 2018. <https://www.kompetansenorge.no/statistikk-og-analyse/grunnleggende-digital-ferdigheter/om-deltagelse-i-informasjonsamfunnet/>.
76. Digitaliseringsdirektoratet. Digital postkasse til innbyggere. *Samarbeidsportalen*. [Internett] 2020. [Sisert: 3 mars 2021.] <https://samarbeid.digdir.no/digital-postkasse/digital-postkasse/51> .
77. Helse- og omsorgsdepartementet. *Omsorg 2020: Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*. s.l. : Helse- og omsorgsdepartementet, 2015.
78. —. *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. s.l. : Meld. St. 26 (2014-2015), 2015.
79. Direktoratet for e-helse. *Nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan*. s.l. : Direktoratet for e-helse, udatert.