Resultatevaluering av Omsorg 2020 – regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020

Trond Tjerbo
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi,
Universitetet i Oslo
Oddvar Førland
Senter for omsorgsforskning vest,
Høgskulen på Vestlandet
Jardar Sørvoll
Velferdsforskningsinstituttet NOVA
OsloMet — storbyuniversitetet
Terje P. Hagen
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi,
Universitetet i Oslo
Rina Moe Fosse
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi,
Universitetet i Oslo
Eliva A Ambugo
Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag.
Universitetet i Sørøst-Norge
Heidi Gautun
Velferdsforskningsinstituttet NOVA
OsloMet — storbyuniversitetet
Mariya Bikova
Senter for omsorgsforskning vest,
Høgskulen på Vestlandet

UNIVERSITY OF OSLO
HEALTH ECONOMICS RESEARCH NETWORK
Working paper 2022:2

UNIVERSITETET I OSLO

Høgskulen på Vestlandet

OSLOMET STORBYUNIVERSITETET
VELFERDSFORSKNINGSINSTITUTTET NOVA

Health Economics Research Network at the University of Oslo
ISSN 1501-9071 (print version.), ISSN 1890-1735 (online), ISBN 978-82-7756-273-5

Sluttrapport:

Resultatevaluering av Omsorg 2020 – regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020

Trond Tjerbo, Oddvar Førland, Jardar Sørvoll, Terje P Hagen, Rina Moe Fosse, Eliva A Ambugo, Heidi Gautun & Marya Bikova

UNIVERSITETET I OSLO

Høgskulen på Vestlandet

OSLOMET STORBYUNIVERSITETET
VELFERDSFORSKNINGSINSTITUTTET NOVA

Innholdsfortegnelse

SLUTTRAPPORT: 1

RESULTATEVALUERING AV OMSORG 2020 – REGJERINGENS PLAN FOR OMSORGSFELTET 2015–2020 1

FORORD 3
HOVEDFUNN 4
ENGLISH SUMMARY 5
1. SAMMENFATTENDE BETRAKTNINGER 6
2. DELPROSJEKT A: INVESTERINGSTILSKUDDET TIL OMSORGSBOLIGER OG SYKEHJEM 9
2.1 Utviklingen i tilsagn gitt i perioden 2008-2020 9
2.2 Effekter av investeringstilskuddet på antall pasienter i sykehjem 12
2.3 Har tilskuddet påvirket kommunenes satsinger på skolesektoren eller den økonomiske balansen? 15
2.4 Oppsummering og konklusjon fra delprosjekt A. 23
3. DELPROSJEKT B: BRUKERMEDVIRKNING, HJEMMETJENESTER OG BOFORMER I ELDREOMSORGEN 24
3.1 Brukermedvirkning og brukerinvolvering 24
3.2 Hjemmetjenestetilbudet 25
3.3 Hjemmetjenestene og aldring i egen bolig 26
3.4 Data & metode 26
3.5 Resultater og konklusjoner 28
3.6 Avsluttende diskusjon: oppsummering og politikkanbefalinger 30
4. DELPROSJEKT C: TIDLIG INNSATS I OMSORGSSEKTOREN: INNOVASJONER I TJENESTETILBUDET TIL PERSONER MED DEMENS OG PERSONER SOM MOTTAR HVERDAGSREHABILITERING 32
4.1 REGISTERBASERTE ANALYSER 32
4.2 KVALITATIVE ANALYSER 33
4.3 Sentrale funn/resultatevaluering 35
4.4 Diskusjon/årsaks-evaluering 46
4.5 Konklusjoner 53
4.6 Anbefalinger/policykonsekvenser 55
LITTERATUR 56

Forord

Denne rapporten er skrevet av forskere ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo, Senter for omsorgsforskning Vest (SOFV) og Velferdsforskningsinstituttet NOVA - Oslomet. Kapittel 2 er skrevet av UIO, kapittel 3 av NOVA og kapittel 4 av SOFV. I rapporten oppsummer vi funnene fra arbeidet med evalueringen av Omsorg 2020.

Vi har gjennomført et stort antall intervjuer i prosjektet, og vil rette en takk til alle informantene som har bidratt til at vi har kunnet gjennomføre analysene. Takk også til Husbanken som har delt data med oss.

I prosjektet bruker vi data fra flere ulike registre. Blant annet Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) i kapittel 2. Forfatterne er eneansvarlige for tolkning og presentasjon av de tilgjengeliggjorte opplysningene. Registerforvalter for KPR har ikke ansvar for analyser eller tolkninger basert på de tilgjengeliggjorte opplysningene. Vi bruker også data fra SSBs statistikkdatabase, KOSTRA og Husbanken. Forfatterne har eneansvar for alle analyser og tolkninger også her, og registereiere har intet ansvar for noen av disse analysene eller tolkningene.

Hovedfunn

Overordnet om Omsorg 2020

- Koblingen mellom mål og tiltak i Omsorg 2020 er utydelig.
- Omsorg 2020 er lite kjent i kommunene

Investeringstilskuddet

- Tilskuddsordningen har ikke ført til netto vekst i antallet plasser.
- Tilskuddsordningen har ikke hatt negative ringvirkninger for skolesektoren eller for kommunenes økonomiske balanse.
- Tilskuddsordningen har ført til flere korttidsopphold i sykehjem i perioden 2017-2020.

Tidlig innsats i omsorgssektoren: Innovasjoner i tjenestetilbudet til personer med demens og personer som mottar hverdagsrehabilitering

- Pasienter som mottar rehabilitering hjemme, har klart lavere sannsynlighet for senere innleggelse i institusjon enn pasienter som mottar rehabilitering i kommunal institusjon.
- De statlige virkemidlene har vært forholdsvis svake når det gjelder forebyggende tjenester som forebyggende hjemmebesøk til eldre og frisklivsentraler og rehabiliterende tjenester som hverdagsrehabilitering.
- Likevel har det i perioden vært økt oppmerksomhet på forebyggende, rehabiliterende og tidlig innsats-tjenester i kommunene
- Tilbudet om hverdagsrehabilitering hatt en sterk vekst, primært som følge av 'bottom up'-prosesser i og mellom kommuner og ikke som resultat av statlige tiltak.
- Vi finner økt vekt på mestringstilnærminger i hjemmetjenestene. For noen brukere medfører dette forventningskonflikter.
- En rekke kommuner har ikke utviklet systematisk oppfølging i tidlig og sen fase av demensforløpet med fast individuell koordinator. Det er behov for nasjonale standarder for dette og økonomiske incitamenter for å realisere slik oppfølging bør vurderes.
- De statlige virkemidlene for å etablere dagaktivitetstilbud for personer med demens har vært sterke og har ført til et betydelig utvidet tilbud.
- Det er uheldig at flere kommunale demenstilbud utelukkende er knyttet til det å ha fått en demensdiagnose.
- Det er krevende for kommunene å kanalisere ressurser til tidlig innsats-tjenester *samtidig* som de må ivareta personer med omfattende omsorgsbehov.

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)

- Bruk av tjenester i KPR bør ha en, og bare en, sluttdato
- Hjemmetjenester i KPR bør spesifiseres tydeligere, slik det registreres nå kan (minst) tre typer tjenester ha samme kode.

English summary

Care Plan 2020 was the government's plan for the care sector for the period 2015-2020. In our evaluation of the plan, we focused on a) whether the central state was able to influence the municipalities' investment's in 24 hour care through the investment grant b) user involvement and satisfaction as well as services for people with dementia and people who receive everyday rehabilitation.

Our analysis of the investment grant shows that municipalities who have received grants in the period 2017-2020 also have an increase in short term stays in municipal nursing homes. This indicates that the investment grant has enabled the municipalities to be more flexible in adapting the services to changes in the demand for services. Earmarked grants can also affect spending in other sectors and affect the fiscal balance. Our analysis do not show any effects on the fiscal balance. The reported analysis do not show any effect on school spending, but these results are not as robust as the ones done on fiscal performance/balance.

We also find that municipalities are focusing on adapting their services to the expected increase in the share of elderly, but that Care Plan 2020 does not cause this activity. There is a strong focus on everyday rehabilitation and early intervention.

1. Sammenfattende betraktninger

Omsorg 2020 var regjeringens plan for omsorgssektoren i perioden 2015-2020. I planen skrev de: «I møte med fremtidens omsorgsutfordringer vil regjeringen i tråd med allerede vedtatt politikk, oppfordre kommunene til å sette fornyelse og forbedring av omsorgssektoren på dagsorden i kommunalt plan- og utviklingsarbeid, og løfter frem fem hovedsatsingsområder». De fem hovedsatsingsområdene var: sammen med bruker, pasient og pårørende, en faglig sterk helse- og omsorgstjeneste, moderne boformer, den nye hjemmetjenesten og fornyelse og innovasjon.

Det ligger ingen samlet programteori til grunn for Omsorg 2020. En programteori inneholder både mål, tiltak for å nå målene og en forklaring eller forventning om hvordan tiltakene skal bidra til at målene nås. Omsorg 2020 inneholder for mange mål og for mange tiltak til at en enhetlig programteori kan legges til grunn. I planen nevnes over 30 tiltak under overskriften «Regjeringen vil:», disse tiltakene spenner fra å «legge til rette for en politikk som utvikler nye tilbud i samarbeid mellom omsorgstjenesten og næringslivet» (Helse- og omsorgsdepartementet 2015a:21) til å «etablere et register for kommunale helse- og omsorgstjenester»(Helse- og omsorgsdepartementet 2015a:54). En evaluering av en plan som Omsorg 2020 blir derfor en kombinasjon av evalueringer av konkrete tiltak med en klar programteori, slik som investeringstilskuddet, og bredere vurderinger av utviklingstrekk i sektoren i planperioden.

Flere av tiltakene i Omsorg 2020 er evaluert av andre. Kompetanseløft 2020 er evaluert av Grut et al (2021). Menon evaluerte investeringstilskuddet (Westberg, Skjeflo et al. 2019) for Husbanken. Helsedirektoratet publiserte årlige rapporter for de tiltakene innenfor Omsorg 2020 som faller under deres myndighetsområde.

I vår evaluering var målene:

- Å evaluere om staten gjennom tilskuddsordningen klarer å stimulere kommunene til å investere i omsorgsplasser.
- Å analysere om kommunene klarer å omstille tjenesteytingen til endringer i demografi med spesiell vekt på økningen i antall endre.
- Å analysere effekter av de «nye» innsatsfaktorene: brukermedvirkning, helsefremmende arbeid og nye boformer med vekt på tilfredshet hos brukere og pårørende
- Å analysere målet om økt tidlig innsats i omsorgstjenestene, med hovedvekt på tjenestetilbudet for to utvalgte grupper: personer med demens og personer som mottar hverdagsrehabilitering

I Omsorg 2020 fremheves nytenkning som viktig. Det kan virke som mangel på innovasjon er et problem som skal løses. Det understrekes at regjeringen er opptatt av å styrke «kommunenes innovasjonsevne og bidra til at nye løsninger utvikles, testes, dokumenteres og tas i bruk»(Helse- og omsorgsdepartementet 2015a:49) Det er altså kommunene som skal gjennomføre nytenkningen, og staten er en tilrettelegger. Et viktig virkemiddel i Omsorg 2020 er investeringstilskuddet til utbygging av flere sykehjemsplasser og plasser i omsorgsbolig.

Tilskuddet senker prisen for kommunene på det staten ønsker at kommunene skal prioritere. Alternativet for staten ville vært å øke rammeoverføringen til kommunene, men dette ville økt risikoen for at lekkasjer til andre sektorer. Øremerkede tilskudd (som investeringstilskuddet) gjør lekkasjer mindre sannsynlig, men kan samtidig lede til overinvestering. De kan også påvirke bruk av midler i andre sektorer (Borge and Haraldsvik 2006, Westberg, Skjeflo et al. 2019).

Menon-analysen (Westberg, Skjeflo et al. 2029) viste at tilskuddsordningen fører til en netto økning i gjennomsnittlig antall sykehjemsplasser per innbygger i året plassene ble ferdigstilt, sammenlignet med året før, men ingen forskjell i antall sykehjemsplasser de to neste årene etter ferdigstillelse. Dette tyder på at sykehjemsplassene som finansieres av tilskudd erstatter eksisterende plasser. Analysen indikerte heller ikke en varig økning i antall beboere i omsorgsboliger med heldøgnsbemanning etter utbetaling av tilskuddene.

Analysene som er gjennomført gjennom Resultatevalueringen av Omsorgsplan 2020 har evaluert effektene av tilskuddsordningen på et bredere spekter av indikatorer. For det første har vi analysert om den fornyelsen som har skjedd av sykehjemmene har økt kapasiteten. Våre funn bekrefter at det ikke skjer endringer i pasienter i langtidsopphold, men samtidig finner vi at tilskuddsordningen har en positiv effekt på antallet korttidsopphold i sykehjem, og da særlig for avlastningsoppholdene. Tilskuddet har altså gjort det mulig for kommunene å øke antallet opphold av kortere varighet. Økningen i antallet korttidsopphold kan sees i sammenheng med utviklingen i hjemmetjenestene; når flere skal bo hjemme lengre vil behovet for avlastning øke. For det andre har vi vurdert om investeringer i sykehjem har hatt negative effekter på andre deler av kommunens aktiviteter og økonomi. Våre analyser viser ingen effekt av investeringstilskuddet på satsing på skole. Resultatene endres imidlertid noe dersom vi tar med alle godkjente prosjekter (ikke bare ferdigstilte), og om vi endrer analysemetode. I sum skaper dette noe usikkerhet om hvor robuste konklusjonene fra analysene er. Vi finner ingen negativ effekt av tilskuddet på netto driftsresultat.

I perioden 2015-2020 økte utgiftene til omsorgstjenester med ca. 18 prosent (inflasjonsjustert). Det er spesielt kostnader til tjenester til hjemmeboende som har økt i perioden (Andrews, Tjerbo et al. 2021). De spesifikke årsakene til veksten er vanskelig å kvantifisere, men endringer i oppgavefordelingen mellom stat og kommune, samt endringer i tjenestebehovet for personer som mottar omsorgstjenester nevnes som mulige forklaringer (Andrews, Tjerbo et al. 2021). Samhandlingsreformen og innføringen av kommunale akutte døgnplasser identifiseres som viktige kostnadsdrivere. Samtidig er dette endringer som inntraff før 2015, og derfor ikke endringer som kan forklare veksten mellom 2015 og 2020.

En annen forklaring på utgiftsveksten er at andelen yngre brukere har økt. Disse brukerne har gjerne en lengre forventet levetid enn eldre og dette påvirker både brukernes- og samfunnets forventinger om hva slags tjenester og typer tilrettelegging de bør få. Endringer i hvordan vi leverer tjenester til denne gruppen vil ha en sterk effekt på utgiftene; den multiplikative effekten av en økning både i antallet brukere og antallet tjenester eller tjenesteomfang per bruker er betydelig (Andrews, Tjerbo et al. 2021).

I Omsorg 2020 er det ingen klar iverksettingsplan for kommunene. Det er ikke tydelig hva innovasjonene er eller hvordan omstillingene skal foregå. Det er et ønske og et mål om mer forebygging, tidlig innsats, rehabilitering, digitalisering, velferdsteknologi, samhandling og personsentrerte tjenester, men det er uklart hva konkret innenfor dette kommunene skal gjøre. Utformingen og implementeringen av endringene overlates i all vesentlig grad til kommunene. Dette er kanskje ikke overraskende; det er vanskelig å se for seg at staten dikterer hvilke løsninger kommunene skal velge f. eks i hjemmetjenestene. Hovedbegrunnelsen for lokale kommunale løsninger er også at det er de som sitter lokalt som best kjenner det lokale behovet. På den annen side er det et spørsmål om staten i større grad burde utviklet *veiledende* faglige normer på omsorgstjenestefeltet.

Velferdsteknologi blir fremhevet i Omsorg 2020 som en viktig del av innovasjonsarbeidet. På brukernivå tyder våre data på at velferdsteknologi *alene* ikke skaper trygghet. Den oppleves dels som nyttig, dels som mindre nyttig og dels som unyttig og fremmedgjørende. Dette er i tråd med andre studier av velferdsteknologi i omsorgssektoren. Overvurderer vi potensialet for denne typen teknologi i omsorgssektoren (Melby, Sand et al. 2019)? I et optimistisk scenarium kan vi tenke oss at teknologiske nyvinninger vil dempe bemanningsbehovet så kraftig at kostnadene også faller sterkt. Dette er likevel langt fra sikkert.

Omsorgstjenester er arbeidsintensive, og teknologiske nyvinninger vil ikke gi besparelser her like de vi kan få i privat sektor. Derfor er det ikke sikkert vi får de store besparelsene. Baumols lov (Baumol 1967) sier at offentlige utgifter vil øke fordi effektivitetsgevinstene i offentlig sektor alltid vil være lavere en lønnsveksten (som følger privat sektor). Dette vil i aller høyeste grad også kunne gjelde for omsorgstjenester. Mye av velferdsteknologien har også medført etablering av en ny infrastruktur for oppfølging. Det dreier seg om nye meldingssystemer til helsepersonell og responssentre som krever svar og utrykning. Dette gir muligheter for tett brukeroppfølging, men kan også være kostnadsdrivende fordi det ofte kommer i tillegg til de ordinære omsorgstjenestene rettet mot brukernes grunnleggende behov (det å få stelt seg, mat og drikke, mentale og fysiske helseutfordringer etc.). (Baumol 1967)

Tilbudet om hverdagsrehabilitering hatt en sterk vekst til tross for at de statlige virkemidlene og tiltakene har vært få. Veksten har vært en følge av faglige prosesser i og mellom kommuner. Prosessene har fått lokalpolitisk støtte, trolig fordi man har antatt at slik rehabilitering er kostnadseffektiv. Mestringstilnærmingene fra hverdagsrehabiliteringen har til dels spredt seg til de tradisjonelle hjemmetjenestene. For noen brukere medfører slike tilnærminger forventningskonflikter.

På demensomsorgsfeltet ble det i planperioden utviklet sterke virkemidler (lovgivning og økonomiske tilskudd) knyttet til etablering av dagaktivitetstilbud. Dette har bidratt til å utvide dagtilbudet betydelig.

I Omsorg 2020 er det et sterkt fokus på tidlig innsats, personsentrerte tjenester, og utvikling av «den nye hjemmetjenesten». En viktig grunn til å prøve ut nye modeller for tjenestelevering er at de vil skape verdier for samfunnet. Enten ved å tilby tjenester til samme kvalitet som nå og til samme kostnad, eller ved å øke kvaliteten uten å øke kostnadene. Vet vi hva kostnadene ved disse nye normative modellene er? Hva koster

brukersentrerte tjenester, tidlig innsats og/eller hverdagsrehabilitering? Fører tidlig innsats til mer eller mindre bruk av tjenester totalt?

Dette er spørsmål som lettere lar seg besvare for klare helseintervensjoner og/eller teknologier, men som er vanskeligere å gi tydelige svar på når det gjelder mer generelle endringer i sektoren. Sterkere kontroll over kostnadene i sektoren forutsetter sterkere kontroll over tjenesteutviklingen. Kanskje evalueringer av planer som Omsorg 2020 i større grad burde innrettes som evalueringer i forkant. Nye modeller kan prøves ut som forsøk; noen kommuner prøver dem, andre ikke. I etterkant kan effekter oppsummeres.

2. Delprosjekt A: Investeringstilskuddet til omsorgsboliger og sykehjem[1]

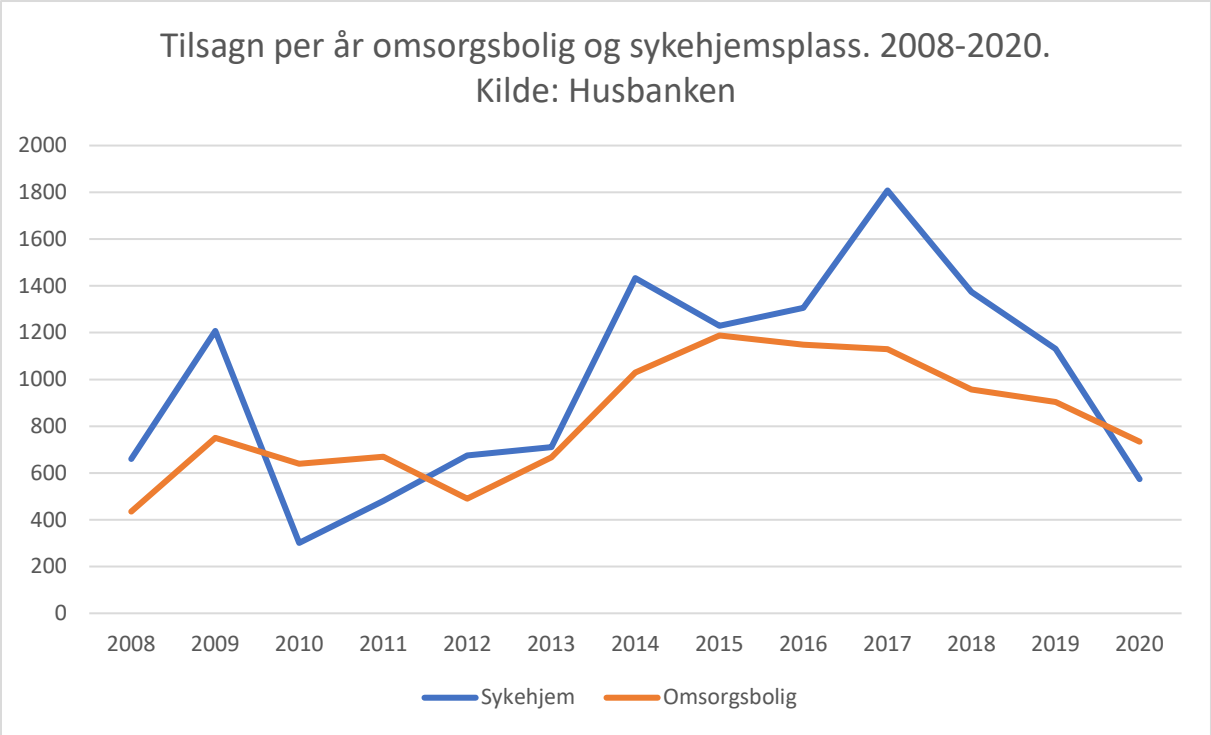
I evalueringen av Omsorg 2015 ble det påpekt at mye av midlene gikk til ombygging av eksisterende plasser, og ikke til etablering av nye (Hagen, McArthur et al. 2013). Menon fant det samme i sine evaluering som strakk seg frem til og med 2017 (Westberg, Skjeflo et al. 2019). Investeringstilskuddet har kanskje ledet til høy kvalitet, men ikke netto tilvekst.

Alternativet til tilskuddsordningen slik den er har blitt praktisert, i noe ulik form siden slutten av 90-tallet, er å innlemme midlene i rammen til kommunene. Det vil gi lavere transaksjonskostnader (mindre «byråkrati»), og gi kommunene større handlefrihet. På den annen side gjør det at staten får mindre kontroll over prioriteringene. Staten kan forsøke å styre kommunale prioriteringer gjennom øremerkede tilskudd, slik som for investeringstilskuddet. Likevel er det kommunene som avgjør om de skal søke, og om vridninger i bruken av tilskuddet kan finne sted. Innlemming av tilskuddet i rammen vil gjøre det lettere for kommunene å tilpasse bruken av midlene til lokale behov, men vanskeligere for staten å sikre oppnåelse av nasjonale mål innenfor omsorgspolitikken.

2.1 Utviklingen i tilsagn gitt i perioden 2008-2020

Figur 1 viser antall sykehjemsplasser og omsorgsboliger det er gitt tilsagn til per år 2008-2020. For perioden 2015-2020, altså perioden Omsorg 2020 dekker, ser vi at det var en klar nedgang i antallet tilsagn fra og med 2017. Dette gjelder spesielt sykehjemsplasser. Antallet tilsagn til omsorgsboliger har en svakere nedgang.

[1] Vi benytter data fra Helsedirekoratet (KPR), SSB (KOSTRA) og Husbanken (tilskuddsdata). Ingen av disse institusjonene har noen som helst ansvar for tolkningene og/eller analysene som gjøres av dataene.

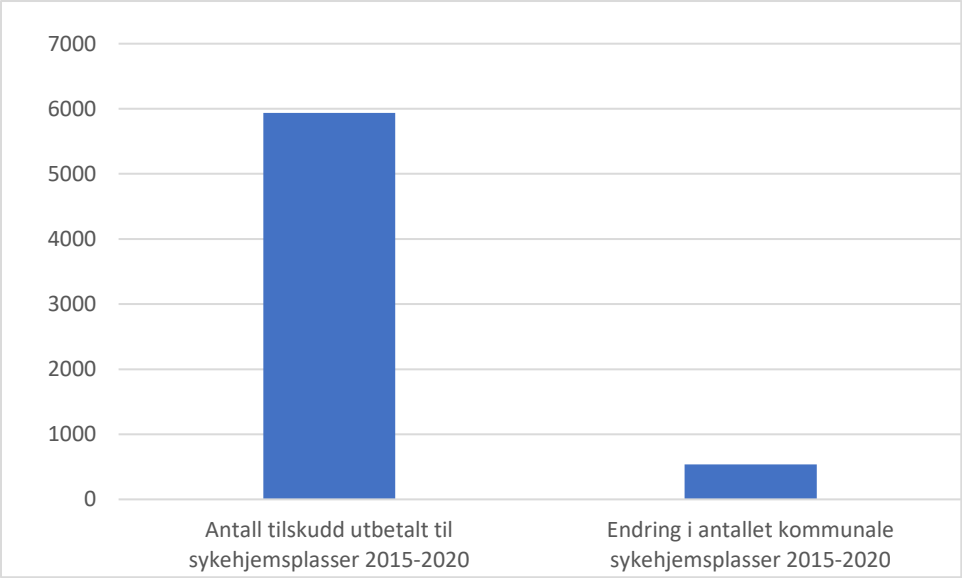


Figur 1 Tilsagn per år til omsorgsbolig og sykehjemsplass.

I 2017 fastsatte regjeringen at det fra og med 2021 kun skulle gis tilskudd til plasser som ga netto vekst. Denne ordningen ble innfaset gradvis fra og med 2018 slik at 40% prosent av tilskuddet skulle gå til netto vekst i 2018, 60% i 2019, 80% i 2020 og 100% i 2021. De midlene som ikke gikk til netto vekst kunne brukes til renovering eller utskifting av eksisterende plasser.

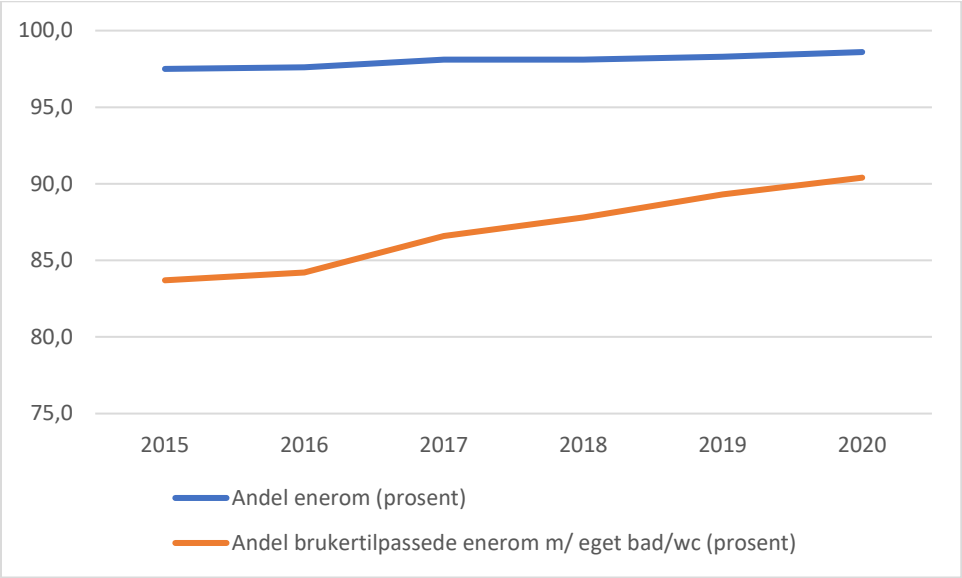
På grunn av et sterkt behov for oppgradering og rehabilitering valgte regjeringen i 2019 å sidestille nybygg og oppgradering av bygningsmassen. Dette ble gjennomført ved at det i statsbudsjettet ble skilt mellom kpt. 761 post 69 som ble avsatt til netto vekst og kpt. 761, post 63 som ble avsatt til rehabilitering mm.

Menon fant i sin evaluering som strakk seg til og med 2017(Westberg, Skjeflo et al. 2019)at investeringstilskuddet ikke hadde gitt en økning i antallet plasser. Det er liten grunn til å anta at dette skal ha endret seg fra perioden 2017 til 2020. Dersom vi ser på antallet tilsagn utbetalt i perioden 2015-2020 og endringen i antallet kommunale sykehjemsplasser i den samme perioden, ser vi tydelig at de utbetalte tilskuddene i perioden ikke har ledet til flere plasser (Figur 2).



Figur 2
Antall tilsagn utbetalt 2015-2020 og økning i antallet kommunale sykehjemsplasser 2015-2020. Kilde: KOSTRA og Husbanken

Andelen enerom er også stabil i perioden, men andelen enerom som er brukertilpasset med eget bad/wc har økt fra om lag 84 prosent i 2015 til om lag 90 prosent i 2020 (Figur 3).



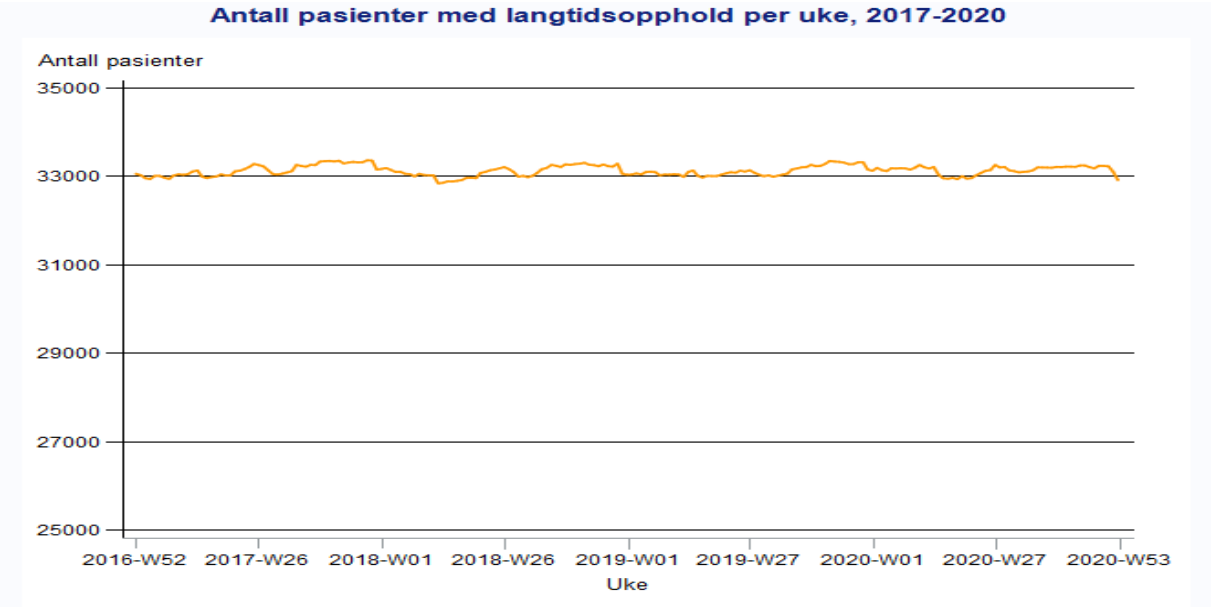
Figur 3
Andel enerom og andel brukertilpassede enerom med eget bad/wc 2015-2020. Kilde: KOSTRA

2.2 Effekter av investeringstilskuddet på antall pasienter i sykehjem

Tidligere analyser har vist at kommunene benytter investeringstilskuddet til å øke investeringene i sykehjem og omsorgsboliger (Hagen and Tingvold 2018), men at effekten på antall pasienter i sykehjem er tilnærmet ikke-eksisterende(Westberg, Skjeflo et al. 2019). I denne analysen utnytter vi data om enkeltpasienter på ukesbasis i sykehjemmene i den enkelte kommune. Med data på dette nivået og informasjon om den uken nyinvesteringen er tatt i bruk, får vi mer presise estimater på effektene av investeringstilskuddet.

Beskrivende statistikk

Vi har tidligere presentert beskrivende statistikk for antall pasienter i langtidsopphold, avlastningsopphold og ulike typer av tidsbegrensede opphold (Andrews, Tjerbo et al. 2021). Analysene viste at antall pasienter med langtidsopphold per uke viser en stabil trend i perioden og ligger på om lag 33000.



Figur 4
Antall pasienter med langtidsopphold per uke, 2017-2020

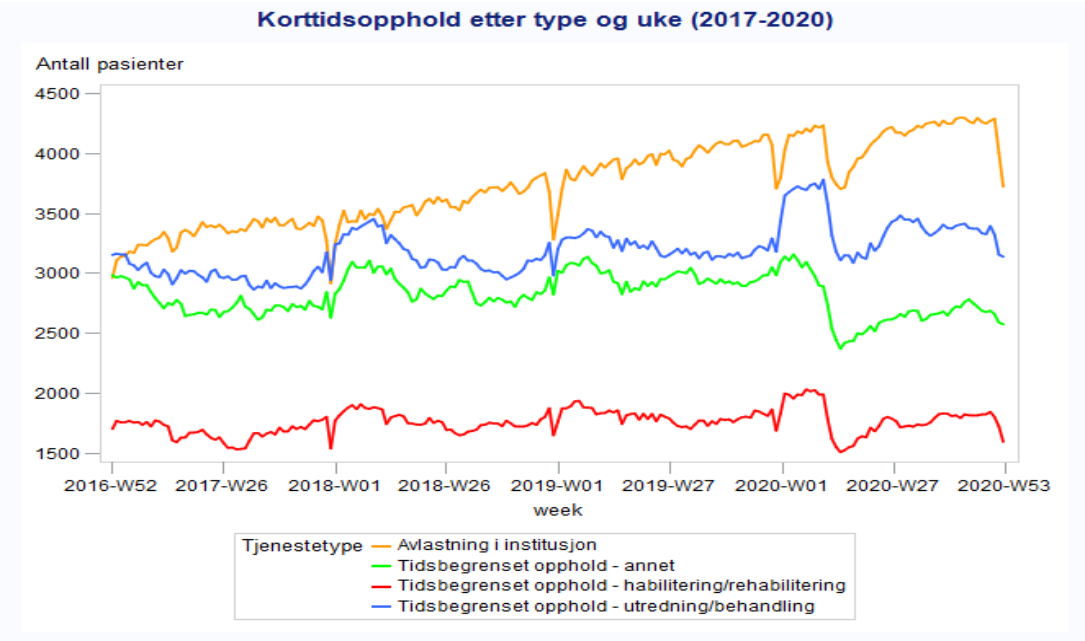
Antall pasienter med langtidsopphold *per år* er fallende fra 47439 i 2017 til 46535 i 2019 (en reduksjon på 904 pasienter[2]), deretter er det en liten oppgang til 46628 pasienter i 2020. Stabilt antall pasienter per uke kombinert med fallende antall pasienter per år, indikerer at liggetiden for langtidsoppholdene går svakt opp over tid. Dette kan ha flere årsaker, for eksempel et økende innslag av demente som lever lenge med nedsatt funksjonsevne. Om lag 75 prosent av pasientene i langtidsopphold er i aldergruppen 80 år og over. Antallet pasienter i denne gruppen er svakt fallende fra om lag 25500 ved inngangen til 2017 til 23300 ved slutten av 2020. Antallet pasienter er svakt økende i alle de øvrige aldersgruppene (0-17, 18-39, 40-

[2] Våre tall vil ikke være identiske med de Helsedirektoratet og SSB rapporterer fordi vi har rensket og grunnlagsdata selv. I Andrews, Tjerbo et al 2021 er flere av disse ulikhetene beskrevet.

59, 60-79). Gjennomsnittsalderen blant pasientene er svakt fallende fra 85 år i starten av 2017 til 83,3 år ved utgangen av 2020.

Korttidsoppholdene omfatter fire typer tjenester:

- Avlastningsopphold i institusjon
- Tidsbegrenset opphold – annet
- Tidsbegrenset opphold – habilitering/rehabilitering
- Tidsbegrenset opphold – utredning/behandling



Figur 5
Korttidsopphold etter type og uke (2017-2020)

Antallet pasienter som er inne til tidsbegrensede opphold for rehabilitering eller habilitering (rød linje) ligger på rundt 1700 per uke. De tilsvarende tallene for tidsbegrensede opphold – annet (grønn linje) – er rundt 3000 per uke. Antall pasienter som mottar tidsbegrensede opphold for utredning eller behandling (blå linje) ligger på i overkant av 3000 per uke.

Det er klare sesongvariasjoner ved at det skjer økninger på nyåret for alle disse tre pasientgruppene, særlig i 2018 og 2020. I uke 10 og 11 i 2020 skjer det et markert fall i antall pasienter for alle de tre gruppene. Dette sammenfaller med tidspunktet for nedstengningen av samfunnet som følge av korona-pandemien. Med unntak for Tidsbegrenset opphold – annet – er antall pasienter tilbake på 2019-nivå fra sommeren 2020.

Samlet sett var om lag 7700 pasienter inne til tidsbegrensede opphold i januar 2017. Dette økte til om lag 8000 i januar 2020. Ved utgangen av 2020 var samlet antall pasienter i tidsbegrensede opphold 7800. Reduksjonen gjennom 2020 skyldes nedgangen i forbindelse med korona-epidemien og at Tidsbegrensede opphold - annet – ikke er tilbake på nivået fra før epidemien. Pasienter som har avlastningsopphold (gul linje) øker jevnt i analyseperioden fra om lag 3300 i januar 2017 til om lag 4300 ved utgangen av 2000. Vi merker oss igjen at det er klare sesongvariasjoner ved at antallet pasienter som mottar avlastning er markant lavere i jule- og nyttårsukene.

Antall pasienter *per år* med avlastningsopphold øker fra om lag 8300 i 2017 til 8500 i 2019 og for tidsbegrenset opphold – annet – reduseres fra om lag 22400 i 2017 til om lag 22100 i 2019. Antall pasienter på tidsbegrensede opphold – habilitering/rehabilitering – reduseres fra om lag 16300 i 2017 til om lag 15600 i 2019. Antall pasienter på tidsbegrensede opphold – utredning/behandling – varierer lite og ligger mellom 28600 og 28800 i perioden.

Blant brukerne som mottar avlastning i institusjon er det flest i aldergruppen 0-18 år, om lag 1400 per uke ved starten av 2017 økende til knapt 2000 per uke ved slutten av 2020. Gjennomsnittsalderen i denne gruppen er mellom 11 og 12 år. De tidsbegrensede oppholdene omfattes i hovedsak av pasienter i aldergruppen over 80 år.

Effekter av tilskuddene

Vi analyserer effekten av tilskuddene innenfor følgende modell:

$$\text{logAntallPasienter}_{u,k} = a + b\text{Tilskudd}_{u,k} + \text{Knr} + \text{Måned} + \text{Covid} + \text{CovidxMåned}$$

der:

- AntallPasienter er en variabel som beskriver antall pasienter i sykehjem i den enkelte kommune og den enkelte uke. Antallpasienter omfatter fem pasientgrupper som analyseres separat: pasienter i langtidsopphold, avlastningsopphold, korttidsopphold for utredning eller behandling, korttidsopphold for rehabilitering/habilitering og korttidsopphold av andre årsaker. I tillegg analyserer vi avlastnings- og tidsavgrensede opphold samlet Variablene er log-transformert slik at estimatene skal tolkes som elastisiteter.
- Tilskudd er en dummyvariabel som tar verdien 1 i den uken kommunen har fått utbetalt tilskuddet og i den etterfølgende perioden, 0 ellers. Dersom kommunen får et nytt tilskudd etter det første tilskuddet så endrer ikke det kodingen av denne variabelen.
- Knr er et fast effekt for kommune
- Måned er en fast effekt for måned
- Covid er en variabel som tar verdien 1 i 2020, 0 ellers

Det er bare effektene av investeringstilskudd til sykehjem som inngår i analysen. Tilskudd til investeringer i omsorgsboliger er med andre ord ekskludert.
Resultatene er presentert i Tabell 1 .

Tabell 1. Effekten av tilskuddet på pasienter i langtidsopphold, avlastningsopphold, korttidsopphold for utredning eller behandling, korttidsopphold for rehabilitering/habilitering og korttidsopphold av andre årsaker.

	Langtids-opphold	Avlastnings- og korttidsop. samlet	Avlastnings-opphold	Tidsavgr. opphold – utredning og behandling	Tidsavgr. opphold – rehab/ habilitering	Tidsavgr. opphold – annet
Tilskudd	0,041***	0,090***	0,155***	0,007	0,074***	0,042***
Faste effekter:						
Kommune	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Måned	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Covid	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Covid x Måned	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Det skjer en gjennomsnittlig økning i antall langtidsopphold i sykehjem på 4,1 prosent som følge av investeringstilskuddet. Dette er en korttidseffekt. Langtidseffekten (ikke vist i tabellen) er noe høyere – om lag 4,7 prosent. Det skjer også økning i avlastnings- og korttidsopphold samlet på 9 prosent. Dette er også en korttidseffekt. Her er langtidseffekten lavere. Effektene for korttidsoppholdene varierer noe mellom ulike typer. Sterkest er økningen i avlastningsopphold (15,5 prosent) og habiliterings-/rehabiliteringsopphold (7,4 prosent). Effekten er svakere for tidsavgrensede opphold – annet (4,2 prosent) og tidsavgrensede opphold –utredning og behandling (0,7 prosent og ikke signifikant).

Det er gjort ulike sensitivitetsanalyser og resultatene er avhengig av hvordan de faste effektene for tid er spesifisert. Hvis vi erstatter de faste effektene for måned med faste effekter for uke, kvartal eller år svakkes effektene av tilskuddsordningen. I ytterste fall er det kun effektene på avlastningsopphold som er signifikant.

2.3 Har tilskuddet påvirket kommunenes satsinger på skolesektoren eller den økonomiske balansen?

En mulig effekt av et øremerket tilskudd er at tilskuddet «lekker» til andre sektorer, men teoretisk er det mest nærliggende å vente at investeringstilskuddet reduserer, ikke øker, forbruket i andre sektorer (Borge and Haraldsvik 2006). Utnyttelse av tilskuddet vil kunne gi lavere forbruk på et annet tjenesteområde fordi investeringer i nye plasser og vil gi en økning i driftsutgifter senere som ikke dekkes av staten.

I 2020 var det mange kommunesammenslåinger. Vi har i våre data laget sammenslåtte tidsserier for alle kommuner. Det betyr at f. eks dataene for Eidsberg, Trøgstad, Askim, Spydeberg og Hobøl er slått sammen dataene for perioden før 2020, slik at vi har Indre Østfold som en enhet i hele perioden 2008-2020. Dette kan være problematisk for flere av variablene, men kanskje spesielt for regnskapsdataene. SSB og KS mener regnskapsdata er uegnet for sammenslåinger fordi flere av de faktorene som påvirker en kommunes inntekter

i inntektsoverføringssystemet ikke kan slås sammen[3]. Inntektssystemet omfordeler inntekter mellom kommuner. Overføringene til den nye kommunen er ikke nødvendigvis lik summen av overføringene til de gamle. Vi velger likevel å gjøre analyser på de sammenslåtte tidsseriene, men har forsøkt å ta høyde for dette ved å kontrollere om en dummy med verdien 1 hvis kommunen er sammenslått i perioden påvirker resultatene av analysene.

Tabell 2 viser beskrivende statistikk for variablene vi benytter.

[3] Se https://www.ssb.no/offentlig-sektor/kommune-stat-rapportering/kommunereformen-2020#Brudd_i_tidsserier_men_data_for_tidligere_rganger_er_fortsatt_tilgjengelige

Tabell 2

Beskrivende statistikk for variablene i analysene

	Gjennomsnitt	Std.avvik	Min	Maks	N	Kilde
Tilskudd utbetalt totalt per 1000 innb.	0,37	1,62	0	27,52	4563	Husbanken
Tilskudd Sykehjemsplasser utbetalt per 1000 innbygger	0,18	1,21	0	22,93	4563	Husbanken
Tilskudd plasser i omsorgsbolig utbetalt per 1000 innbygger	0,19	0,83	0	12,67	4563	Husbanken
Antall 6-15/antall innbyggere	0,12	0,15	0,06	0,18	4563	SSB
Antall eldre 67-79/antall innbyggere	0,11	0,03	0,05	0,20	4563	SSB
Antall eldre 80+/antall innbyggere	0,05	0,14	0,02	0,1	4563	SSB
Antall med kun grunnskole /antall innbyggere	0,26	0,53	0,13	0,49	4563	SSB
Antall bosatt spredtbebygd/antall innbyggere	0,46	0,27	0,002	1	4212	SSB
Frie inntekter i 10000 kroner per innbygger	55,20	14,99	25,8	178,99	4563	KOSTRA
Netto driftsresultat i 1000 kroner/antall innbyggere	2,63	5,0	-16,46	67,07	4563	KOSTRA/SSB
Netto driftsutgifter til skole i 1000 kroner/antall innbyggere	14,80	3,41	0[4]	37,99	4563	KOSTRA/SSB
Brutto driftsresultat i 1000 kroner/antall innbyggere	1,71	4,43	-25,71	51,58	4563	KOSTRA/SSB
Netto finansutgifter i 1000 kroner/antall innbyggere	0,19	2,24	-28,25	18,37	4563	KOSTRA/SSB
Avtalte lærerårsverk i grunnskolen/antall elever i offentlig grunnskole	0,13	0,14	0,03	5,28	3861[5]	KOSTRA

[4] Nesna, Træna og Evenes har 0 på netto driftsutgifter til skole i 2019.

[5] Årene 2008 og 2009 er ikke med på grunn av manglende data.

I Tabell 3 skiller vi mellom tilsagn som er utbetalt for henholdsvis sykehjemsplass og plass i omsorgsbolig i en modell, og summen av de to i den andre modellen.

Tabell 3

Effekten av tilskudd utbetalt på lærerårsverk og netto driftsutgifter til skole 2008-2020 (2010-2020 for lærerårsverk per elev). Dummyer for år og kommune inkludert, men ikke rapportert. Analysene er ektet etter kommunestørrelse.

	(1) Netto driftsutgifter til skole per innbygger	(2) Netto driftsutgifter til skole per innbygger	(3) Lærerårsverk per elev	(4) Lærerårsverk per elev
Plasser totalt utbetalt per 1000	-0.00979		-0.00040	
	(-0.97)		(-0.54)	
Sykehjemsplasser utbetalt per 1000		-0.0150		-0.000163
		(-1.12)		(-0.16)
Plasser i omsorgsbolig ubtetalt per 1000		0.000545		-0.000866
		(0.03)		(-0.58)
Antall 6-15/antall innbyggere	41.99**	41.99**	-1.060**	-1.060**
	(15.61)	(15.61)	(-4.26)	(-4.26)
Antall 67-79/antall innbyggere	6.602**	6.579**	0.18	0.188
	(3.19)	(3.18)	(0.99)	(0.99)
Antall 80+/antall innbyggere	0.867	0.894	0.214	0.213
	(0.22)	(0.22)	(0.58)	(0.57)
Antall bosatt spredtbebygd per innbygger	-2.185**	-2.178**	-0.038	-0.038
	(-4.47)	(-4.46)	(-0.90)	(-0.90)
Antall lav utdanning/antall innbyggere	-0.551	-0.521	0.104	0.103
	(-0.30)	(-0.28)	(0.63)	(0.62)
Frie inntekter/antall innbyggere	0.0975**	0.0973**	0.00195**	0.00196**
	(15.09)	(15.05)	(3.60)	(3.61)
Justert R^2	0.94	0.95	0.21	0.21
N	4212	4212	3510	3510

t verdier i parentes
$^{+}$ $p < 0.1$, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Vi finner ingen signifikant sammenheng mellom tilskudd utbetalt til omsorgsbolig eller sykehjemsplass og satsing på grunnskole målt som lærerårsverk per elev. Effekten på netto driftsutgifter til skole er heller ikke signifikant. Det er interessant at effekten er negativ av totalt antall plasser og totalt antall sykehjemsplasser både i modellene 1-2 og 3-4, men effektene er som sagt ikke signifikante. Vi finner heller ikke signifikante effekter av tilskudd utbetalt når vi gjør de samme analysene for perioden 2015-2020.

Borge og Haraldsvik (2006) gjorde analyser der de så på endringer i hver av variablene i handlingsplanperioden. En lignende analyse for perioden 2008-2020, altså hvor vi benytter endringen 2008-2020 for alle variablene og kjører en regresjon der endring i netto driftsutgifter til skole per innbygger er avhengig variabel, gir en negativ effekt av tilskudd utbetalt til sykehjemsplasser per innbygger i perioden som er nær ved å være signifikant på 10 pst nivået (p=0,11). Det er fortsatt ikke en signifikant negativ effekt, men tar vi med tilsagn som ikke er utbetalt (dvs. Ikke ferdigstilt) er den signifikant på 10 pst nivået (p=,08). Vi finner en tilsvarende negativ effekt av plasser totalt for perioden 2015-2020. Denne er signifikant på 10 pst nivået.

Effekten av tilskuddet på satsing på skole er derfor noe avhengig av hvilken type analyse vi kjører. I de analysene som er rapportert i tabell 3 er ikke effekten på netto driftsutgifter signifikant på 10 pst nivået, men hvis vi velger en analyse mer lik den Borge og Haraldsvik (2006) benyttet er den signifikant på 10 prosents nivået. Effekten er forholdsvis sterk, men altså ikke signifikant på 5 pst. For perioden 2020-2015 fører en økning på 1 i antallet totale plasser som har fått tilsagn per 1000 innbygger til en reduksjon i endringen i netto driftsutgifter til grunnskole per innbygger mellom 2020 og 2015 på ca. 23 kroner[6].

Det kan også tenkes at investeringsordningen påvirker kommunenes økonomiske balanse. Tilskuddene dekker bare en andel av investeringskostnadene, og utgiftene til drift av de nye plassene dekkes fortsatt av kommunen. Resultatene av analysene av sammenhengen mellom investeringstilskuddet og kommunenes økonomiske balanse er gjengitt i Tabell 4.

[6] Gjennomsnittet på endring i netto driftsutgifter i 1000 kroner mellom 2020 og 2015 er på -0,089 kroner, standardfeilen er 1,56. Gjennomsnittet på endring i antallet totale tilsagn per 1000 innbygger er 4,8, standardfeilen er 5,89.

Tabell 4

Analyser av tilskudd utbetalt og økonomisk balanse 2008-2020. Estimater fra regresjonsanalyser Dummyer for år og kommune ikke rapportert. Analysene er vektet etter kommunestørrelse.

	(1) Netto driftsresultat per innb.	(2) Netto driftsresultat per innb.	(3) Brutto driftsresultat per innb.	(4) Brutto driftsresultat per innb.	(5) Netto finans per innb.	(6) Netto finans per innb.
Sykehjemsplasser. utbetalt per 1000 innbygger	0.00765		0.103*		0.0219	
	(0.17)		(2.44)		(1.06)	
Oms.bolig. utbetalt per 1000 innbygger	-0.0353		-0.00402		0.0209	
	(-0.53)		(-0.06)		(0.67)	
Tot.pl. utbetalt per 1000 innbygger		-0.00680		0.0672*		0.0216
		(-0.20)		(2.11)		(1.38)
Antall barn 6-15 per innbygger	-12.28	-12.27	9.899	9.923	2.270	2.271
	(-1.37)	(-1.37)	(1.17)	(1.18)	(0.55)	(0.55)
Antall 67-79 per innbygger	-26.43**	-26.49**	-30.51**	-30.67**	4.376	4.374
	(-3.85)	(-3.86)	(-4.70)	(-4.73)	(1.37)	(1.37)
Andel Antall 80+ per innbygger	4.252	4.326	-66.56**	-66.38**	-30.82**	-30.81**
	(0.32)	(0.32)	(-5.27)	(-5.25)	(-4.96)	(-4.96)
Antall bosatt spredtbebygd per innbygger	0.919	0.938	0.423	0.469	-0.901	-0.901
	(0.57)	(0.58)	(0.28)	(0.31)	(-1.20)	(-1.20)
Antall med lav utdanning per innbygger	-7.558	-7.474	17.75**	17.96**	8.572**	8.574**
	(-1.24)	(-1.23)	(3.09)	(3.12)	(3.03)	(3.03)
Frie inntekter per innbygger	0.121**	0.120**	0.159**	0.158**	0.0181+	0.0181+
	(5.62)	(5.60)	(7.82)	(7.78)	(1.82)	(1.82)
Justert R^2	0.49	0.49	0.47	0.47	0.60	0.60
N	4212	4212	4212	4212	4212	4212

t verdier i parentes
$^{+}$ $p < 0.1$, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Borge og Haraldsvik (2006) fant en negativ effekt av sykehjemsplasser på endring i netto driftsresultat. Vi finner ingen signifikante negative effekter i disse analysene. Dersom vi ikke vekter analysene etter folketall får vi en positiv effekt av plasser totalt på netto driftsresultat, men denne er ikke signifikant (p=0,13). Det samme gjelder for tilskudd utbetalt til sykehjemsplasser. Vektingen gjør at vi i analysene tar hensyn til at f. eks Oslo er

mye større enn Rakkestad og at Oslo derfor skal telle mer i beregningen. Man kan diskutere om det er rimelig eller ikke, men det endrer altså ikke konklusjonen selv om det påvirker resultatet.

I tabell 5 viser vi resultatene av analysene for det økonomiske resultatet for perioden 2015-2020, altså perioden for Omsorg 2020.

Tabell 5

Effekten av tilskudd utbetalt på økonomisk balanse og finansutgifter 2015-2020. Dummyer for år og kommune inkludert, men ikke rapportert. Analysene er vektet etter kommunestørrelse.

	(1) Netto driftsresultat per innb.	(2) Netto driftsresultat per innb.	(3) Brutto driftsresultat per innb.	(4) Brutto driftsresultat per innb.	(5) Netto finans per innb.	(6) Netto finans per innb.
Sykehjemsplasser utbetalt per 1000 innbygger	-0.0674		0.0872^{+}		0.0484*	
	(-1.28)		(1.70)		(2.25)	
Plasser i omsorgsbolig utbetalt per 1000 innbygger	0.105		0.143^{+}		0.0182	
	(1.23)		(1.74)		(0.53)	
Plasser totalt per 1000 innbygger		-0.0132		0.105**		0.039*
		(-0.33)		(2.69)		(2.38)
Antall 6-15 per innbygger	25.01	24.38	37.10^{+}	36.89^{+}	3.536	3.647
	(1.24)	(1.21)	(1.89)	(1.89)	(0.43)	(0.44)
Antall 67-79 per innbygger	-73.25**	-72.65**	-50.46**	-50.26**	10.86*	10.76
	(-4.55)	(-4.51)	(-3.22)	(-3.21)	(1.65)	(1.64)
Antall 80+ per innbygger	-24.23	-25.21	-32.96	-33.28	2.480	2.652
	(-0.79)	(-0.82)	(-1.10)	(-1.11)	(0.20)	(0.21)
Antall bosatt spredt per innbygger	2.475	2.623	1.207	1.255	-1.396	-1.422
	(0.58)	(0.61)	(0.29)	(0.30)	(-0.80)	(-0.82)
Antall med lav utdanning per innbygger	8.460	8.026	-7.183	-7.325	-15.28**	-15.20**
	(0.60)	(0.57)	(-0.53)	(-0.54)	(-2.67)	(-2.65)
Frie inntekter per innbygger	0.237**	0.241**	0.223**	0.224**	0.00803	0.00743
	(6.28)	(6.38)	(6.06)	(6.10)	(0.52)	(0.48)
Justert R^2	0.53	0.53	0.50	0.50	0.66	0.66
N	2106	2106	2106	2106	2106	2106

t verdier i parentes
$^{+}$ $p < 0.1$, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Som for perioden 2008-2020 er det en positiv effekt av utbetalt tilskudd på brutto driftsresultat. Det er også en effekt på netto finansutgifter av plasser totalt utbetalt. For netto driftsresultat får vi ingen signifikant effekt. Fortegnene på tilskudd til sykehjemsplass og plass i omsorgsbolig er ulike, men ingen av effektene er signifikante. Vi konkluderer med

at tilskuddet øker renteutgiftene og styrker brutto driftsresultat noe, men at det ikke har en effekt på netto driftsresultat.

2.4 Oppsummering og konklusjon fra delprosjekt A.

Formålet med investeringstilskuddet er å motivere kommunene til å bygge ut sykehjemsplasser og plasser i omsorgsboliger. Våre analyser, sett i sammenheng med analysene i Westberg, Skjeflo et al. (2019), viser at tilskuddet ikke har gitt netto vekst. Staten ser også ut til å ha redusert denne ambisjonen. Fra 2019 ble nybygg og oppgradering sidestilt.

Det at antallet nye plasser ikke har økt vesentlig i perioden kan forklares med at kommunene hadde større behov for oppgradering enn utbygging. Vi har også sett at det er i hjemmetjenestene veksten i kostnader har vært sterkest i perioden 2015-2020. Sterkere satsing på hjemmetjenester vil redusere behovet for permanente institusjonsplasser, men kanskje øke behovet for korttidsplasser. Dersom flere personer skal bo hjemme lengre, vil det innebære at funksjonsnivået for den gruppen eldre som er hjemme i snitt reduseres. Det vil kunne øke belastningen på familie, og det kan øke behovet for korttidsopphold. Våre analyser viser også at tilskuddet har hatt en positiv effekt på antallet korttidsopphold og da spesielt avlastningsopphold. I perioden 2017-2020 er det en økning i antallet tidsavgrensede opphold. En konsekvens av oppgraderingene som har funnet sted kan altså være at det har gitt en mer fleksibel utnyttelse av kapasiteten.

Vi finner ingen signifikant negativ effekt av tilskudd utbetalt på satsing på skolesektoren i analysene som er rapportert her. Resultatene endres imidlertid noe dersom vi tar med alle godkjente prosjekter (ikke bare ferdigstilte), og om vi endrer analysemetode. Vi er derfor noe varsomme med konklusjonen her.

Det er ikke en negativ effekt av tilskudd utbetalt på kommunens økonomiske balanse. Resultatene fra analysene som er rapportert er robuste overfor alternative modelleringer og for om vi inkluderer totalt antall prosjekter eller ferdigstilte (tilskudd utbetalt) prosjekter.

3. Delprosjekt B: Brukermedvirkning, hjemmetjenester og boformer i eldreomsorgen

I det som følger presenterer vi problemstillinger, metode, data og de viktigste funnene i delprosjekt B. Avslutningsvis diskuteres delprosjektets policyrelevans. Følgende hovedproblemstillinger er belyst:

- I hvilken grad følger kommunene opp styringssignalene fra Omsorg 2020 planen om brukermedvirkning i eldreomsorgen?
- I hvilken grad følger kommunene opp styringssignalet om å bygge ut hjemmetjenestene og velferdsteknologien i eldreomsorgen?
- Hvordan prioriterer kommunene mellom styringssignalet om å legge til rette for at eldre kan bo lengst mulig i eget hjem, og målsettingen om å øke tilbudet av heldøgnsomsorgsplasser?

Omsorgstjenestene tilbyr i dag tjenester til brukere og pasienter i alle aldersgrupper med svært ulike behov og et mangfold av diagnoser, funksjonsnedsettelser og utfordringer(Helse- og omsorgsdepartementet 2015a). Delprosjekt B har primært konsentrert seg om de eldre brukergruppene, som utgjør den største gruppen brukere, og som det forventes en kraftig vekst av i årene etter 2026, da de store fødselskullene fra rett etter krigen fyller 80 år. Ifølge SSBs befolkningsframskriving vil andelen i 80-årene tredobles og andelen over 90 nesten femdobles fram mot 2060 (Gleditsch 2020). For å møte denne utviklingen jobber både sentrale helsemyndigheter og kommunene med planer og virkemidler for å ruste opp eldreomsorgen. Eldre omtales hyppig som en av de viktigste brukergruppene i helse- og omsorgssektoren i Omsorg 2020 Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020.

3.1 Brukermedvirkning og brukerinvolvering

Brukermedvirkning og brukerinvolvering er sentrale begreper i Omsorg 2020-planen, noe som reflekterer at medvirkning fra brukere siden 1990-tallet har blitt et stadig viktigere prinsipp i helse- og omsorgstjenestene både internasjonalt og nasjonalt(Askheim 2020). Det påpekes i Omsorg 2020-planen at brukerinvolvering i helse- og omsorgstjenestene forekomme på tre nivåer: individ-, gruppe- og samfunnsnivå:

> - Individuelt i forhold til innflytelse over egen livssituasjon og tjenestetilbud
> - På gruppenivå i forhold til å møte, dele erfaringer og stå sammen med andre i samme situasjon
> - På kommune- og samfunnsnivå gjennom pasient- og brukerrepresentasjon(Helse- og omsorgsdepartementet 2015a:10).

Det tas i Omsorg-2020 planen til orde for å fremme brukermedvirkning på alle tre nivåer, og «at pasienter og brukere skal få større innflytelse over egen hverdag,
gjennom mer valgfrihet og et større mangfold av tilbud, og at deres behov skal settes i sentrum for utvikling og endring av helse- og omsorgstjenestene» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015: 13). Regjeringen ønsket kort fortalt å bygge framtidens

omsorgstjenester sammen med frivillige, pårørende og brukere. I lys av dette er en av hovedproblemstillingene som er belyst i delprosjekt B hvorvidt og i hvilken grad norske kommuner følger opp styringssignalene i Omsorg 2020 om brukermedvirkning i eldreomsorgen.

Den nasjonale og internasjonale forskningslitteraturen om brukermedvirkning i velferdsstaten generelt og helse- og omsorgstjenestene spesielt er svært omfattende (Barnes and Cotterell 2012). I publikasjonen fra delprosjekt B, «*Brukermedvirkning i norsk eldreomsorg – følger kommunene opp statens styringssignaler?" (Sørvoll and Gautun 2020),* gis det et bidrag til denne litteraturen. Eldre og eldreomsorg er ikke et stort tema i den norske brukermedvirkningslitteraturen (For et unntak se: (Christensen and Fluge 2016)). De fleste studiene som finnes retter blikket mot medvirkning på individ- og pasientnivå (se for eksempel: (Haugen, Ytrehus et al. 2019, Johannessen and Steihaug 2019). Vår artikkel er imidlertid en studie av brukermedvirkning både på individ- og samfunnsnivå (eldreråd mv).

3.2 Hjemmetjenestetilbudet

Ansvaret for stadig nye grupper med behov for langtids- helse og omsorgstjenester har blitt overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunene siden 1980 tallet. Kommunene har i dag ansvar for å yte tjenester til alle innbyggerne, uavhengig av alder, som har behov for langtidsomsorg. En sterk vekst i antall yngre (dvs. under 67 år) har ført til en kraftig utbygging av de kommunale tjenestene (Brevik 2010, Gautun and Grødem 2015). Det meste av veksten i hjemmetjenestene har tilfalt yngre brukere. Ingen under 67 år skal lenger motta tjenester i institusjon (Gautun & Grødem 2015). Institusjonstilbudet til eldre har også blitt redusert, men det var fortsatt 11,4 prosent av befolkningen over 80 år som var sykehjemsbeboere i 2020 (SSB 2021a). En tredjedel (28,9%) av eldre over 80 år mottok hjemmetjenester (SSB 2021b). Politikken med avinstitusjonalisering og *ageing in place* (at eldre skal bo hjemme så lenge som mulig) er et viktig bakgrunnsteppe for at hjemmetjenestene pekes ut som et satsingsområde i Omsorg-2020-planen:

> Både *kvalitets- og ressursmessig ligger det et stort potensial i en enda sterkere utbygging av hjemmetjenestene.* De hjemmebaserte tjenestene møter ofte brukere og pårørende i tidlig fase av sykdomsutvikling, og kan bidra til at de kan leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfull hverdag i fellesskap med andre. En sterkere hjemmetjeneste kan også forebygge ytterligere funksjonssvikt og sykdomsutvikling og bidra til å utsette institusjonsinnleggelse eller gjøre institusjonsopphold unødvendig. Det er derfor behov for å øke satsing på hjemmetjenester og tidlig innsats. Dette vil også gi grunnlag for å videreutvikle samarbeidet mellom den offentlige omsorgstjenesten, den frivillige og familiebaserte omsorgen og spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015: 7. Forfatternes egen utheving i sitatet).

Sitatet fra planen illustrerer at regjeringen argumenterte for at en enda sterkere satsing på hjemmetjenestene var viktig for å forebygge sykdom, utsette kostbare institusjonsopphold og hjelpe ulike brukergrupper til et selvstendig liv i eget hjem. I artikkelen *Hjemmetjenester eller institusjonsomsorg? Et forvaltningskommunalt dilemma i norsk eldreomsorg* (Gautun and Sørvoll 2021), som er publisert i delprosjekt B, diskuteres i hvilken grad kommunene følger opp styringssignalet om å styrke hjemmetjenestene, og dermed bidrar til at eldre kan leve selvstendige liv i egen bolig. Artikkelen er kanskje ikke først og fremst et bidrag til

forskningslitteraturen om hjemmetjenester, men primært et bidrag til forskningen om hvordan kommunene som iverksettere av statlig politikk prioriterer mellom ulike statlige styringssignaler (se for eksempel: (Hanssen and Helgesen 2012, Hanssen and Vabo 2012)). Det er en kjensgjerning at det kraftigste økonomiske virkemiddelet i Omsorg 2020 var styrkingen av Husbankens investeringstilskudd til bygging og ombygging av sykehjem og omsorgsboliger med heldøgnsomsorg. Som et ledd i Omsorg 2020-satsingen gjorde regjeringen investeringstilskuddet gunstigere for kommunene: fra 2014 kunne de søke om henholdsvis 55 (sykehjem) eller 45 prosent (omsorgsboliger) refusjon for bygge- eller ombyggingskostnader (Gautun & Sørvoll, 2021). I artikkelen *Hjemmetjenester eller institusjonsomsorg* diskuterer vi derfor hvordan kommunene prioriterer mellom styringssignalene om å styrke heldøgnsomsorgstilbudet og satse på hjemmetjenestene i eldreomsorgen.

3.3 Hjemmetjenestene og aldring i egen bolig

I den norske eldreomsorgen finnes det grovt sett tre ulike *boligformer*: private boliger, omsorgsboliger og sykehjem. Siden 1980-tallet har idealet i norsk eldreomsorg vært at eldre i størst mulig grad bør bo hjemme i sin egen bolig eller i en offentlig finansiert omsorgsbolig. Det er en politisk målsetting som er motivert av hensynet til å spare penger på offentlige budsjetter, samt legge til rette for aktive, trygge og selvstendige liv i tråd med eldre personers egne preferanser (Sørvoll and Daatland 2014, Westberg, Skjeflo et al. 2019). Omsorgsboliger regnes til forskjell fra sykehjem som beboernes egne private hjem, og personer som bor i omsorgsboliger får vedtatt og tildelt hjemmetjenester etter behov, på samme måte som alle andre som ikke bor på et sykehjem eller annen form for institusjon (Martens 2014).

I likhet med andre styringsdokumenter fra begynnelsen av 1990 tallet og frem til i dag støtter Omsorg-2020 opp om idealet om «hjemme så lenge det går», dvs. det man gjerne kaller *ageing in place* på engelsk (Jf.Martens 2018). Ambisjonen om å øke satsingen på hjemmetjenester knyttes for eksempel til ønsket om å utsette eller gjøre institusjonsopphold overflødig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014: 7). Forskningslitteraturen om forutsetningene for en vellykket aldringsprosess i egen bolig er imidlertid mangelfull. Vi vet ikke nok om eldre personers reelle evne til å bo i en bolig med god tilgjengelighet over tid. I paperet *Key preconditions for ageing in place. A discussion based on Norwegian data,* som planlegges publisert i delprosjekt B*,* diskuteres hva som er de viktigste teoretiske forutsetningene for en vellykket omsorgspolitikk basert på prinsippet om «aldring i eget hjem», hvordan kommunene arbeider med å realisere målsettingen om «hjemme så lenge det går», og hva som synes å være de største utfordringene for en politikk basert på «aldring i eget hjem» de nærmeste tiårene. Artikkelen er nyskapende fordi den trekker veksler på empiri og perspektiver fra både bolig- og omsorgstjenesteforskningen (Jf.Gautun 2021, Sandlie and Gulbrandsen 2021, Gautun, Hartford Kvæl et al. 2022), to forskningsfelt som sjelden møtes og forenes i samme studie.

3.4 Data & metode

Data som er samlet inn og analysert i delprosjekt B er primært *kvalitative intervjuer* med representanter for norske kommuner og kommunale eldreråd. Høsten 2018 og vinteren 2019 ble i alt 26 informanter intervjuet i ti kommuner: 16 ansatte i (hovedsakelig) ledende, administrative stillinger i kommunene og 10 medlemmer av eldreråd. Etter

datainnsamlingen ble de semistrukturerte intervjuene transkribert, og gjenstand for tematiske analyser med utgangspunkt i delprosjekt B sine problemstillinger, intervjuguide og teoretiske perspektiver.

De ti casekommunene ble identifisert gjennom en casekontroll-matching hvor kommuner som var forholdsvis like med hensyn til geografi, økonomi og størrelse, ble trukket ut sammen med andre kommuner med lignende strukturelle kjennetegn, men med ulik profil hva gjaldt tjenestetilbudet til personer over 80 år. Ingen av kommunene som ble valgt er blant de største i Norge: alle kommunene, med ett unntak, hadde under 50 000 innbyggere. De utvalgte kommunene har til felles at SSBs prognoser viste at de fram mot 2030 ville oppleve en stor økning i antall eldre over 67 år. Planer for eldreomsorgen var på bakgrunn av prognosene forventet å være høyt på agendaen i de utvalgte kommunene. (Sørvoll & Gautun, 2020).

Det metodiske og teoretiske utgangspunkt for intervjustudien i casekommunene avviker fra en rent konstruktivistisk tilnærming, dvs. forestillingen om at informanter kun kan være en kilde til subjektive tolkninger og forestillinger om en flytende verden som er umulig å beskrive nøytralt og objektivt. I artikkelen *Brukermedvirkning i norsk eldreomsorg -- følger kommunene opp styringssignalene i Omsorg 2020* argumenteres det for at informantenes utsagn reflekterer at de har god tilgang til og kunnskap om omsorgstilbudet til eldre, dvs. en verden utenfor dem selv. I tråd med det som kan betegnes som en «svakt realistisk» (*limited realism*) ontologi og epistemologi (King, Horrocks et al. 2018), oppfattes informantene å ha gitt intervjuerne både troverdige faktuelle opplysninger, samt subjektive vurderinger av relevante problemstillinger i Omsorg 2020-evalueringen (Gautun & Sørvoll, 2021).

Det argumenteres for at intervjudataene fra casekommunene har stor «overførbarhet» (Malterud 2002) og relevans for andre norske kommuner. Temaene i intervjuene er aktuelle for norske kommuner generelt, og casestudien i delprosjekt B kan dermed forventes å kunne bidra med generell forståelse og kunnskap om arbeidet med oppfølging av Omsorg 2020-planen, hjemmetjenestene og prioriteringen mellom ulike styringssignaler i eldreomsorgen. Vi påpeker imidlertid at en intervjustudie gjennomført ti kommuner har sine begrensninger som kunnskapskilde. Videre påpekes det i artiklene at ingen av de største bykommunene inngår i studien, noe som svekker studiens relevans for de største kommunene. I tillegg til at det er et behov for å gjennomføre en tilsvarende studie i de største kommunene, kan funn og tolkninger som presenteres i den kvalitative studien med fordel suppleres og etterprøves med en survey som dekker hele eller store deler av Kommune-Norge.

Selv om det ikke er samlet inn egne surveydata i delprosjekt B har vi sett funnene i den kvalitative studien i sammenheng med survey- og også registerdata som foreligger. Eksempler på disse er en survey av eldres preferanser og atferd på boligmarkedet og statistikk om sykepleierbemanningen i sykehjem og hjemmetjenestene. Vi har benyttet oss av ulike kvantitative datakilder for å kontekstualisere funnene fra den kvalitative intervjustudien, og for å besvare spørsmålet om hva som er de største utfordringene for en eldreomsorg basert på prinsippet om «hjemme så lenge det går».

3.5 Resultater og konklusjoner

Resultater og hovedkonklusjoner i artikkel 1: Brukermedvirkning i norsk eldreomsorg – følger kommunene opp statens styringssignaler?

Artikkelen *Brukermedvirkning i norsk eldreomsorg* er basert på tematiske analyser av intervjuene med både kommunelederne og brukerrådsrepresentantene i casekommunene. Hovedproblemstillingen i artikkelen er i hvilken grad casekommunene følger opp styringssignalene fra Omsorg 2020 om brukermedvirkning i eldreomsorgen. I artikkelen diskuteres casekommunens arbeid med brukermedvirkning med referanse til tre idealtypiske forståelser av medborgerskap: det sosialliberale-, republikanske- og liberalistiske perspektivet(Johansson and Hvinden 2013).

Med utgangspunkt i det sosialliberale perspektivet kan brukermedvirkning forstås som en rettighet som gir samfunnsgrupper demokratiske innflytelse og anerkjennelse som fullverdige samfunnsborgere (jf. forestillingen om «sosialt medborgerskap»). I det republikanske perspektivet på medborgerskap framheves demokratiske institusjoner (som eldreråd eller andre politiske organer med representasjon av eldre) som arenaer for foredling av dygder som deltagelse i offentlig debatt og kollektivt samfunnsansvar. Det liberalistiske perspektivet skiller seg fra de to andre forståelsene av medborgerskapsbegrepet, ved å gi forrang til brukermedvirkning på individnivå og «borgerkonsumentenes» valgfrihet på markedet. Innenfor rammen av det liberalistiske perspektivet kan brukermedvirkning på individnivå betraktes både som en individuell rettighet, og som et instrumentelt redskap for å forbedre og endre helse- og omsorgstjenestene. Kort fortalt har brukerne relevant kunnskap og erfaringer som gjør dem egnet til rollen som endringsagenter eller «medprodusenter» av tjenester.

Hovedfunnet i artikkelen er at informantene i liten grad er kjent med innholdet i Omsorg 2020-planen, men at kommunene likevel arbeider med å styrke brukermedvirkning på en måte som samsvarer med formuleringene og styringssignalene i Omsorg 2020. Det framkommer i studien at det er allmenne trekk ved samfunnsutviklingen, samt statlige styringssignaler over flere år før planen, som har påvirket informantene ogcasekommunenes syn på brukermedvirkning. I artikkelen vises det også til forklaringsfaktorer som satsingene på brukermedvirkning i den norske helse- og omsorgssektoren over lang tid, OECDs reformprogram for offentlig sektor og den generelle individualiseringen av vestlige samfunn.

Både kommuneinformantene og Omsorg 2020-dokumentet legger primært en forståelse av brukermedvirkning på individnivå og legger til grunn en forståelse av brukermedvirkning som samsvarer med et instrumentelt, liberalistisk syn på medborgerskap. Det påpekes avslutningsvis i artikkelen at det ligger en utfordring i den beskjedne forekomsten av demokratiske og sosialliberale perspektiver i Omsorg 2020 og intervjumaterialet. Studien indikerer at det er et behov for å sette et større fokus på brukermedvirkning på samfunnsnivå, samt vektlegge brukerrådenes kritiske funksjon i de statlige styringssignalene formidlet gjennom planer og rundskriv.

Resultater og hovedkonklusjoner i artikkel 2: Hjemmetjenester eller institusjonsomsorg? Et forvaltningskommunalt dilemma i norsk eldreomsorg

I artikkelen *Hjemmetjenester eller institusjonsomsorg? Et forvaltningskommunalt dilemma i norsk eldreomsorg* diskuteres i hvilken grad casekommunene følger opp styringssignalet i Omsorg 2020 om å bygge ut hjemmetjenester og velferdsteknologi i eldreomsorgen. Vi drøfter også hvordan kommunene forsøker å prioritere mellom styringssignalet om å legge

til rette for at eldre kan bo lengst mulig i eget hjem, og den statlige målsettingen om å øke tilbudet av heldøgnsomsorgsplasser.

Artikkelen trekker veksler på delprosjektets intervjuer med til sammen 16 kommuneledere i ti kommuner. Intervjumaterialet er analysert i lys av forskningen som foreligger om betydningen av statlige økonomiske insentiver for kommunale prioriteringer, og det generelle empirisk informerte teoretiske begrepet «forvaltningskommune», dvs. bildet av den norske kommunen etter 1945 som stadig mer av en gjennomfører av politikk vedtatt på nasjonalt nivå (Jf.Grønlie 2004).

Et hovedfunn i artikkelen er at majoriteten av casekommunene i lang tid hadde bygget ut hjemmetjenestene, i tråd med ambisjonen om at eldre skal bo lengt mulig i eget hjem. Samtidig hadde ingen av kommunene på intervjutidspunktet en offensiv satsing på å bygge ut hjemmetjenestene vider. Ingen av informantene fortalte at Omsorg-2020-planen hadde påvirket volumet eller kvaliteten på hjemmetjenestene. Intervjumaterialet viste også at selv de kommunene som oppga å satse aktivt på velferdsteknologi, ikke hadde satset tungt på velferdsteknologi som eldre kan bruke i private hjem.

En annen hovedkonklusjon i artikkelen er at forbedringen av Husbankens investeringstilskudd som del av Omsorg 2020-planen, primært har stimulert casekommunene til å rehabilitere og omgjøre sykehjem til omsorgsboliger med tilknyttede heldøgnstjenester. Dette er i tråd med funnene i evalueringen av investeringstilskuddet som ble gjennomført av forskere fra Menon Economics, Helseøkonomisk Analyse og Velferdsforskningsinstituttet NOVA (OsloMet). Denne evalueringen konkluderer med at investeringstilskuddet ikke har ført til en økning av antallet heldøgnsomsorgsplasser, men at det kun – men viktig nok – har bidratt til å fornye eller erstatte omsorgsplassene som allerede finnes (Westberg et al., 2019).

I artikkelen *Hjemmetjenester eller institusjonsomsorg* argumenteres det endelig for at casekommunene har løst det evige dilemmaet knyttet til «forvaltningskommunens» balansering mellom ulike statlige styringssignaler ved å prioritere fornyelse av heldøgnsomsorgen framfor en videre utbygging av hjemmetjenesten til eldre i private hjem. Det vil si at det statlige styringssignalet som ble ledsaget av økonomiske insentiver – i form av Husbankens investeringstilskudd – ble prioritert foran en styrking av hjemmetjenestene, tjenester som ikke mottok noen økonomiske stimulanser via Omsorg 2020.

Resultater og hovedkonklusjoner i artikkel 3: Key preconditions for ageing in place. A discussion based on Norwegian data

Paperet *Key preconditions for ageing in place. A discussion based on Norwegian data,* som er under arbeid, følger opp tematikk og konklusjoner i artikkel 2 ved å drøfte hva som er de viktigste forutsetningene for en vellykket, dvs. kostnadseffektiv og kvalitetssterk, eldreomsorgsmodell basert på idealet om at eldre bør bo så lenge som mulig i eget hjem, og kun bo i kortere perioder på sykehjem.

Det teoretiske utgangspunktet er Lawtons gerontologiske teori (jf. *environmental press theory*) om sammenhengen mellom individuelle forutsetninger (ulike kognitive og fysiske ferdigheter) og samfunnets tilbud og krav til eldre personer med funksjonsnedsettelser (Lawton 1985, Lichtenberg, MacNeill et al. 2000). Med støtte i Lawtons perspektiv argumenteres det for at en egnet bolig for eldre med funksjonsnedsettelser, er en bolig med egenskaper som er tilpasset den enkelte beboers individuelle forutsetninger. Slike samfunnsskapte betingelser eller forutsetninger for velegnede boliger kan være for eksempel «god tilgjengelighet» i boligmassen på det

ordinære boligmarkedet, tilknyttede hjemmetjenester, samt satsing på forebygging og korttidsopphold på sykehjem.

I paperet evalueres nåtidsbildet og mulige framtidsscenarioer for nøkkelforutsetninger for at tilbudet av velegnede boliger for eldre skal være tilfredsstillende for å kunne bære en omsorgsmodell basert på «hjemme så lenge det går». Nøkkelforutsetningene som det sees særskilt på er 1) arbeidskraftstilgangen i helse- og omsorgssektoren (sykepleiere, helsefagarbeidere, ergoterapeuter, fysioterapeuter mv.), 2) boligtilbudet, dvs korttidstilbud på sykehjem, tilgjengeligheten i boligmassen, og omfanget av eldres strategiske flytting til boliger med god tilgjengelighet.

Med støtte i registerdata og surveydata om arbeidskraft og boligtilbudet gis et nyansert bilde av hvor godt rustet den norske eldreomsorgsmodellen er for framtiden. På den ene siden antyder representative surveydata fra 2020 at personer mellom 60 og 75 år har gode muligheter for å flytte fra en eldre enebolig til en mer tilgjengelig leilighet i de fleste kommuner. Slike strategiske flyttinger med tanke på alderdommens krav har blitt vanligere de siste femten årene, og bidrar til at flere kan motta tjenester i sitt eget private hjem over tid (Sandlie & Gulbrandsen, 2021). På den annen side viser register- og surveydata at den norske eldeomsorgsmodellen vil ha betydelige utfordringer de nærmeste tiårene. Selv om flere kan skaffe seg mer egnede boliger og klare seg med mindre hjelp, vil økningen i antallet eldre være stå stort at arbeidskraftsbehovene i eldreomsorgen vil være betydelige. Samtidig vil boligmarkedet fortsatt være en stor utfordring for lavinntektsgrupper og personer som bor i spredtbygde strøk og noen distriktskommuner. For disse gruppene finnes det få muligheter til å flytte til nyere og mer tilgjengelige leiligheter som er velegnet for eldre.

Key preconditions for agein in place … kan beskrives som en bonusstudie i Omsorg 2020-evalueringen. Med dette mener vi at denne siste studien kompletterer og peker utover selve evalueringen, ved å diskutere sentrale utfordringer i helse- og omsorgssektoren generelt og eldreomsorgen spesielt fram mot 2060. Paperet kan slik sett bidra med kunnskap og perspektiver som er relevant for framtidige forskningsprosjekter, policydokumenter og omsorgspolitiske satsinger. *Key preconditions for ageing in place …* forener videre perspektiver og empiri fra bolig- og omsorgsforskning, noe som er uvanlig og bidrar til stor policyrelevans i en verden hvor alt henger sammen med alt.

3.6 Avsluttende diskusjon: oppsummering og politikkanbefalinger

Kort oppsummert kan hovedkonklusjonene i delprosjekt B beskrives på følgende måte:

- **Omsorg 2020 var lite kjent i casekommunene.** Svært få av informantene i casekommunene kjente til innholdet i Omsorg 2020-planen. Kommunale forståelsesrammer, satsinger og prioriteringer framstod ikke som et direkte produkt av planen. Den kommunale eldreomsorgen synes snarere å være preget av statlige styringssignaler med opphav i mange ulike dokumenter og tilskuddsordninger fra de siste tiårene. Mange av styringssignalene – som for eksempel målet om å satse på brukermedvirkning, heldøgnsomsorg og hjemmetjenester – har blitt gjentatt i mange dokumenter, og det kom frem i intervjuene at disse har påvirket kommunenes praksiser og prioriteringer over lang tid.
- **Brukermedvirkning i casekommunene samsvarte med ånden i Omsorg 2020.** Både Omsorg 2020 og arbeidet med brukermedvirkning i casekommunene er preget av et syn på brukermedvirkning som en individuell rettighet og et instrumentelt redskap

for å fremme endring og kvalitet i omsorgstjenestene. Likheten på dette området framstod ikke som et direkte resultat av Omsorg 2020-planen, men synes å være et produkt av den allmenne samfunnsutviklingen og statlige styringssignaler formulert både før og etter lanseringen av Omsorg 2020.

- **Husbankens investeringstilskudd stimulerer til ombygging og fornyelse** av omsorgsboliger med tilknyttet heldøgnstjenester i casekommunene, men har ikke ført til en nettoøkning av omsorgsplasser verken i casekommunene eller i Kommune-Norge som helhet. Casekommunene har over tid bygget ut hjemmetjenestene, men det framkom ikke i intervjuene at kommunene per i dag satset stort på å bygge ut hjemmetjenestene for eldre.
- **Økonomiske insentiver har betydning.** Det kan argumenteres for at casekommunene har prioritert fornyelse av heldøgnsinstitusjon/boligomsorgen framfor en videre utbygging av hjemmetjenestene som følge av Omsorg 2020-planens økonomiske insentiver. Det var ikke knyttet noen statlige gulrøtter til styringssignalet om å satse på hjemmetjenester. Investeringstilskuddet har imidlertid fungert som et insentiv for å satse på boliger med tilknyttede døgntjenester. Om dette argumentet har allmenn relevans og gyldighet for hele eller større deler av Kommune-Norge, kan med fordel undersøkes i mer omfattende kvantitative og kvalitative studier.
- **Flere utfordringer for den norske eldreomsorgs modellen basert på «hjemme så lenge det går» fram mot 2060.** Hvorvidt den norske eldreomsorgsmodellen «hjemme så lenge det går» vil bli en suksess i framtiden avhenger både av en vellykket boligmarkedspolitikk, som også treffer eldre som bor i distriktene og de med dårlig råd, og av at eldreomsorgstjenestene lykkes med å rekruttere, beholde og optimere bruken av personell (øke stillingsprosent, redusere sykefravær, og heve avgangsalder).

Vi vil være varsomme med å formulere allmenne policyråd på bakgrunn av en kvalitativ studie gjennomført i ti casekommuner, men det er likevel grunn til å tro at det er mulig å trekke noen lærdommer fra delprosjekt B som kan være relevant for flere kommuner. For det første gir den sterke vektleggingen av brukermedvirkning på individnivå, som dokumenteres i artikkel 1, grunn til å reise spørsmålet om nasjonale myndigheter bør oppfordre sterkere til oppmerksomhet om kritisk medvirkning på samfunnsnivå fra eldre som gruppe gjennom brukerrådene eller andre former for politisk representasjon. For det andre bør man vurdere å innføre statlige økonomiske insentiver for å fremme en videre utbygging av hjemmetjenestene i kommunene. For det tredje indikerer ulike deler av delprosjektets datamateriale at den norske eldreomsorgsmodellen basert på *ageing in place* vil møte utfordringer knyttet til arbeidskraftsbehov og lav tilgjengelighet i deler av boligmassen, hvis det ikke formuleres og gjennomføres en ny politikk.

4. Delprosjekt C: Tidlig innsats i omsorgssektoren: Innovasjoner i tjenestetilbudet til personer med demens og personer som mottar hverdagsrehabilitering

Arbeidet i delprosjekt C er delt inn i en registerdatabasert del og en kvalitativ del. Tematisk handler det om det samme: vi evaluerer den statlige satsingen på tidlig innsats i omsorgssektoren, konkretisert gjennom nye tjenestetilbud for personer med behov for rehabilitering og for hjemmeboende personer med demens. Vi er opptatt av å finne effekter, betydninger og konsekvenser av den statlige satsningen i Omsorg 2020 på tidlig innsats i omsorgssektoren.

4.1 Registerbaserte analyser

Utviklingen av et samlet helseregister for de kommunale helse- og omsorgstjenestene er i Omsorg 2020 nevnt som et tiltak for bedre kvalitet. Vi har i prosjektet koblet Gerica med Norsk pasientregister, FD Trygd og dødsårsaksregisteret. Denne koblingen tok lengre tid enn antatt, og vi arbeider fortsatt med disse dataene, blant annet gjennom prosjektet INOREG som bygger videre på arbeidet i dette prosjektet.

Vi har sammenlignet effekten av rehabilitering hjemme vs rehabilitering i kommunal institusjon (Fosse et al 2020) for pasienter i Oslo. Vi finner sannsynligheten for å bli innlagt i institusjon senere var langt lavere for personer med hoftebrudd som rehabiliteres hjemme. Dette antyder at rehabilitering hjemme kan være en bedre løsning, men kan også være et resultat av at de personene som mottar rehabilitering hjemme er friskere enn de som mottar det i kommunal institusjon.

I våre analyser kontrollerer vi for alder, kjønn, komorbiditeter, funksjonsnivå (ADL), bruk av helsetjenester og sosioøkonomiske faktorer. I tillegg har vi brukt faste effekter for bydeler, slik at variabler på bydelsnivå er «rensket» ut av analysen. Dette er hoveformålet med å koble de ulike registrene sammen; vi kan bruke informasjon fra disse til å gjøre brukerne så like som mulig. Deretter kan vi se hva effekten av en intervensjon eller organisasjonsmodell. Til tross for dette kan vi likevel ikke si med sikkerhet at effekten er kausal, vi kan som sagt ikke utelukke at den effekten vi observerer helt eller delvis er en effekt av ikke-observerbar ulikhet mellom gruppene.

Våre funn er i tråd med andre funn i litteraturen som antyder at hjemmebasert rehabilitering er å foretrekke fremfor institusjonsbasert rehabilitering. En mulig forklaring på dette er at rehabilitering hjemme i større grad fokuseres på mestring av hverdagsaktiviteter og derfor gjør brukeren bedre rustet til å fortsette å bo hjemme. Den internasjonale litteraturen gir noe støtte til dette synet, men det er ikke mulig å si at alt annet likt er rehabilitering hjemme et bedre alternativ enn rehabilitering på institusjon.

Effekten av ulike rehabiliteringsmodeller vi være svært avhengige av kontekst. Evalueringer fra et annet land kan ha liten verdi fordi både den økonomiske og den finansielle rammen er ulik. Effekten av en modell som hverdagsrehabilitering vil også kunne variere over tid. Vi kan for eksempel tenke oss at modellen fungerer bedre når kommunene har mer ressurser/i kommuner med mer ressurser per bruker.

Et velutviklet nasjonalt register for de kommunale omsorgstjenestene er derfor et svært viktig instrument for evalueringer tjenestemodeller og innovasjoner. Det forutsetter imidlertid at informasjonen i registeret er tilstrekkelig presis. Når det gjelder variabelen «rehabilitering utenfor kommunal institusjon» - altså den variabelen som benyttes her - er ikke presis nok til at effekten kan knyttes til hverdagsrehabilitering ene og alene. For å si noe sikkert om effekten av hverdagsrehabilitering må vi vite hvilke brukere som har mottatt denne tjenesten, og i hvilket omfang.

Vi har benyttet data fra GERICA/KPR både her og i analyser i delprosjekt A. Utviklingen av KPR blir nevnt i Omsorg 2020 som en viktig del av kvalitetsarbeidet. Vi deler den oppfatningen, men mener også det er viktig at registeret forbedres. I den videre utviklingen av vil vi fremheve viktigheten av to forhold:

1) At det er en entydig sluttdato for tjenestene.
2) Helsetjenester i hjemmet bør presiseres bedre. Slik det er nå er (minst) tre typer tjenester registrert med samme kode.

4.2 Kvalitative analyser

Bakgrunn

Senter for omsorgsforskning vest, Høgskulen på Vestlandet ved førsteamanuensis Mariya Bikova og professor Oddvar Førland og Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo ved førsteamanuensis Eliva Atieno Ambugo og førsteamanuensis Trond Tjerbo har hatt ansvar for gjennomføring av denne delen av evalueringen.
Vi har utført individuelle intervjuer og gruppeintervjuer i kommuner om brukeres, pårørendes og ansattes erfaringer med nye rehabiliteringsmodeller og nye måter å gi tjenester til personer med demens. Målgruppene for disse to tjenestene er ulike, men satsningene har like fullt et fellestrekk som poengteres i Omsorg 2020, nemlig at den «nye hjemmetjenesten» skal ha større vekt på tidlig innsats, mestring og velferdsteknologi i tjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet 2015a).

Data, metode og leserveiledning

I evalueringsutlysningen ble det poengtert at «det er ønskelig med en dybdeundersøkelse i et lite utvalg kommuner hvor det undersøkes hvilke effekter tiltakene har for brukerne/pårørende og effekt for ansatte. Det skal legges spesiell vekt på om Omsorg 2020 har bidratt til innovasjon og nye løsninger».
Datainnsamling og analyse: Det ble foretatt fokusgruppeintervju og individuelle intervju med ansatte, ledere og brukere kommuner på to tidspunkt: 2018/19 og 2020. I 2018/19 ble det gjennomført 55 fokusgruppeintervju og individuelle intervju med ansatte, ledere og brukere og familiemedlemmer i elleve kommuner Nord-Norge, Midt-Norge, Vest-Norge, Sør-Norge og Øst-Norge. Kommunene ble valgt strategisk på bakgrunn av at de deltok i et av Helsedirektoratets utviklingsprosjekt knyttet til Demensplan 2020: *Systematisk oppfølging etter demensdiagnose* eller *Tjenester til hjemmeboende personer med demens*, i tillegg til at de måtte ha etablert tjenesten hverdagsrehabilitering. Demensplan 2020 er en statlig oppfølgende og konkretiserende plan av Omsorg 2020-planen innenfor demensomsorgsfeltet (Helse- og omsorgsdepartementet 2015b). Et annet utvalgskriterium

var at kommunene skulle representere ulike deler av Norge, med både rurale og urbane regioner og med varierende befolkningstetthet.
Det ble oppnevnt en kontaktperson i hver av casekommunene og informantene som ble intervjuet ble rekruttert av kontaktpersonene. I 2020 ble det foretatt oppfølgende intervjuer i seks av de samme kommunene, denne gang 21 fokusgruppeintervju og individuelle intervju med ansatte og ledere med arbeid innenfor de samme målgruppene. Grunnet koronapandemien lot det seg ikke gjøre å gjennomføre intervjuene i ute i kommunene i 2020. De fleste kommunene stilte likevel seg positive til å delta i intervjuer via Zoom til tross for en meget krevende tid for disse tjenestene.
Intervjuene varte fra 21 til 89 minutter og er transkribert og analysert. Dette materialet er analysert gjennom en tematisk analyseprosess (Braun and Clarke 2006). NVivo ble brukt i deler av analysene. De ansatte som ble intervjuet var helsefagarbeidere, sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter og ledere innenfor rehabiliteringstjenestene og hjemmetjenestene. Brukerne som ble intervjuet var mottakere av demensomsorg og hverdagsrehabilitering. For brukerne som var mottakere av demensomsorg var også deres pårørende deltakere i intervjuene.
Forskningsetikk: Datainnsamlingen og prosjektet ble vurdert av REK (2018/1108/REK sør-øst C, 27.06.2018) og NSD (prosjektnummer 304080). Det var frivillig å delta og informantene undertegnet en skriftlig samtykkeerklæring. Dataene er lagret på UiO sin forskningsserver TSD.
Metodiske overveielser: Vi har i delprosjektet studert noen få kommuner (11) gjennom dybdeintervjuer med brukere og ansatte for å få fram prosesser og praksiser i disse tjenestefeltene, framfor å få et mer overfladisk perspektiv ved å innhente surveydata fra alle norske kommuner. Funnene fra intervjuene er ikke representative i statistisk forstand, sett i forhold til kommune-Norge generelt. Like fullt har vi lagt vekt på å identifisere sentrale og gjennomgående mønstre og utviklingstrekk på tvers av de elleve casekommunene. Dette kan styrke dataenes *overførbarhet og relevans* også til andre norske kommuner. En fordel med en slik dybdestudie i et mindre antall casekommuner er at de gir større mulighet til å fange opp sentrale erfaringer og praksiser som gjør seg gjeldende for brukere, ansatte og ledere. *For å validere våre funn har vi i tillegg relatert dem til annen forskning og utredning fra norske kommuner i samme periode.*
Det er vanskelig å sette opp en klar og entydig tidslinje for virkninger av de skisserte tiltakene *før* (baseline) og *etter* Omsorg 2020-planens iverksettelse. Dette fordi tiltakene ofte er del av lange utviklings- og implementeringsprosesser der både internasjonale, nasjonale og lokale forhold virker sammen. Vi har like fullt i hovedsak satt søkelyset på perioden 2015-2020, men med blikk før 2015 og med blikk mot dagens status.

Hva er problemet?

I Meld St 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, så vel som i den etterfølgende Omsorg 2020-planen, vektlegges behovet for å *tenke nytt* i omsorgstjenesteleveringen. Underforstått at dette er en sektor preget av for lite nytenkning og innovasjon. Denne problemforståelsen ligger til grunn for sentrale deler av planen. I hele kapittel 5 («Forenkling, fornying og forbedring») er behovet for innovasjon beskrevet på generelt grunnlag:

- «Det er først og fremst gjennom å ta i bruk nye løsninger, ny teknologi og nye metoder og ved å styrke samspillet med familie, lokalsamfunn, frivillige, ideelle og private virksomheter vi kan fornye og forbedre helse- og omsorgstilbudet i kommunene (s. 49).

Planen poengterer at det er i kommunene innovasjonene må foregå. På den annen side understrekes at det er regjeringens oppgave «å styrke kommunenes innovasjonsevne» (s. 49). Statens oppgave er «å bidra til å legitimere innovasjonsprosesser i omsorgstjenestene og ta grep som fungerer koordinerende og gir retning til det lokale arbeidet» (s. 50). I tabellen under vises sentrale mål i Omsorg 2020-planen som særlig er knyttet til tidlig innsats og vår tilhørende tolkning av underliggende problem som ligger til grunn for mål og nye satsninger:

Mål	Underliggende problem eller utfordring
«En sterkere hjemmetjeneste som også kan forebygge ytterligere funksjonssvikt og sykdomsutvikling og bidra til å utsette institusjonsinnleggelse eller gjøre institusjonsopphold unødvendig. Det er derfor behov for å øke satsing på hjemmetjenester og tidlig innsats» (s. 7).	Tidlig innsats og hjemmetjenester er for lavt prioritert i kommunene.
«Faglig omlegging» med større vekt på «rehabilitering, aktivisering, egenmestring» (s. 23). «Det er et mål å styrke brukernes muligheter for opprettholdelse av funksjonsnivå så lenge som mulig. Derfor må rehabilitering og egenmestring være en naturlig og integrert del av all innsats i helse- og omsorgssektoren» (s. 27)	Rehabilitering, aktivisering og egenmestring er for lavt prioritert i omsorgssektoren.
Økt vekt på hverdagsrehabilitering og mestring (s. 27-28), velferdsteknologi (s. 44-47) og forebyggende hjemmebesøk (s. 25).	Hverdagsrehabilitering, mestringstilnærming, velferdsteknologi og forebyggende hjemmebesøk er for lavt prioritert i omsorgssektoren.
«Velferdsteknologi skal være en integrert del av tjenestetilbudet i omsorgstjenestene innen 2020» (s. 46).	Det er et for lavt tilbud av velferdsteknologi i kommunene. Velferdsteknologi er ikke en integrert del av omsorgstjenestene.
«For å bidra til gode og bærekraftige helse- og omsorgstjenester i fremtiden er det behov for å … ta i bruk ny teknologi» (s. 7).	Ny teknologi som skal bidra til at tjenestene blir bærekraftige i fremtiden er i for liten grad tatt i bruk i omsorgssektoren.
«En faglig sterk tjeneste» (kapittel 3)	Omsorgssektoren er ikke faglig sterk nok tjeneste.

I evalueringen var vi opptatt av om vi kunne finne igjen disse målene og satsningene i de elleve casekommunene. For å validere funnene og identifisere bredere trekk har vi også beskrevet annen forskning fra en norsk kommunekontekst om disse temaene. Vi har rettet et spesielt søkelys på *to* hovedtjenester og hovedmålgrupper, nemlig *tjenestetilbudet for personer med behov for rehabilitering i hjemmet og tjenestetilbudet for hjemmeboende personer med demens*, med særlig vekt på såkalte *tidlig innsats-tjenester* overfor disse målgruppene. Vi starter med 1) hverdagsrehabiliteringssatsningen og ambisjonen om økt vekt på mestring, dernest om 2) innovasjoner med tidlig innsats i demensomsorgen, 3) velferdsteknologisatsningen, 4) forebyggende hjemmebesøk og til slutt kort om 5) forholdet mellom nasjonale og kommunale omsorgsplaner.

4.3 Sentrale funn/resultatevaluering

1. Hverdagsrehabilitering og mestringsfokus

Vi fant et en **sterk vektlegging av forebygging, tidlig innsats, mestringstilnærminger og systematisk rehabiliteringsarbeid** i casekommunene. Slike tilnærminger var særlig tydelig

uttalt blant lederne og blant ergo- og fysioterapeutene og ble omtalt som en *"forandring" og "vending"* fra tidligere toneangivende tenkning og praksiser i kommunenes helse- og omsorgstjenester generelt og hjemmetjenester spesielt. Ergo- og fysioterapeutene spilte en særlig sentral rolle som pådrivere og koordinatorer i denne endringen, her illustrert med dette utsagnet fra en ergoterapeut: «Vi prøver å oppdra de andre i hjemmetjenestene og på tildelingskontoret. Vi driver og gnager på dette hele tiden». Ergo- og fysioterapeutene fremsto som forkjempere og advokater for myndighetenes satsninger på mestringstilnærminger og tidlig innsats i omsorgstjenestene.

Sammen med *velferdsteknologisatsningen* framstår etableringen av ***hverdagsrehabilitering*** som den tydeligste operasjonaliseringen av denne tenkningen. Hverdagsrehabilitering er en rehabiliteringsform som hovedsakelig retter seg mot hjemmeboende eldre med somatisk funksjonssvikt. Det er «en tidsavgrenset, intensiv og målrettet rehabilitering i hjem og nærmiljø rettet mot personer som har opplevd et funksjonsfall, og der terapeuter, sykepleiere og ansatte i hjemmetjenesten i kommunen samarbeider og bistår personen med trening og tilrettelegging av hverdagsaktiviteter som er viktige for personen selv» (Førland and Skumsnes 2016). Denne forståelsen av hverdagsrehabilitering ligger nært opp til anerkjente internasjonale definisjoner og omtaler av 'reablement' og 'restorative care' (Metzelthin, Rostgaard et al. 2020, Clotworthy, Kusumastuti et al. 2021). Dette er rehabiliteringsmodeller som er blitt utviklet og innført i den vestlige verden (Europa, USA og Australia/New Zealand) etter 2000.

Norske myndigheter har gjennom flere stortingsmeldinger (Helse- og omsorgsdepartementet 2013, Helse- og omsorgsdepartementet 2015c), Omsorg 2020-planen (Helse- og omsorgsdepartementet 2015a), tilskuddsmidler til 47 kommuner i perioden 2013-2015 og Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019 (Helse- og omsorgsdepartementet 2016) støttet og stimulert til etablering av denne rehabiliteringsformen. Dette framstår hovedsakelig som politisk-retoriske virkemidler mens det har vært få økonomiske incentiver. Staten har heller ikke utviklet nasjonale faglige veiledere eller retningslinjer for hverdagsrehabilitering og har heller ikke lovpålagt tilbudet, slik danske myndigheter har gjort.

Like fullt har tjenesten **hverdagsrehabilitering hatt en formidabel vekst på få år, primært som følge av en 'bottom up-prosess' med spredning mellom kommuner**. Rehabiliteringsformen ble innført i de første norske kommunene rundt 2012 (Voss, Bodø, Nome og Arendal). Det finnes ikke registerdata om dets utbredelse ettersom kommunene ikke rapporterer om de tilbyr slik rehabilitering eller om hvem som mottar den. Men i en kartlegging fra 2019 ble det anslått at 76 % av kommunene hadde etablert tjenesten (Rostad, Skinner et al. 2020). Anslaget bygger på en spørreundersøkelse med svar fra 66 % av de norske kommunene. Veksten og dagens omfang av hverdagsrehabilitering er etter vår vurdering et interessant uttrykk for at personer med funksjonsfall, og særlig eldre, i løpet av få år har fått et *utvidet* rehabiliteringstilbud i hjem og nærmiljø. Men selv om om lag ¾ deler av kommunene har etablert et slikt tilbud vet vi ikke hvor mange som får tilbudet, på grunn av manglende nasjonale individrettede registerdata.

Hverdagsrehabiliteringstilbudene har ulikt innhold og organiseres ulikt i kommunene (Langeland, Førland et al. 2016). Dette tyder på svak implementeringslojalitet (Tuntland and

Ness 2021) og nasjonal samordning og på dette feltet, se nærmere om dette under diskusjonen i lengre bak kapittelet.

Fokuset på mestring ("gjøre sammen med" og "ikke gjøre for") er en tydelig fellesnevner i for hverdagsrehabiliteringstilbudene. Ansatte vektlegger det å veilede og gjøre dagliglivets nødvendige aktiviteter (ADL) *sammen med* bruker i stedet for å *overta* oppgavene (Ambugo, Dar et al. 2022). Våre informanter omtalte ofte dette som å «arbeide med hendene på ryggen». Dette er også beskrevet i flere andre kvalitative studier av hverdagsrehabiliteringspraksiser fra Norden (Randström, Wengler et al. 2014, Hjelle, Skutle et al. 2016, Liaaen and Vik 2019).
En ergoterapeut uttrykte det økte mestringsfokuset slik:

> «Mestring er i vinden nå, at brukerne skal bli mest mulig selvhjulpne og selvstendige i eget liv. Mestring er en hovedfane for kommunen vår». Og hun la til: «Det er ikke til å stikke under en stol at også økonomi er en viktig grunn til dette. For dess mer selvhjulpne brukerne er dess mindre tjenester bruker de, ikke sant. Mindre hjemmetjenester, korttidsplasser og mindre langtidsplasser på sykehjem».

Denne kommunen hadde opprettet en ny kategori brukere de kalte 'mestringsbrukere', det vil si brukere «der vi ser at det er mulig å fremme mestring og større selvhjulpenhet». Helsepersonellet og lederne vi intervjuet vektla at de hadde etablert et **systematisk rehabiliteringsarbeid** med vekt på kartlegging, behovsvurdering, persontilpasning, motivasjonsarbeid, omgivelsestilpasning og tilbud om hjelpemidler og velferdsteknologi. Arbeidet framstår som tverrfaglig, med et samarbeid med de ordinære hjemmetjenestene. **Ressurs- og bemanningsutfordringer** knyttet til økonomiske rammer, arbeidsbyrde og turnover, varierende ledelsesengasjement, samarbeidsutfordring på tvers av enheter og kompetanseutfordringer framstår som kritiske elementer. Dette er nærmere beskrevet i artikkelen *'A qualitative study on promoting reablement among older people living at home in Norway: opportunities and constraints'* publisert i BMC Health Service Research (Ambugo, Dar et al. 2022).

Våre intervjuer med brukere som har mottatt hverdagsrehabilitering viser stor grad av tilfredshet med tjenesten og en subjektiv opplevelse av forbedret funksjonsnivå. Utviklingen mot større mestringsfokus er imidlertid ikke uproblematisk. I møte med en del brukere kan det oppstå en **forventningskonflikt**, illustrert gjennom utsagn fra helsepersonell som dette:

> «Det er veldig mange som har bestemte forventninger til hva man kan forvente av kommunen og det offentlige. Mange tenker at nå er jeg blitt så gammel at nå fortjener jeg den hjelpen her, og så skjønner de kanskje ikke at det å vedlikeholde funksjoner vil gi dem helsegevinster på sikt. Dette kan være vanskelig å forklare til enkelte brukere, ja det er egentlig mange av dem. De kan oppleve oss som lite hjelpsomme. Også pårørende kan tenke slik for sin gamle mor …».

Ikke alle eldre er motivert for rehabilitering, både av slike grunner eller fordi de ikke opplever å ikke ha krefter til gjenopptreningen som kreves. Informanter vi intervjuet var opptatt av å bruke godt skjønn når pasienter ble invitert til hverdagsrehabilitering og når mål ble satt. For mange er ikke full selvhjulpenhet et realistisk mål, men økt mestring på noen utvalgte livsområder. Utsagnet fra en fysioterapeut i et tverrfaglig mestringsteam kan illustrerer dette anliggende:

> «Vi må se at det er ulike grader av mestring. Noen trenger uansett mye bistand. Men selv en som trenger såkalt 'fullt stell' kan kanskje klare å vaske ansiktet sitt selv med en vaskeklut og på denne måten opprettholde en følelse av mestring».

Flere informanter påpekte at **de skulle ønske de kom til tidligere i sykdomsforløpene med sine rehabiliteringstilbud og veiledning**:

> «Det er en utfordring å komme tidlig nok til. Nå flere tidligere. Før de selv henvender seg selv eller blir henvist av fastlege, sykehus eller hjemmehjelp som gir praktisk hjelp i hjemmet».

Tidlig vurdering av rehabiliteringsbehov før vedtak om kompenserende tjenester: I et rundskriv i 2017 sendte Helse- og omsorgsdepartementet et styringssignal til landets kommuner der de anbefaler at pasientens rehabiliteringsbehov og rehabiliteringspotensialet blir utredet *før* det iverksettes tiltak som kompenserer for tap av funksjonsevne. De omtalte dette som «et viktig grep for å få til en helt nødvendig omstilling med større vekt på habilitering og rehabilitering i de kommunale helse- og omsorgstjenestene» (Helse- og omsorgsdepartementet 2017). Våre data viser at flere av kommunene har etablert slike praksiser med utredning (kartlegging og vurdering) av rehabiliteringsbehov og rehabiliteringspotensiale *før* det gjøres vedtak om eventuelt kompenserende tjenester over lengre tid. I store kommuner ble slike tidlige kartlegginger og vurderinger foretatt av egne spesialiserte tverrfaglige team. Betegnelsene på disse kunne variere, for eksempel mestringsteam, tidlig innsats-team, vurderingsteam etc.). I mindre kommuner ble slike praksiser ivaretatt av enkeltpersoner i de ordinære tjenestene. I noen kommuner var hverdagsrehabiliteringsteam nå slått sammen med slike vurderingsteam til større tidlig innsats team. Dette er tverrfaglige team som både foretok en førstekartlegging ved hjelp av standardiserte kartleggingsskjema (som SPBB, COPM, IPLOS m.fl.), førstevurdering og dernest selv fulgte opp de nye søkerne over 2-8 uker før endelig vedtak om eventuell videre oppfølging av det ordinære hjemmetjenesteteamet/hjemmesykepleie.

De aller fleste informantene fra intervjuene satt med inntrykk av at det har skjedd **en viss venstreforskyvning av tjenestene mot mer forebygging, tidlig innsats, rehabilitering og mestringstilnærminger de siste fem årene.** Det tydeligste uttrykket for dette var etableringen av hverdagsrehabilitering. Noen informanter trakk også fram etableringen av **frisklivssentraler**. Målgruppen for tilbudene er personer som har eller står i fare for å utvikle sammensatte og langvarige helseplager som trenger hjelp til å endre levevaner og mestre sykdom. I 2011 utgav Helsedirektoratet en veileder for kommunale frisklivssentraler og denne ble revidert i 2016 (Helsedirektoratet 2016). Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at 60 % av kommunene hadde frisklivssentral i 2019, og at disse kommunene dekker 80 % av befolkningen. Dette er først og fremst et tilbud i de store kommunene i sentrale strøk og i mindre grad i små kommuner. Det var 306 avtalte årsverk ansatt ved frisklivssentraler i 2019, hvilket er en økning på 23 % fra 2016. Om lag 30 000 personer deltok ved ett eller flere av tilbudene og dette er en økning på 9 % fra 2016 (Thonstad, Ekornrud et al. 2020).

2. Innovasjoner med tidlig innsats i demensomsorgen

Omsorg 2020-planen legger opp til en styrking av de hjemmebaserte tjenestene til personer med demens generelt og tidlig innsats-tjenester spesielt. Tidlige tiltak overfor personer med demens var høyt prioritert i casekommunene. Dette var forventet på bakgrunn av at disse

elleve kommunene hadde mottatt tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet innenfor temaområdene *Systematisk oppfølging etter demensdiagnose* eller *Tjenester til hjemmeboende personer med demens.* Helsedirektoratet lyste blant annet ut midler til kommuner som ønsket å delta i utviklingsprosjekt for å utvikle og prøve ut modeller for «systematisk oppfølging etter demensdiagnose». Verdens helseorganisasjon beskriver slik oppfølging (post-diagnostic services) som «det å planlegge for framtiden, tilby støtte, råd og informasjon etter behov og hjelp til å opprettholde uavhengighet» (World Health Organization 2012). Det ble gitt tilskudd til 14 prosjekter som til sammen omfattet 21 kommuner. Oppfølgingsmodellene hadde varierende innhold og kunne også omfatte tilbud som aktivtetsvenn, fysisk aktivitet og turgruppe, dagaktivitetstilbud og demenskafe. Modellene og evaluering av dem er beskrevet i Kirkevold (2020).

Flere av våre casekommuner hadde utviklet **nye rutiner for oppfølging av brukere med demensdiagnose**, med spesiell vekt på tidlig oppfølging. Noen av disse hadde opprettet egne **spesialteam** for dette formålet med ulike benevnelser, for eksempel 'Tidlig innsats demens'. Dette var et tverrfaglig oppfølgingstilbud til personer med en demensdiagnose og deres pårørende i første fase etter diagnostisering. Disse ble henvist fra fastlege eller spesialisthelsetjenesten. I denne tidlige fasen har disse personene vanligvis ikke faste hjemmetjenester, men fikk oppnevnt en **kontaktperson** som fungerte som en koordinator og veileder. Kontaktpersonen hadde jevnlige besøk med personene med demens og deres pårørende, 1-4 ganger per år. Under koronapandemien var kontakten per telefon. Vi intervjuet hele det tverrfaglige teamet i en kommunene. De hadde erfart at slik teamorganisering hadde resultert i betydelig kompetanseheving for de ansatte og bedre kvalitet på oppfølgingen. I denne kommunen ble det nå vurdert om teamet skulle innlemmes sammen med de lokale hjemmetjenestedistriktene. Dette var de skeptiske til fordi de var redd for at den spesialteamets kompetanse ville forvitre hvis de ble oppsplittet. I de mindre kommunene var det vanlig at slik tidlig oppfølging ikke ble ivaretatt av tverrfaglige team, men av enkeltpersoner i de ordinære hjemmetjenestene.

Noen kommuner hadde opprettet **egne demensspesialteam også for den hjemmebaserte oppfølgingen seinere i demensforløpet** under ulike betegnelser, for eksempel 'demensarbeidslag'. Et viktig mål med disse spesialteamene var å øke kvaliteten på den faste (ofte daglige) oppfølgingen av de demensrammede ved at de fikk færre å forholde seg til. Et annet viktig mål var å øke de ansattes faglige kompetanse på demensfeltet.
Ansatte i disse prosjektene uttrykte at de har et sterkt **søkelys på kontinuitet, forutsigbarhet og trygghet** for brukerne med demens. Det ble poengtert at et så begrenset som mulig antall ansatte bør følge opp brukerne med demenssykdom for å etablere gjenkjennbare relasjoner for dem. Noen av brukerne og deres pårørende opplevde på sin side at det like fullt er for mange ansatte å forholde seg til. Andre brukere og pårørende erfarte at det var blitt færre ansatte å forholde seg til nå, og dermed mer kontinuitet i oppfølgingen. Brukerne uttrykte betydningen av at de ansatte har tilstrekkelig tid under besøkene. Ansatte i disse tjenestene rapporterte at denne måten å jobbe på er meningsfylt og utviklende, og at kjennskapen og kontinuiteten gjorde at de kunne følge brukerne bedre opp og lettere oppdage eventuelle endringer i helsetilstand.

Et av målene i Omsorg 2020-planen var å «øke dag- og aktivitetstilbudet for personer med demens» (s. 38) og det ble satt av 62 mill. kroner til 1070 nye dagaktivitetsplasser for

hjemmeboende personer med demens i 2015 (s. 58). **Dagaktivitetstilbud** for personer med demens blir omtalt som et manglende mellomledd mellom tidlig innsats tjenester og kompenserende tjenester når hjelpebehovene er oppstått. I tillegg er dette et tiltak for å avlaste pårørende og bidra til å forhindre eller utsette sykehjeminnleggelse. Det var et mål i Demensplan 2015 at alle kommuner skulle tilby dagaktivitetstilbud for personer med demens innen 2015. Dette målet ble ikke nådd, selv om det i 2012 ble etablert en øremerket tilskuddsordning for kommunene. Like fullt ble antallet personer som mottok et slikt dagaktivitetstilbud nær doblet i perioden i 2010/2011 til 2014 (Gjøra, Eek et al. 2015). Registerdata KPR i 2018 viste at 29 % av de hjemmeboende med demensdiagnose hadde vedtak om dagaktivitetstilbud i sin kommune. Variasjonen mellom kommunene i 2018 var stor, fra 0 til 79 %. 49 kommuner hadde en dekningsgrad på 50 % eller mer (Førland, Ambugo et al. 2020). I 2019 var den landsomfattende dekningsgraden steget til 31 % mens den i 2020 sank til 29 % (Helsedirektoratet 2022). Selv om man har vedtak om dagplass betyr ikke dette nødvendigvis at plassen blir benyttet. Særlig var dette en aktuell situasjon i pandemiåret 2020.

En kommuneundersøkelse i 2018 viste at 88 % av kommunene da oppga at de hadde dagaktivitetstilbud tilegnet og tilrettelagt for personer med demens, mens andelen i 2014 var 71 % (Helsedirektoratet 2019). Fra 1. januar 2020 ble det en lovmessig plikt for kommunene å ha dagaktivitetstilbud for hjemmeboende personer med demens. Det er en kommunal plikt å tilby, men ikke en individuell rett å motta slike dagaktivitetstilbud. **Vi kjenner ikke til data som viser om alle kommuner etter 2020 gir dette lovpålagte tilbudet.** Selv om dekningsgraden av dagaktivitetstilbud for personer med demens varierte i de elleve casekommunene i vårt utvalg, påpekte mange av informantene betydningen av slike tilbud, både for brukerne selv og som avlastning for pårørende.

Demensplan 2020, med undertittelen 'Et mer demensvennlig samfunn', er nært knyttet til Omsorg 2020-planen og skal bidra til å målrette og konkretisere de generelle demensomsorgsrettede virkemidlene i Omsorg 2020. Helsedirektoratet lanserte i 2017 en omfattende Nasjonal faglig retningslinje på demensfeltet som del av Demensplan 2020. Denne gir blant annet føringer for hvordan utredning og diagnostisering av demens bør foregå. Demensplan 2020 «skal bidra til å utvikle gode, fleksible og tilpassede kommunale helse- og omsorgstjenester med fokus på forebygging, diagnostisering til rett tid og oppfølging etter diagnose» (Helse- og omsorgsdepartementet 2015b). Styrking av tidlig innsats-tjenester er således et av det sentrale målene i planen. I en delstudie i evalueringsprosjektet er det blitt studert **hvordan demensplanen er blitt iverksatt av lokale aktører i sine kommuner**. Denne studien konkluderte med at prosessene rundt iverksettelsen av demensplanen i hovedsak framstår som en kreativ og god *samskapingsprosess* mellom personer med demens, deres pårørende og lokale kommunale aktører. Kommunen fungerte på denne måten som et eksemplarisk rom for læring, utvikling og implementering av innovative løsninger for utviklings av omsorgstilbudet til personer som lever med demens (Aguinaldo 2020).

Velferdsteknologisatsningen

Den offentlige utredningen *Innovasjon i Omsorg* (Hagen-utvalget) satte teknologi i omsorgstjenesten på dagorden ved å påpeke at det her var et særlig stort uutnyttet potensial for utvikling og bruk (NOU 2011:11). Dette er senere støttet og innlemmet i statlig

politikk (Helse- og omsorgsdepartementet 2013, Finansdepartementet 2017, Helse- og omsorgsdepartementet 2018, Finansdepartementet 2021), inkludert i Omsorg 2020-planen. Velferdsteknologi er i disse sammenhengene forstått som teknologisk assistanse som skal bidra til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og aktivitet, og som skal styrke den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og nedsatt funksjonsevne (NOU 2011:11). Satsningen settes dessuten ofte i forbindelse med utfordringer knyttet til demografiske endringer med en aldrende befolkning og i et bærekraftperspektiv på velferdsstaten. Bruk av slik teknologi settes opp som en «forutsetning for bedre og mer bærekraftige velferdstjenester i fremtiden» (Finansdepartementet 2017) og det blir påpekt at «i en del tilfeller kan velferdsteknologi fungere som et godt alternativ til et ordinært tjenestetilbud» og «bremse veksten i sektoren relativt mye» (Finansdepartementet 2021).

Det ble i 2013 etablert et nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene (*Nasjonalt velferdsteknologiprogram*). Dette er et samarbeid mellom KS, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet med over 300 deltakende kommuner. Omsorg 2020-planen understreker at «Programmet skal bidra til utvikling, utprøving og implementering av velferdsteknologiske løsninger i kommunene, kompetanseheving og opplæring, samt etablering av åpne standarder for velferdsteknologi» (s. 44). **Målet var at velferdsteknologi skulle være en integrert del av tjenestetilbudet i omsorgstjenestene innen 2020.** I september 2021 vedtok daværende regjering å videreføre velferdsteknologiprogrammet for perioden 2022-2024 og nå med særlig vekt på velferdsteknologi til barn, unge og voksne med funksjonsnedsettelser prioriteres og digital hjemmeoppfølging.

Som ledd i satsningene ledd har Helsedirektoratet fra 2015 gitt støtte til KS om videreutvikling av verktøyet *Veikart for velferdsteknologi* og *Velferdsteknologiens ABC*. Veikart for velferdsteknologi er lansert i for å gi kommunene praktisk veiledning i hvordan gjennomføre velferdsteknologiprosjekter. Velferdsteknologiens ABC er en basisopplæring og et kursopplegg for ansatte og ledere i kommunene om velferdsteknologi, tjenesteinnovasjon og hvordan man kan jobbe med velferdsteknologi.

I våre casestudier har vi særlig satt søkelys på kommunenes arbeid med velferdsteknologi som integrert del av tjenestetilbudet i omsorgstjenestene, med hovedfokus på konsekvenser for personer som mottar hverdagsrehabilitering og hjemmeboende personer med demens. Dette er to sentrale målgrupper for kommunene, samtidig som de representerer ulikheter i tilstand og sykdomssituasjon. Dessuten er det lite forskning som sammenligner disse to gruppene med hensyn til deres bruk av velferdsteknologiens konsekvenser, potensiale og begrensninger.

De vanligste velferdsteknologiske hjelpemidlene i casekommune var trygghetsalarm, GPS, komfyrvakt, elektroniske kalendere, elektroniske medisindispensere og ulike sensorer. Dette samsvarer med funn fra andre studier (Gedde, Husebo et al. 2021, Puaschitz, Jacobsen et al. 2021).
I intervjuene med brukere og pårørende snakket de fleste om trygghetsalarm. Det er særlig **fire hovedfunn som løftes frem av brukerne og deres pårørende når konsekvenser av**

mottatt velferdsteknologi ble etterspurt. Dette er oppsummert ved fire 'situasjoner'. Det er situasjoner der:

1) mestring og fortrolighet med teknologien gir økt trygghet og gjør det mulig for bruker å fortsette å bo hjemme.
2) menneskelig kontakt gir større trygghet enn bruk av velferdsteknologi.
3) teknologien ikke bidrar til at brukeren føler seg tryggere hjemme og mestrer eget liv og helse.
4) teknologi har en pasifiserende effekt på brukere.

Dette er uttrykk for parallelle prosesser og situasjoner. De er ikke gjensidig utelukkende. For noen var for eksempel punkt 1 mest framtredende, for andre punkt 3.

Det *første* hovedfunnet viser til og oppsummerer situasjoner der brukere, uavhengig av om det er hjemmeboende personer med demens eller personer som mottar hverdagsrehabilitering, føler seg rimelig trygge i sitt hjem fordi de *behersker* teknologien de har mottatt. Følgene sitat fra et intervju med bruker med demensdiagnose illustrerer mestringsfølelsen når man behersker velfersteknologien:

> «Jeg føler meg veldig trygg når jeg har denne her (viser trygghetsalarmen). For jeg spurte om jeg kunne få den. Og jeg føler meg veldig trygg når jeg har den. Hvis jeg faller, og det har jo hendt flere ganger, så piper den og da kommer de med en gang» (Hjemmeboende bruker, demens).

Sitatet er valgt ut da det illustrerer flere tilfeller i vårt utvalg der brukere har fått opplæring i å bruke velferdsteknologiske hjelpemidler og de faktisk bruker dem. Her vises det til at velferdsteknologien har potensiale til å gjøre brukerne trygge *når den tas i bruk og mestres*.

Det *andre* hovedfunnet omtaler vi som '*situasjoner der menneskelig kontakt gir større trygghet enn bruk av velferdsteknologi'.* Dette oppsummerer situasjoner der brukere og pårørende føler seg tryggere når noen ser etter brukeren, selv om man er fortrolig med og mestrer teknologien. Sitatet fra intervju med pårørende til hjemmeboende bruker med demens illustrerer en slik situasjon:

> «Det som er trygt for meg er å vite at noen har sett til henne, og ser at hun har det bra, og at hun har fått tablettene sine. Og det er litt betryggende for meg at det er noen her» (Pårørende til hjemmeboende bruker med demens).

Både personer som mottar hverdagsrehabilitering og hjemmeboende personer med demens fortalte at de føler seg trygge når de vet at noen kommer og ser til dem, enten det er et familiemedlem eller ansatte fra hjemmetjenesten. Slik menneskelig kontakt framstår som vesentlig og trygghetsskapende for disse, selv om kjenner og mestrer de velferdsteknologiske hjelpemidler de har mottatt. For disse er ikke kjennskapen og mestringen tilstrekkelig. Dette kan være uttrykk for en viss skepsis til teknologiens trygghetsskapende potensiale opp mot tryggheten som menneskelig tilsyn og bistand representerer. Flere av informantene i vårt utvalgt, særlig brukere som bor alene, gav uttrykk for ensomhet og et ønske om mer sosial kontakt.

Det *tredje* hovedfunnet som vi omtaler som *'situasjoner der teknologien ikke bidrar til at brukeren føler seg tryggere hjemme og mestrer eget liv og helse'. Funnet* oppsummerer tilfeller der brukeren er opptatt av teknologiens begrensinger og at dette skaper utrygghet. Det inkluderer også situasjoner der bruker, grunnet kognitiv svikt, ikke er i stand til å benytte

seg av teknologien. Det siste er særlig tilfelle for brukere med demens som kan glemme at de har fått utdelt velferdsteknologiske hjelpemidler eller hvordan de skal forholde seg til dem. Hjemmeboende personer med demens, grunnet sine utfordringer knyttet til sin kognitive tilstand, kan ha vansker med å tilegne seg *ny* kunnskap og ferdigheter, for eksempel hvordan en trygghetsalarm skal håndteres eller hvorfor sensorer aktiveres i bestemte situasjoner. Men også flere brukere uten kognitiv svikt opplevde at teknologien ikke gav dem mestringsfølelse og trygghet i hverdagen. Dette samsvarer med funn fra en annen norsk studie rettet mot personer med demens og deres pårørende (Puaschitz, Jacobsen et al. 2021). Noen brukere var opptatt av at trygghetsalarmen kun virket innenfor husets fire vegger og ikke utenfor boligen, noe som gjorde dem skeptiske til bruken og nytten av den. En av brukerne i vårt utvalg som nylig hadde kommet hjem etter et lengre sykehusopphold og var i gang med hverdagsrehabilitering, fortalte at han ikke torde å gå ut når kona ikke var i nærheten nettopp fordi at han visste at alarmen ikke ville virke utenfor huset. En annen hadde opplevd å falle utenfor huset sitt og da ikke kunne benytte seg av alarmen grunnet dens begrensede virkeområde/omfang. Flere av de pårørende vi intervjuet etterlyste mer avansert teknologi med større rekkevidde og flere funksjoner for sine eldre familiemedlemmer.

Det *fjerde* hovedfunnet viser til *situasjoner der teknologi framsto som pasifiserende på brukere*. Brukeres og pårørendes erfaringer med velferdsteknologi i vårt materiale tyder også på at den for noen kan ha en slik pasifiserende effekt, særlig for brukere som mottar hverdagsrehabilitering. Dette skjer når brukere lener seg for mye på teknologien i stedet for å bruke egne ressurser. Da kan teknologien virke mot sin hensikt.

Viktige konklusjoner i delstudien er at teknologien i seg selv ikke er tilstrekkelig for å gi brukerne en følelse av trygghet og mestring. Snarere tyder vår studie på at det er samspillet mellom brukere, pårørende, hjemmetjenesten og den tilførte teknologien som kan gjøre brukerne trygge i egne hjem.

Velferdsteknologiens nytteverdi og konsekvenser for ansatte og kommunen. I tillegg til velferdsteknologiens nytteverdi for brukerne og pårørende utforsket intervjuene teknologiens nytteverdi for ansatte, tjenestene og kommunen. Ansatte og ledere uttrykte at det var en omfattende pågående satsing på bruk av velferdsteknologi i casekommunene og at det var store forventninger til dens potensial knyttet til effektivisering av tjenesten og økonomiske besparelser. Ansatte i tjenestene rapporterte imidlertid at teknologien ikke tas i bruk i tilstrekkelig grad og de omfattende ressursene som brukes til utstyr og opplæring i en del tilfeller kan oppleves som bortkastet. En begrensing ved vår studie er at vi kun intervjuet ansatte og ledere i team og tjenester som representerer særlige kommunale satsninger. Det er sannsynlig at disse er mer opptatt av og positive til myndighetenes velferdsteknologisatsing enn ansatte i de tradisjonelle omsorgstjenestene i hjemmesykepleien og på sykehjemmene.

Den siste fasen av delprosjektets datainnsamling foregikk på forsommeren 2020, under den første fasen **Covid-19 utbruddet** i mars 2020. Våre informanter gav uttrykk for at **teknologi som fremmer sosial kontakt og samarbeid hadde fått et plutselig løft**, særlig videokommunikasjonsteknologi. Ansatte fortalte om at pågående smitteregimer og antallsbegrensninger gjorde at mye møtevirksomhet nå måtte foregå digitalt. Også digitale

møter med brukere av omsorgstjenester hadde økt noe, men her ble manglende digitale ferdigheter og utstyr hos brukerne trukket fram som fortsatt begrensende for mer bruk. Det var særlig i tilfeller med lange geografiske avstander og i møte med yngre brukere at videokommunikasjonsteknologi var tatt i bruk. Det ble videre trukket fram at slik teknologi kan fungere godt når det dreide seg om enkel veiledning og kommunikasjon, mens mer avansert instruksjon og utredning fordrer fysiske møter og observasjoner på stedet. Ansatte tror at videokommunikasjonsteknologi er kommet for å bli for å effektivisere møtevirksomheten både intern i kommunen, med eksterne samarbeidspartnere og at den i økende grad også vil gjøre seg gjeldende i kommunikasjonen med brukerne.

Forebyggende hjemmebesøk til eldre

Forebyggende hjemmebesøk til eldre er et eksempel på en særlig tidlig innsats i omsorgstjenestene ettersom tilbudet hovedsakelig retter seg mot eldre som ennå ikke har søkt om og mottatt kommunale omsorgstjenester. Dette er «oppsøkende besøk i regi av kommunen til eldre personer som ikke har (eller har begrensede) kommunale helse- og omsorgstjenester fra før, med formål å forebygge sykdom og skade, samt understøtte helse, funksjonsevne og deltakelse» (Førland and Skumsnes 2017). Besøkene kan ha noe ulik profil fra kommune til kommune. Det kan være besøk for å avdekke helse- og funksjonssvikt og hjelpebehov, forebygge skader og ulykker, gi helserådgivning og informasjon om aktuelle tjenester og være en ressursfokusert helsesamtale. 8 % av kommunene tilbød forebyggende hjemmebesøk i 2008 og dette hadde steget til 24 % i 2013 (Førland, Skumsnes et al. 2015). En ny norsk studie tyder på at forebyggende hjemmebesøk slik det blir praktisert i Norge er samfunnsøkonomisk lønnsom. Etter kontroll av forskjeller i kommunene fant forskerne at kommunene med forebyggende hjemmebesøk hadde lavere bruk av sykehjem, lavere innleggelsesrate og kortere liggetid i sykehus samt lavere dødelighet blant eldre over 80 år (Bannenberg, Førland et al. 2021).

Departementet sendte i 2016 ut et rundskriv (Helse- og omsorgsdepartementet 2016) og Helsedirektoratet publiserte i 2017 en veileder (Helsedirektoratet 2017), for å stimulere kommunene til å etablere tilbudet. Tilbudet er ikke lovpliktig for kommunene i Norge, slik det er i Danmark.

Flere av informantene i våre casestudier arbeidet med forebyggende hjemmebesøk til eldre, enten på heltid (i store kommuner) eller i deltid kombinert med andre oppgaver. Besøkende hadde ofte preg av å være en dialogpreget samtale om helse, ernæring, fysisk aktivitet, boligsituasjon, sosiale tilbud i kommunen, og hvis behov også om kommunens tilbud om frisklivssentral, hjelpemidler og velferdsteknologi. Selv om mange av temaene var gjennomgående i dialogene la de vekt på å tilpasse dem til aktuell situasjon og behov. Alderdomsplanlegging i forhold til bolig var eksempel på et slik tema: «I besøkene kommer vi ofte inn på bosituasjonen deres. Jeg forsøker på en måte å få dem til å tenke framover, ansvarliggjøre dem og gi boligrådgivning». Disse informantene mente at en viktig effekt av besøkene er at kommunens får et ansikt og at de eldre får en tidlig kontaktperson som de seinere kan ta kontakt ved framtidige behov eller spørsmål. Deres inntrykk var et dette kunne bidra til større trygghet. Det vanligste var å tilby ett besøk en gang, for eksempel ved fylte 75 eller 80 år. Noen kommuner gav også tilbud om oppfølgende besøk.
Slike besøk kunne være ressurskrevende å gjennomføre. Informanter påpekte at **det er et åpenbart dilemma mellom å bruke ressursene på slike forebyggende tiltak når det**

samtidig er strøm av søknader og forespørsler om omfattende behov for bistand. En informant uttrykte dette slik: «Vi jobber veldig mye med å ta unna alle henvendelsene som kommer fra søkere med tydelige behov og som åpenbart trenger hjemmesykepleie eller andre hjemmetjenester. Dette er 'brannslukningsarbeid' og noe vi faktisk må prioritere framfor det mer forebyggende». Dilemmaet og samtidighetskonflikten mellom å drive med forebygging (for eksempel forebyggende hjemmebesøk til eldre) og tidlig innsats (for eksempel hverdagsrehabilitering) for 'de mange' *og samtidig* kompenserende omsorgstjenester over dem med omfattende behov ble trukket fram av mange i intervjuene. Begge deler framstår som ressurskrevende virksomheter for kommunene.

Forholdet mellom nasjonale og kommunale omsorgsplaner

I tillegg til intervjumateriale fra de elleve casekommunene har prosjektet analysert data fra nasjonal survey med svar fra 277 kommune om **hvorvidt og hvordan prioriterte områder i Omsorg 2020-planen gjenspeiles i kommunenes prioriterte områder i sine lokale omsorgsplaner**. En artikkel om dette er under arbeid og ble resultater ble lagt fram på *The fourth workshop of the Nordic Network for Health Policy, Health Management, and Health Services Research* i mai 2021. Foreløpige analyser viser et samsvar mellom nasjonal og lokal satsning på hovedtemaene 'faglig utvikling', 'involvering av brukere', 'forebygging, tidlig innsats og mestring', 'velferdsteknologi/e-helse' og 'omsorgsboliger/tilrettelagte boliger'. Hovedtemaene 'Innovasjon' og 'involvering av pårørende og frivillige' synes å være mindre vektlagt lokalt enn nasjonalt. Det er særlig strategier for tidlig intervensjon, forebygging, mestring, aktivitet, rehabilitering synes å ha spredt seg og fått en fremtredende posisjon i de lokale omsorgsplanene.

4.4 Diskusjon/årsaks-evaluering

Omsorg 2020-planen er uttrykk for lange endringsprosesser i omsorgstjenestene i kommunene. Det er derfor vanskelig å sette opp en klar og entydig tidslinje for virkninger av de skisserte tiltakene *før* (baseline) og *etter* planens iverksettelse. De lengre utviklingslinjene kan kort skisseres slik: Stortingsmelding *Mestring, muligheter og mening* fra 2006 poengterte at den største behovsveksten i omsorgstjenestene først ville komme om 15-20 år, og at regjeringen derfor så det som spesielt viktig å utnytte perioden fram mot 2020 til å forberede og gjennomføre en gradvis utbygging av tjenestetilbudet gjennom å «gjøre investeringer som både kan redusere behovsveksten gjennom forebyggende tiltak og effektivisere driften gjennom et langsiktig utviklingsarbeid» (Helse- og omsorgsdepartementet 2006). Denne meldingens tiltak ble oppsummert i Omsorgsplan 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet 2008). I 2011 kom NOU-en Innovasjon i omsorg la stekt vekt på å tenke nytt i omsorgssektoren, underforstått at dette er en sektor i bakevjen når det gjelder innovasjon. NOU-en preget stortingsmeldingen Morgendagens omsorg (Helse- og omsorgsdepartementet 2013) og i den etterfølgende Omsorg 2020-planen. Disse strategiene og planene har i økende grad vektlagt forebygging, mestring, tidlig innsats, rehabilitering og innovasjon i omsorgssektoren.

Våre funn fra de elleve casekommunene, sammenholdt med annen forskning på sektoren, tyder på at disse strategiene for å redusere behovsveksten ikke har ført til en omsorgssektor tjenestemessig balanse. Nå ved inngangen til en periode med økende aldring **framstår tjenestene fortsatt som ressursmessig presset i møte med behovsveksten,** til tross for at sektoren har vokst etter 2015. Disse trekkene bekreftes gjennom annen forskning og utredning (Riksrevisjonen 2018, Andrews, Tjerbo et al. 2021, Førland O., Skutle et al. 2021). Kommunene og deres ansatte står i en **samtidighetskonflikt** mellom å kanalisere ressurser til forebyggende og tidlig innsats tiltak, *samtidig* som behovet for kompenserende omsorgstjenester til dem omfattende behov må møtes. Økende aldring i befolkningen og økende behovsvekst blant yngre med omfattende omsorgsbehov vil forsterke dilemmaet i årene som kommer.

Vi har identifisert **en tydelig ambisjon i kommunene fra ansatte generelt og ledere spesielt om å styrke mestringstilnærminger i møte med brukerne og om å prioritere forebyggende, rehabiliterende og tidlig innsats-tjenester**. Mer bruk av velferdsteknologi er del av denne ambisjonen. Våre studier kan tyde på at det har foregått en reell dreining av *tenkningsgrunnlaget* i omsorgstjenestene mot mer vekt på mestring, rehabilitering og ansvarliggjøring av brukerne (Ambugo, Dar et al. 2022). Like fullt er det fortsatt et åpent spørsmål om hvor sterk denne dreiningen er, hvilke deltjenester som er preget av den og om den også er integrert i de ordinære hjemmetjenestene/hjemmesykepleie som er den mest omfattende delen av hjemmetjenestene. Det er videre et spørsmål om retorikk som framkommer gjennom ansatte- og lederintervjuer kan være uttrykk for ambisjoner snarere enn realiteter (Førland O., Skutle et al. 2021). Retorikk og reelle prioriteringer over tid henger imidlertid ofte sammen (Haldar, Ødemark et al. 2020), og vi kan kanskje forvente en økt realisering av de uttalte statlige og kommunale ambisjonene i årene som kommer. Hvorvidt det har foregått en reell dreining mot flere forebyggende tjenester i omsorgssektoren i kommunene er vanskelig å tallfeste. Vi mangler for eksempel oppdaterte tall som kan vise om flere kommuner nå tilbyr **forebyggende hjemmebesøk til eldre**. I 2013

gjaldt dette for 24 % av kommunene (Førland, Skumsnes et al. 2015). Ny forskning tyder på at den norske modellen for forebyggende hjemmebesøk til eldre er samfunnsøkonomisk lønnsom (Bannenberg, Førland et al. 2021). Det hatt en vekst i kommunene etter 2015 når det gjelder forebygging og mestringstilbud i regi av **frisklivssentraler**. 60 % av kommunene hadde dette i 2019 (Thonstad, Ekornrud et al. 2020). I 2020 var prosentandelen steget til 66 % (Statistisk sentralbyrå 2022).

Mer generelle tall viser at andel av eldrebefolkningen over 80 år som bruker hjemmetjenester i perioden 2015-2020 har gått ned fra 33 til 29 %. Likeså har andelen 80 år og over som er beboere på sykehjem gått ned fra 13,6 til 11,4 % (Statistisk sentralbyrå 2022). Dette er sannsynligvis ønskede utviklingstrekk for statlige myndigheter. Om nedgangen primært skyldes myndighetenes økte vekt på forebygging og rehabilitering eller andre helse- og samfunnsforhold er komplisert å besvare og vil kreve mer spesifikk forskning.

Tilbudet om hverdagsrehabilitering har hatt en sterk økning etter 2015 og ¾ deler av kommunene hadde etablert denne eller lignende tjeneste i 2019. Dette innebærer at særlig eldre med funksjonsfall nå har fått en betydelig utvidet hjemmebasert rehabiliteringstilbud. Mye tyder på at denne nye intervensjonen har **varierende innhold og ulik organisering** i kommune-Norge (Langeland, Førland et al. 2016). Data fra de elleve casekommunene bekrefter dette (Ambugo, Dar et al. 2022). Variasjonen er blant annet knyttet til varighet av tilbudet (fra til 4 uker til 3 måneder), rehabiliteringsintensiteten (daglig eller sjeldnere), kriterier for utvelgelse av brukere (hvem som kan få innvilget hverdagsrehabilitering) og ansattes kompetanse (fra ansatte med mer generell helsefaglig kompetanse til ansatte med spesialkompetanse innenfor rehabilitering). Noe av denne variasjonen kan forklares med at hverdagsrehabilitering er en relativ ny tjeneste og at kommunene har brukt tid på å prøve ut ulike måter og modeller å drive tjenesten på.

Det er utviklet svært ulike modeller og lokale løsninger for organisering av tjenesten og for sammensetning av fagkompetansen i disse teamene. Slik tjeneste-heterogenitet ble påvist allerede i den første nasjonale evalueringen fra 2016 (Langeland, Førland et al. 2016) og heterogeniteten blir bekreftet i vår casestudie (Ambugo, Dar et al. 2022). Tuntland and Ness (2021) hevder at intervensjonen i mange kommuner er blitt utvannet, og blandet sammen med andre tjenester til hybride og løst definerte kommunale tilbud. De mener at det trolig er minkende implementeringslojalitet[7] (Carroll, Patterson et al. 2007) omkring hverdagsrehabilitering i norske kommuner.

Bildet som tegner seg fra våre casekommuner er i tråd med en slik analyse. Vi finner at disse kommunene har utviklet en rekke tidlig-innsats tjenester, men at de er lite homogene i forhold standardiserte faglige beskrivelser og definisjoner. De framstår nettopp som lokale tilpasninger og hybride løsninger som kombinerer ulike tilbud, for eksempel vurderingsteam, mestringsteam og hverdagsrehabilitering.

Norske kommuner er svært ulike i størrelse og organisering og det er lange tradisjoner for stor kommunal frihet for å lokaltilpasse tjenestene. Dette gir seg utslag i stor kommunal variasjon i omsorgstjenestenes tjenestetilbud (Førland, Ambugo et al. 2020). Variasjonene

[7] 'Implementation fidelity' som uttrykk for i hvilken grad tjenester implementeres som intendert.

kan både være uttrykk for forståelige tilpasninger til kommunenes reelle ulikheter, men også som uttrykk for ulikheter i grad av innovasjon og nytenkning. En statlig veileder på hverdagsrehabiliteringsfeltet kan utgjøre et nødvendig faglig utgangspunkt for lokale tilpasninger.

Det kan hevdes at dersom hverdagsrehabilitering faktisk fører til at flere på kort- og mellomlang sikt får bedre funksjonsnivå, slik noen norske studier viser (Tuntland, Kjeken et al. 2017, Langeland, Tuntland et al. 2019), så kan det spare kommunene for ressursinnsats (Kjerstad and Tuntland 2016) som kan komme de med langvarige omsorgsbehov til gode. Det kan også hevdes at hverdagsrehabiliteringens tydelige vekt på brukermedvirkning og det å stimulere personens mestringsressurser representer en utvikling i retning av mer personsentrerte helse- omsorgstjenester.

Den stigende retoriske vektleggingen på mestring og rehabilitering kan, som vi har påpekt foran, medføre en mulig **forventningskonflikt** ved at brukere som forventer bistand blir møtt med forventninger om å trene og bli rehabilitert. Studier fra Danmark har vist at eldre kan føle seg presset til å leve opp til personalets ideal om mestring og selvhjulpenhet og etterlyser større hensyntagen til at de befinner seg i en sårbar situasjon med behov for kompenserende hjelp (Hansen, Eskelinen et al. 2015). Tjenestene kan være mest fokusert på fysisk selvhjulpenhet, mens brukeren og pårørende kan være mer opptatt av å ikke være ensom og utrygg og kan oppleve det som et trygghetstap om omsorgstjenesten trekker tilbake sin oppfølging etter et rehabiliteringsforløp. En annen dansk studie viste at noen brukere med hverdagsrehabilitering kan føle sin rettsstilling mer diffus ettersom tilbudet er av tidsbegrenset varighet (Rostgaard and Graff 2016). Brukere kan mangle motivasjon eller kan oppleve å ikke ha krefter til gjenopptrening. Dette fordrer et godt skjønn med innsiktsfulle vurderinger om når og for hvem rehabilitering er hensiktsmessig (Ambugo, Dar et al. 2022).

Innovasjoner med tidlig innsats i demensomsorgen: Omsorg 2020-planen la opp til en styrking av de hjemmebaserte tjenestene til personer med demens generelt og tidlig innsats tjenester spesielt. Våre data tyder på at kommunene som har fått midler og deltok i Helsedirektoratets prosjekt på dette tjenesteområdet har utviklet slike proaktive tidlig innsats-tjenester og at dette har bidratt til en større systematikk og kontinuitet i den første oppfølgingen etter demensdiagnose. Evalueringen av prosjektet "Systematisk oppfølging etter demensdiagnose" konkluderer med at tidlig oppfølging har en effekt og bedrer livskvaliteten til personer med demens og deres pårørende og at kommunene derfor bør stimuleres til å innføre modeller for dette. For å få dette til bør det utvikles standarder for innhold og omfang, opplæringspakker og opplegg for veiledende kompetansemiljøer. Evalueringen trekker fram at det rimelig å anta at det bør etableres tydeligere økonomisk incitament for kommunene dersom slik tidlig oppfølging etter demensdiagnose skal spre seg i norske kommuner (Kirkevold 2020).

I den nasjonale kartleggingen av tjenestetilbud til personer med demens i 2018 (Helsedirektoratet 2019) oppgav 55 % av kommunene at de hadde faste rutiner/modeller for systematisk oppfølging av hjemmeboende personer med demens og deres pårørende etter at demensdiagnosen er stilt. De fleste oppga at dette dreide seg om regelmessige besøk hver 6. eller 12. måned. I underkant av 40 % av kommunene hadde rutiner som innebar at

personer med en demensdiagnose ble tilbudt en individuell koordinator/kontaktperson uavhengig av omfang av hjelpebehov (Helsedirektoratet 2019). Betydningen av slike kontaktpersoner/primærkontakter ble understreket i våre intervjuer.

Dagaktivitetstilbud for personer med demens er et mellomledd mellom tidlig innsats tjenester og kompenserende tjenester, i tillegg til å utgjøre tiltak for å avlaste pårørende og bidra til å forhindre eller utsette sykehjeminnleggelse. Her har virkemidlene for etablering være sterke og tydelige, gjennom omfattende økonomiske incentiver over flere år og gjennom lovpålegget fra 2020. Selv om dekningsgraden for tilbudet varierte i de elleve casekommunene i vårt utvalg, påpekte mange av informantene betydningen av slike tilbud, både for brukerne selv og som avlastning for pårørende. Som nevnt viste registerdata fra 2020 at 29 % av de hjemmeboende med demensdiagnose hadde vedtak om dagaktivitetstilbud i sin kommune. Hva som er ideell dekningsgrad, er uklart og bør utredes nærmere. Kommuner i Norge som ikke har, eller som har et svært lavt nivå av tilbudet, har i henhold til lov og faglige anbefalinger et mangelfullt tjenestetilbud på dette området, med potensielt negative konsekvenser for demensrammedes og pårørendes livskvalitet.

Både de nye tilbudene om dagaktivitet, tidlig oppfølging og andre tiltak på demensfeltet er spesifikt knyttes til at en demensdiagnose foreligger. Det er imidlertid mange hjemmeboende med demens som ikke er blitt diagnostisert med demensdiagnose medisinsk sett (Wergeland, Selbæk et al. 2014). **Det å knytte tjenestetilbud så sterkt til diagnose er på bakgrunn av dette uheldig.** En slik forutsetning fører til at mange med demens i realiteten vil falle utenfor tilbudet om slik kommunal oppfølging (Kirkevold 2020). Det kan være flere gode grunner til at personer med demens ikke ønsker å bli utredet for demens. Like fullt kan tidlig oppfølging, dagaktivitetstilbud og andre tilbud som forutsetter demensdiagnose være ønskelig for dem og deres pårørende.

En kartlegging fra 2019 viste at 79 % av kommunene hadde etablert egne hjemmebaserte demensomsorgsteam. To tredjedeler av kommunene ble kategorisert som å ha 'høy tilgjengelighet av spesialiserte hjemmetjenester'. Dess større kommunen var dess mer spesialiserte tjenester (Rostad, Skinner et al. 2020). Den samme studien påviser at det er en tendens til **økende spesialisering og teamorganisering** i norske hjemmetjenester, blant annet knyttet til demensomsorg, rehabilitering, forebyggende hjemmebesøk, kreftomsorg, palliativ omsorg, rusomsorg, psykisk helse, velferdsteknologi etc. Våre data viser at det er en pågående diskusjon i kommuner om fordeler og ulemper ved slik spesialisering. Spesialisering fører ofte til økt kompetanse blant de ansatte, men kan også medføre utfordringer når brukerne da gjerne må forholde seg til flere instanser og når spesialteamene skal samarbeide seg imellom.

Noen av brukerne og de pårørende i vårt utvalg etterlyste mer individuelt tilpassete tjenester og mer kontinuitet i tjenestene særlig når det kommer til antall personer som leverer tjenester til bruker. Dette synes å være særlig viktig for brukere med demensdiagnose som ofte har vanskeligheter med å forholde seg til mange ulike ansatte. **Betydningen av faste kontaktpersoner/primærkontakter**, både i de regelmessige oppfølgingssamtalene i tidlig fase og i den daglige oppfølgingen fra hjemmesykepleien når behovet er omfattende, er kjent fra annen forskning og utredning (Gjevjon 2015, Kirkevold 2020).

Studier viser til en **økende satsning på velferdsteknologiske løsninger i omsorgssektoren i Norge** (Knarvik, Rotvold et al. 2017, Breivik, Rotvold et al. 2019, Haukelien 2020, Førland O., Skutle et al. 2021, Rostad and Stokke 2021). Våre funn fra ansatte og ledere i casekommunene bekrefter at det er sterk oppmerksomhet omkring velferdsteknologi. Dette er i samsvar med Omsorg 2020 og andre nasjonale politiske dokument. Sentrale myndigheter har i perioden lansert Veikart for velferdsteknologi, Velferdsteknologiens ABC og Kvikk-guide til velferdsteknologi. Dette er virkemidler som utvilsomt har bidratt til å spredning av velferdsteknologi i kommunene. Målet om at velferdsteknologi innen 2020 skulle være en «integrert del» av tjenestetilbudet i omsorgstjenestene er imidlertid for lite konkret til at det er mulig å konkludere tydelig om måloppfyllelse. Hva vil det si at velferdsteknologi er integrert? Er det integrert når *alle kommuner* tilbyr en eller flere velferdsteknologiske hjelpemidler, når *alle tjenestemottakere* har fått tilbud om velferdsteknologi, når dem som ønsker å ta imot velferdsteknologi har fått den installert eller først når disse har tatt i bruk teknologien? Tilgang og bruk er to forskjellige ting som ofte blir blandet sammen. Det er ingen selvfølge at teknologi som er installert blir tatt i bruk.

I en evaluering av virkemidlene i Nasjonalt velferdsteknologiprogram fant man at 80 % av kommunene i Norge hadde vært med, eller var med, i prosjekter som skulle ta i bruk velferdsteknologiske løsninger (Breivik, Rotvold et al. 2019). Rostad and Stokke (2021) konkluderer på sin side, på basis av en kommunekartlegging fra 2019, at omfanget av satsningen varierer mye fra kommune til kommune og mer preges av å være utprøvinger enn integrerte tilbud rettet mot alle som kan ha nytte av slik teknologi. De skriver: "Municipal practices still seem dominated by piloting, and welfare technologies are not fully integrated into long-term care services". Videre konkluderes det med at: "Innovation with welfare technology appears top-down and is influenced by national policy" (Rostad and Stokke 2021).

Kvalitative studier med data fra Norge om *brukeres og pårørendes* erfaringer viser til at **slik teknologi oppleves dels som nyttig, dels som mindre nyttig og dels som unyttig og fremmedgjørende** (Isaksen, Paulsen Kaia et al. , Berge 2017, Holthe, Jentoft et al. 2018, Stokke 2018, Karlsen, Moe et al. 2019), hvilket er i samsvar med funn fra internasjonale systematiske litteraturgjennomganger (Karlsen, Ludvigsen et al. 2017). Vårt kvalitative materiale tyder på at **velferdsteknologi i seg selv ikke er tilstrekkelig for å gi brukerne en følelse av trygghet og mestring. Det er *samvirket* mellom brukere, pårørende, hjemmetjenesten og den tilførte teknologien som kan gjøre brukerne trygge i egne hjem.** Betydningen av slikt samvirke mellom understrekes også av annen forskning, knyttet til forskning på bruk av trygghetsalarmer(Tøndel 2018, Stokke, Hellesø et al. 2019, Stokke, Melby et al. 2021).

Våre intervjuer med brukere, pårørende og ansatte innenfor demensomsorgen understreker kjent kunnskap om at **særlig personer med demens har utfordringer med å tilegne seg ferdigheter som kreves i møte med velferdsteknologi** (Holthe, Jentoft et al. 2018). En nasjonal kartlegging på demensomsorgsfeltet fra 2018 viste at 84 % av kommunene oppga at de tilbød digital trygghetsalarm, 44 % varslings- og lokaliseringsteknologi med GPS-lokalisering og 39 % tilbød digitalt tilsyn og sensorteknologi til hjemmeboende personer med demens (Helsedirektoratet 2019). Tallene gir et overblikk om hva som tilbys, men ikke om

hvordan det fungerer eller hvor mange innenfor denne målgruppen som bruker slik teknologi.

Både Omsorg 2020-planen og andre politiske dokument uttrykker stor optimisme på velferdsteknologiens vegne som redningsplanke mot kostnadsveksten i omsorgssektoren. Realismen i denne optimismen kan og bør diskuteres. **Det er et svært komplisert regnestykke å beregne de totale kostnadene, så vel som gevinstene,** både med hensyn til kommuneøkonomi, samfunnsøkonomi og omsorgskvalitet. Den økonomiske kostnadssiden har både en statlig og en kommunal del.

Den statlige delen dreier seg om særlig om drift av Nasjonalt Velferdsteknologiprogram og dens virkemidler. Dette er et omfattende samarbeid mellom KS, Direktoratet for e-helse, Helsedirektoratet og nå over 340 kommuner.
Den kommunale delen dreier seg om kostnader knyttet implementering, organisering, infrastruktur og daglig drift av slik teknologi. De mest sentrale delene av teknologien, som trygghetsalarmene, elektronisk medisineringsstøtte og sensor-, varslings- og lokaliseringsteknologi krever mye og ny oppfølging. Eksempler på dette er utplassering, vedlikehold og oppdatering av det tekniske utstyret, oppbygging av et nytt mottaksapparat med vaktsentral og responssenter og oppæring av brukere og helsepersonell. I tillegg til dette kommer tidsbruken for personellet som rykker ut til brukerne, enten alarmene er reelle eller utløst ved feil. Andrews, Tjerbo et al. (2021) har vist til lignende bekymring i kommuner for økte kostnader til bruk og vedlikehold av teknologiske løsninger, inkludert utgifter til leverandører, leasing og lisenser, og at dette er underkommunisert og for lite debattert. Det kan på den annen side argumenteres for **at velferdsteknologi demper utgiftsveksten som ellers ville vært enda større, snarere enn å redusere de totale kommunale utgiftene**.

Videre kan det argumenteres for at **slik teknologi kan bidra til kvalitativt bedre tjenester gjennom tettere oppfølging** fra kommunen og større trygghet for brukerne og pårørende med utsettelse av institusjonsinnleggelse. **Men slik tettere oppfølging kan vise seg å være kostnadsdrivende nettopp fordi den krever oppfølging med et nytt organisasjonsapparat fra kommunen, *i tillegg* til at mange av de ordinære tjenestene uansett må fortsette.** Teknologien kommer ofte kommer i tillegg til de ordinære tjenestene, ikke som en erstatning. Selv med slik teknologi vil nemlig grunnleggende behov, for eksempel knyttet til hygiene, det å få stelt seg, mat og drikke, mentale og fysiske helseutfordringer etc. kreve fortsatt betydelig personelloppfølging i hjemmene. Teknologien erstatter lite av dette, men kan gi tettere oppfølging. En gjennomgang og vurdering av velferdsteknologi i norske kommuner viste at. Noen har også satt spørsmålstegn ved om teknologien faktisk bidrar til ressurssparing, eller om det skjer en oppgaveforskyvning over på pårørende og ansatte i førstelinjen (Haukelien 2020).

Ikke bare grunnleggende pleie, men også opptrening og rehabiliteringstjenester, for eksempel hverdagsrehabilitering, vil fortsatt være personellintensiv, selv om man her i større grad kan kombinere ansikt-til-ansikt veiledning med digital veiledning. Noen av våre informanter påpekte slike nye digitale muligheter, særlig i kommuner med geografisk lange avstander.

Velferdsteknologiens konsekvenser for omsorgskvaliteten, både positive (som tettere og hyppigere oppfølging) og negative (som mindre ansikt-til-ansikt kontakt) er del av et ikke-økonomisk regnestykke, men som bør være en del av grunnlaget når gevinstrealisering skal beregnes. Like ens de **uintenderte belastninger og stigma** som bruk av slik teknologi kan forårsake. Elektroniske medisindispensere kan framstå som et synlig uttrykk for hukommelsesproblemer og dette kan oppleves ubehagelig for noen. Trygghetsalarmen kan framstå som det nye symbolet for alderdom og skrøpelighet. Dessuten; brukere, for eksempel personer med begynnende demens, kan framstå som «hjelpeløse» fordi de ikke mestrer ferdighetene som kreves for å forholde seg til den nye teknologien (Haukelien 2020). Velferdsteknologi som ikke mestres kan forsterke et teknologisk utenforskap. Dette er del av det ikke-økonomiske kostnadsbildet.

4.5 Konklusjoner

I tråd med Omsorg 2020-planen viser datamaterialet fra de elleve casekommunene en tydelig ambisjon fra ansatte og ledere om å styrke mestringstilnærminger i møte med brukerne og om å prioritere forebyggende, rehabiliterende og tidlig innsats-tjenester. Disse prosessene er særlig knyttet til tidlig oppfølging etter demensdiagnose, annen tjenesteutvikling på demensområdet og til tidlig oppfølging etter funksjonsfall (hverdagsrehabilitering). Dette var forventede funn ettersom disse kommunene deltok i og hadde fått prosjektmidler på demensområdet og dessuten hadde etablert tilbudet hverdagsrehabilitering. I disse kommunene har Omsorg 2020 har bidratt til at nye løsninger er tatt i bruk.

På demensområdet har casekommunene utviklet proaktive tidlig innsats-tjenester som har bidratt til en større systematikk og kontinuitet i den første oppfølgingen etter demensdiagnose. Andre datakilder referert til tidligere i dette kapittelet tyder på at dette bildet er mer blandet nasjonalt. Til tross for satsningene under Demensplan 2020 og at det i 2017 ble lansert generelle faglige retningslinjer på demensfeltet tyder dette på at en rekke kommuner trolig ikke har rutiner for systematisk oppfølging av denne store målgruppen. For å øke spredningen av slike modeller og rutiner bør det utvikles nærmere standarder for innhold og omfang, opplæringspakker, støtteopplegg fra veiledende kompetansemiljøer, samt utvikles økonomisk incitament, jfr. evalueringen fra Kirkevold (2020). Betydningen av faste kontaktpersoner/primærkontakter/individuell koordinator, både i den første oppfølgingsperioden og i den etterfølgende perioden med større behov og daglig oppfølging er et sentralt funn fra våre intervjuer. Dette er kjent fra annen forskning og er dessuten en tydelig anbefaling i den nasjonale faglige retningslinjen. I Helsedirektoratets nasjonale kartlegging fra 2018 oppgav kun 40 % av kommunene at de hadde dette (Helsedirektoratet 2019).
En rekke tilbud i demensomsorgen er knyttet til det å ha fått en demensdiagnose. Dette er uheldig fordi en slik forutsetning medfører at mange med demens i realiteten vil falle utenfor disse gode tilbudene.

For de direkte forebyggende tjenestene har virkemidlene i Omsorg 2020 vært forholdsvis svake, begrenset til statlige faglig veiledere og tidsavgrensede prosjektmidler tilgodesett til få kommuner. Sterkere og faste økonomiske incentiver eller øremerkede midler og lovpålegg om bestemte tjenester har vært fraværende. Kun 24 % av kommunene hadde i 2013 etablert **forebyggende hjemmebesøk til eldre**. Det finnes ikke data som viser hvor mange kommuner som tilbyr dette i nå eller hvor store andeler de eldre aldersgruppene som får og tar imot dette tilbudet.

2/3 deler av kommunene har etablert **frisklivsentraler** for personer som har eller står i fare for å utvikle sammensatte og langvarige helseplager (Statistisk sentralbyrå 2022). Flere kommuner har etablert egne treningstilbud til eldre innbyggere utenfor frisklivssentralene, for eksempel fallforebyggende kurs eller hjemmeoppfølging. Det er imidlertid ikke individbaserte data som viser hvor mange som mottar slike ulike tidlige innsats-tjenester. Helsedirektoratet anbefaler etablering av frisklivsentraler i kommunene og således utgjør en integrert del av det samlede helsetilbudet (Helsedirektoratet 2016). Dette målet er ikke nådd i mange kommuner. Virkemidlene for å fremme det kommunale frisklivstilbudet har vært forholdsvis svake.

Vår vurdering er at de statlige virkemidlene for **hverdagsrehabilitering** også har vært forholdsvis svake. Heller ikke her er det etablert faste økonomiske incentiver, øremerkede midler eller lovpålegg. For denne tjenesten er det ikke en gang utviklet en statlig veileder. Virkemiddelet har i hovedsak begrenset seg til retorisk støtte gjennom stortingsmeldinger og Omsorg 2020-planen. Likevel har tilbudet om hverdagsrehabilitering hatt en sterk økning etter 2015 og ¾ deler av kommunene hadde etablert denne eller lignende tjeneste i 2019. Vår vurdering er at spredningen hovedsakelig har skjedd mellom kommunene selv, som faglige nedenfra-prosesser, uten sterke statlige virkemidler. Spredningen har ført til at eldre med funksjonsfall nå har fått en betydelig utvidet hjemmebasert rehabiliteringstilbud. Den sterke vektleggingen på mestring og rehabilitering kan medføre en mulig **forventningskonflikt** ved at brukere som forventer bistand blir møtt med forventninger om å trene og bli rehabilitert.

Virkemidlene for å etablere **dagaktivitetstilbud for personer med demens** har på en helt annen måte vært sterkt og tydelig, gjennom omfattende økonomiske incentiver gjennom flere år og nå i lovpålegget fra 2020. Tilsvarende sterke statlige virkemidler er derimot ikke innført for å etablere faste team og tjenester for tidlig kommunal oppfølging av personer med demensdiagnose.

I tråd med Omsorg 2020-planen har det i perioden vært en **økende satsning på velferdsteknologiske løsninger** i omsorgssektoren. De statlige virkemidlene gjennom Nasjonalt velferdsteknologiprogram har på dette feltet vært omfattende og tydelige og dette har utvilsomt har bidratt til å spredning av velferdsteknologi i kommunene. Løsningene synes likevel ikke å ha blitt en integrert del av omsorgstjenestetilbudet til brukerne. Det er kommunene selv som bestemmer hva de vil tilby, hvilket resulterer i ulike tilbud i ulike kommuner.

Velferdsteknologien kan bidra til kvalitativt bedre tjenester gjennom muligheter for tettere oppfølging, men kan også vise seg å være **kostnadsdrivende** fordi den krever et nytt drifts- og organisasjonsapparat i kommunen, i tillegg til at mange av de ordinære tjenestene som fortsetter. Teknologien kommer ofte kommer i tillegg til de ordinære tjenestene, ikke som en erstatning. Det er likevel sannsynlig at de teknologiske løsningene på sikt demper utgiftsveksten snarere enn å redusere de totale utgiftene. Våre og andre kvalitative studier om brukeres og pårørendes erfaringer viser til at slik teknologi oppleves dels som nyttig, dels som mindre nyttig og dels som unyttig og fremmedgjørende.

4.6 Anbefalinger/policykonsekvenser

Virkemidlene i Omsorg 2020-planen har vært svake på flere sentrale områder. Det er i liten grad brukt sterke virkemidler som lovgiving og økonomiske incentiver for å realisere ønsket endringer mot mer forebygging, tidlig innsats, rehabilitering og mestringstilnærminger. Det bør vurderes slike sterkere virkemidler på disse feltene.

Andre anbefalinger:

- Forebyggende tjenester i omsorgssektoren:
    - Vurdere å lovpålegge kommunale tilbud om forebyggende hjemmebesøk for eldre (lignende det Danmark har gjort) og kommunale frisklivsentraler.
    - Vurdere å innføre økonomiske incentiver eller øremerkede midler for drift av forebyggende hjemmebesøk til eldre og frisklivsentaler.
    - Etablere registerdata over kommunale tilbud om forebyggende hjemmebesøk til eldre og frisklivsentaler og om mottakere av slike tjenester som kan vise framtidige utviklingstrekk.
    - Det er behov for mer forskning på virkninger av forebygging og tidlig innsats i omsorgssektoren.
- Hverdagsrehabiliteringsfeltet:
    - Vurdere lovhjemling av tjenesten, lignende slik det er gjort i Danmark.
    - Vurdere økonomiske incitament for kommunene.
    - Utarbeide en statlig veileder og opplæringspakke som kan utgjøre et nødvendig faglig utgangspunkt for lokale tilpasninger.
    - Etablere registerdata over mottakere av hverdagsrehabilitering som kan vise framtidige utviklingstrekk.
- Demensomsorgsfeltet (systematisk førsteoppfølging etter demensdiagnose og hjemmesykepleiens oppfølging ved behov for daglig bistand):
    - Utvikle faglige standarder for innhold og omfang, opplæringspakker og opplegg for veiledende kompetansemiljøer.
    - Vurdere økonomiske incitament for kommunene som kan stimulere slik oppfølging.
    - Løsrive tilbudene fra det å ha fått en demensdiagnose.

Litteratur

Aguinaldo, S. J. R. (2020). Creating a Dementia-Friendly Municipality: A Case Study Approach to the Implementation of Dementia Plan 2020 in Norwegian Municipalities, Master thesis UiO.

Ambugo, E. A., I. Dar, M. S. Bikova, O. Førland and T. Tjerbo (2022). "A qualitative study on promoting reablement among older people living at home in Norway: opportunities and constraints." BMC Health Services Research **22**(1): 150.

Andrews, T. M., T. Tjerbo, E. A. Ambugo, T. Bliksvær, M. K. Fabritius, S. J. Aguinaldo and T. P. Hagen (2021). Årsaker til kostnadsvekst i kommunale pleie-og omsorgstjenester, KS, UiO og Nordlandsforskning.

Askheim, O. P. (2020). "Brukermedvirkning–fra politikk til praksis: Hvordan implementeres de politiske målsettingene på bakkenivå?" Tidsskrift for velferdsforskning **23**(3): 170-186.

Bannenberg, N., O. Førland, T. Iversen, M. Karlsson and H. Øien (2021). "Preventive Home Visits." American Journal of Health Economics **7**(4): 457-496.

Barnes, M. and P. Cotterell (2012). Critical perspectives on user involvement, Policy Press.

Baumol, W. J. (1967). "Macroeconomics of unbalanced growth: the anatomy of urban crisis." The American economic review **57**(3): 415-426.

Berge, M. S. (2017). "Telecare – where, when, why and for whom does it work? A realist evaluation of a Norwegian project." J Rehabil Assist Technol Eng **4**: 2055668317693737-2055668317693737.

Borge, L.-E. and M. Haraldsvik (2006). "Empirisk analyse av handlingsplanen for eldreomsorgen." Senter for økonomisk forskning, SØF-rapport **6**: 2006.

Braun, V. and V. Clarke (2006). "Using thematic analysis in psychology." Qualitative Research in Psychology **3**(2): 77-101.

Breivik, E., G. Rotvold and E. Boysen (2019). Evaluering av virkemidlene i Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Rapport, Nasjonalt senter for e-helseforskning **7**.

Brevik, I. (2010). De nye hjemmetjenestene-langt mer enn eldreomsorg, Oslo: Norsk institutt for by-og regionforskning.

Carroll, C., M. Patterson, S. Wood, A. Booth, J. Rick and S. Balain (2007). "A conceptual framework for implementation fidelity." Implementation Science **2**(1): 40.

Christensen, K. and S. Fluge (2016). "Brukermedvirkning i norsk eldreomsorgspolitikk–Om utviklingen av retorikken om individuelt medansvar." Tidsskrift for velferdsforskning **19**(3): 261-277.

Clotworthy, A., S. Kusumastuti and R. G. J. Westendorp (2021). "Reablement through time and space: a scoping review of how the concept of 'reablement' for older people has been defined and operationalised." BMC Geriatr **21**(1): 61.

Finansdepartementet (2017). Meld. St. 29 (2016 –2017) Perspektivmeldingen 2017. Finansdepartementet. Oslo, Finansdepartementet.

Finansdepartementet (2021). Meld. St. 14 (2020–2021) Perspektivmeldingen 2021. Finansdepartementet. Oslo, Finansdepartementet.

Førland, O., E. A. Ambugo, Ø. Døhl, B. Folkestad, H. M. Rostad and A. O. Sundsbø (2020). Variasjon i kvalitet i omsorgstjenestene. Et forskningsprosjekt som måler, kartlegger og analyserer variasjon i kvalitet i omsorgstjenester mellom kommuner og mellom offentlige og private tjenesteytere.

Førland, O. and R. Skumsnes (2016). Hverdagsrehabilitering. En oppsummering av kunnskap, Omsorgsbiblioteket. Senter for omsorgsforskning**:** 76.

Førland, O. and R. Skumsnes (2017). Forebyggende og helsefremmede hjemmebesøk til eldre. En oppsummring av kunnskap. Omsorgsbiblioteket, Senter for omsorgsforskning, Høgskulen på Vestlandet**:** 62.
Førland, O., R. Skumsnes, S. Teigen and B. Folkestad (2015). "Forebyggende hjemmebesøk til eldre. Utbredelse, diffusjons-prosesser og spredning - Preventive home visits to older people in Norwegian municipalities. Prevalence, diffusion and dissemination." Tidsskrift for omsorgsforskning **1**(2): 119-130.
Førland, O., R. Skumsnes, S. Teigen and B. Folkestad (2015). "Forebyggende hjemmebesøk til eldre. Utbredelse, diffusjonsprosesser og spredning." Tidsskrift for omsorgsforskning **1**(2): 119–130.
Førland O., O. Skutle, H. Alvsvåg and K. M. Hjelle (2021). " Ambisjoner og realiteter i kommunenes prioriteringer av helse- og omsorgstjenester – en casestudie fra tre norske kommuner." Tidsskrift for velferdsforskning **24**(4): 19-34.
Gautun, H. (2021). "For få på jobb? Sykepleierbemanning i sykehjem og hjemmesykepleien." Søkelys på arbeidslivet **38**(2): 142-157.
Gautun, H. and A. S. Grødem (2015). "Prioritising care services: Do the oldest users lose out?" International Journal of Social Welfare **24**(1): 73-80.
Gautun, H., L. A. Hartford Kvæl and C. Bratt (2022). After Hospital: Should Older Care-Needing Patients Be Transferred to Their Homes or to an Intermediate Care Institution? Healthcare, MDPI.
Gautun, H. and J. Sørvoll (2021). "Hjemmetjenester eller institusjonsomsorg? Et forvaltningskommunalt dilemma i norsk eldreomsorg." Tidsskrift for velferdsforskning **24**(3): 1-14.
Gedde, M. H., B. S. Husebo, A. Erdal, N. G. Puaschitz, M. Vislapuu, R. C. Angeles and L. I. Berge (2021). "Access to and interest in assistive technology for home-dwelling people with dementia during the COVID-19 pandemic (PAN.DEM)." International Review of Psychiatry: 1-8.
Gjevjon, E. R. (2015). "Kontinuitet i hjemmesykepleien – vanskelige vilkår, men gode muligheter." Tidsskrift for omsorgsforskning **1**(1): 18-26.
Gjøra, L., A. Eek, Ø. Kirkevold and h. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og (2015). Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens 2014 : Demensplan 2015. Tønsberg, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.
Gleditsch, R. (2020). Et historisk skifte: Snart flere eldre enn barn og unge, Hentet fr a https://www. ssb. no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/et ….
Grønlie, T. (2004). "Fra velferdskommune til velferdsstat–hundre års velferdsvekst fra lokalisme til statsdominans." Historisk tidsskrift **83**(4): 633-649.
Hagen, T. P., D. P. McArthur and T. Tjerbo (2013). "Midtveisevaluering av Omsorgsplan 2015: Effekter for pleieårsverk og plasser i boliger og institusjoner." Helseøkonomisk skriftserie **7**: 2013.
Hagen, T. P. and L. Tingvold (2018). "Planning future care services: Analyses of investments in Norwegian municipalities." Scandinavian Journal of Public Health **46**(4): 495-502.
Haldar, M., J. Ødemark and E. Engebretsen (2020). "Helseprioriteringer i endring." Nytt Norsk Tidsskrift **37**(3): 225-237.
Hansen, E. B., L. Eskelinen, M. Ø. Rahnbæk and J. N. Helles (2015). Ældres oplevelse af hverdagsrehabilitering. KORA, København, KORA.
Hanssen, G. S. and M. Helgesen (2012). "Hvordan påvirker statlige juridiske og pedagogiske styringsvirkemidler prioriteringene i den kommunale omsorgssektoren?".

Hanssen, G. S. and S. I. Vabo (2012). "Sykehjem til alle." Om nasjonale partipolitiske mål og lokale tilpasninger. I M. Reitan, J. Saglie and E. Smith,(Red.) Det norske flernivådemokratiet. Oslo, Abstrakt.
Haugen, I., S. Ytrehus and T. Slettebø (2019). "User participation among people with dementia living at home." Nordic Social Work Research **9**(2): 147-159.
Haukelien, H. (2020). Alderdom i det teknologiske Utopia? Velferdsteknologi i norske kommuner. Velferdstjenestenes vilkår. Nasjonal politikk og lokale erfaringer. C. Høj Anvik, J. Tveit Sandvin, J. Paulsen Breimo and Ø. Henriksen. Oslo, Universitetsforlaget.
Helse- og omsorgsdepartementet (2006). St.meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening: framtidas omsorgsutfordringer. Oslo, Regjeringen.
Helse- og omsorgsdepartementet (2008). Omsorgsplan 2015. Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2007–2008) Programkategori 10.60. H.-o. omsorgsdepartementet. Oslo.
Helse- og omsorgsdepartementet (2013). Meld.St. 29 (2012-2013). Morgendagens omsorg. Oslo, Regjeringen. **29 (2012-2013)**.
Helse- og omsorgsdepartementet (2015a). Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo, Regjeringen.
Helse- og omsorgsdepartementet (2015b). Demensplan 2020. Et mer demensvennlig samfunn. . Oslo.
Helse- og omsorgsdepartementet (2015c). Meld.St. 26 (2014-15). Fremtidens primærhelsetjeneste: nærhet og helhet. Oslo, Regjeringen.
Helse- og omsorgsdepartementet (2016). Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering. Særtrykk til Prop. 1 S (2016–2017). H.-o. omsorgsdepartementet. Oslo.
Helse- og omsorgsdepartementet (2016). Rundskriv om forebyggende hjemmebesøk i kommunene. Oslo.
Helse- og omsorgsdepartementet (2017). Rundskriv I-5-2017 Om å utrede potensialet for rehabilitering. H.-o. omsorgsdepartementet. Oslo.
Helse- og omsorgsdepartementet (2018). Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre. Oslo, Regjeringen.
Helsedirektoratet (2016). Veileder for kommunale frisklivssentraler: etablering, organisering og tilbud. Oslo, Helsedirektoratet.
Helsedirektoratet. (2017). "Forebyggende hjemmebesøk i kommunen." from https://www.helsedirektoratet.no/tema/sykehjem-og-hjemmetjenester/forebyggende-hjemmebesok-i-kommunen.
Helsedirektoratet (2019). Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demens 2018, Helsedirektoratet.
Helsedirektoratet. (2022). "Nasjonale kvalitetsindikatorer: Dagaktivitetstilbud til personer med demens." from https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/dagaktivitetstilbud-til-personer-med-demens-og-kognitiv-svikt.
Hjelle, K. M., O. Skutle, O. Førland and H. Alvsvåg (2016). "The reablement team's voice: a qualitative study of how an integrated multidisciplinary team experiences participation in reablement." J Multidiscip Healthc **9**.
Holthe, T., R. Jentoft, C. Arntzen and K. Thorsen (2018). "Benefits and burdens: family caregivers' experiences of assistive technology (AT) in everyday life with persons with young-onset dementia (YOD)." Disability and Rehabilitation: Assistive Technology **13**(8): 754-762.

Isaksen, J., B. Paulsen Kaia, J. Skarli, R. Stokke and L. Melby "Hvilken nytte har hjemmeboende med hjelpebehov av velferdsteknologi?" Tidsskrift for omsorgsforskning **3**(2): 117-127.
Johannessen, A.-K. M. and S. Steihaug (2019). "Brukermedvirkning i helsetjeneste for eldre: – en kvalitativ studie av to kommunale akutte døgnenheter og samarbeidende kommuner." Tidsskrift for omsorgsforskning **5**(2): 1-14.
Johansson, H. and B. Hvinden (2013). "Towards a post-Marshallian framework for the analysis of social citizenship." Social policy and citizenship: The changing landscape: 35-56.
Karlsen, C., M. S. Ludvigsen, C. E. Moe, K. Haraldstad and E. Thygesen (2017). "Experiences of community-dwelling older adults with the use of telecare in home care services: a qualitative systematic review." JBI Evidence Synthesis **15**(12): 2913-2980.
Karlsen, C., C. E. Moe, K. Haraldstad and E. Thygesen (2019). "Caring by telecare? A hermeneutic study of experiences among older adults and their family caregivers." J Clin Nurs **28**(7-8): 1300-1313.
King, N., C. Horrocks and J. Brooks (2018). Interviews in qualitative research, sage.
Kirkevold, Ø. (2020). Evalueringsrapport: Systematisk oppfølging etter demensdiagnose, Aldring og helse.
Kirkevold, Ø. (2020). Evalueringsrapport:«Tjenester til personer med demens som bor fliegen bolig», Aldring og helse.
Kjerstad, E. and H. K. Tuntland (2016). "Reablement in community-dwelling older adults: a cost-effectiveness analysis alongside a randomized controlled trial." Health Econ Rev **6**(1): 15.
Knarvik, U., G.-H. Rotvold, S. Bjørvig and P.-A. Bakkevoll (2017). "Kunnskapsoppsummering: Velferdsteknologi." Tromsø: Nasjonalt senter for e-helseforskning: 1-43.
Langeland, E., O. Førland, E. Aas, A. Birkeland, B. Folkestad, I. Kjeken, F. F. Jacobsen and H. Tuntland (2016). Modeller for hverdagsrehabilitering - en følgeevaluering i norske kommuner. Effekter for brukerne og gevinster for kommunene? Bergen, Senter for omsorgsforskning.
Langeland, E., H. Tuntland, B. Folkestad, O. Førland, F. F. Jacobsen and I. Kjeken (2019). "A multicenter investigation of reablement in Norway: A clinical controlled trial." BMC Geriatrics **19**(29): 12.
Lawton, M. P. (1985). "The elderly in context: Perspectives from environmental psychology and gerontology." Environment and behavior **17**(4): 501-519.
Lichtenberg, P. A., S. E. MacNeill and B. T. Mast (2000). "Environmental press and adaptation to disability in hospitalized live-alone older adults." The Gerontologist **40**(5): 549-556.
Liaaen, J. and K. Vik (2019). "Becoming an enabler of everyday activity: Health professionals in home care services experiences of working with reablement." International Journal of Older People Nursing **14**(4): e12270.
Malterud, K. (2002). "Kvalitative metoder i medisinsk forskning–forutsetninger, muligheter og begrensninger." Tidsskrift for Den norske legeforening.
Martens, C. (2014). "Hva er forskjellen på omsorgsboliger og sykehjem." Juridiske og økonomiske skillelinjer. I SO Daatland,(Red.) Boliggjøring av eldreomsorgen.
Martens, C. T. (2018). "Aging in which place? Connecting aging in place with individual responsibility, housing markets, and the welfare state." Journal of Housing for the Elderly **32**(1): 1-11.

Melby, L., K. Sand, T. Midtgård, P. Toussaint and H. Karlstrøm (2019). "Digitaliseringens konsekvenser for samhandlingen og kvaliteten på helse-, velferds-og omsorgstjenestene." Norges Forskningsråd.
Metzelthin, S. F., T. Rostgaard, M. Parsons and E. Burton (2020). "Development of an internationally accepted definition of reablement: a Delphi study." Ageing and society: 1-16.
NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg. Norges offentlige utredninger. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.
Puaschitz, N. G., F. F. Jacobsen, J. Mannseth, R. C. Angeles, L. I. Berge, M. H. Gedde and B. S. Husebo (2021). "Factors associated with access to assistive technology and telecare in home-dwelling people with dementia: baseline data from the LIVE@Home.Path trial." BMC Medical Informatics and Decision Making **21**(1): 264.
Randström, K. B., Y. Wengler, K. Asplund and M. Svedlund (2014) "Working with 'hands-off' support: a qualitative study of multidisciplinary teams' experiences of home rehabilitation for older people." International Journal of Older People Nursing **9**, 25-33 DOI: 10.1111/opn.12013.
Riksrevisjonen (2018). Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen. Dokument 3:5 (2018–2019). Oslo.
Rostad, H. M., M. S. Skinner, R. Hellesø and M. K. R. Sogstad (2020). "Towards specialised and differentiated long-term care services: a cross-sectional study." BMC Health Services Research **20**(1): 793.
Rostad, H. M. and R. Stokke (2021). "Integrating Welfare Technology in Long-term Care Services: Nationwide Cross-sectional Survey Study." Journal of medical Internet research **23**(8): e22316-e22316.
Rostgaard, T. and L. Graff (2016). Med hænderne i lommen. Borger og medarbejeders samspil og samarbejde i rehabilitering. København.
Sandlie, H. C. and L. Gulbrandsen (2021). "Boligmarkedets sistegangskjøpere: Hvordan kan privat boligformue bidra til velferdsstatens økonomiske bærekraft?" Tidsskrift for boligforskning(2): 130-145.
Statistisk sentralbyrå. (2022). "Antall kommuner med frisklivssentral. 12191: Kommunehelse - supplerende grunnlagstall og nøkkeltall (K) 2015 - 2020." 2022, from https://www.ssb.no/statbank/table/12191.
Statistisk sentralbyrå (2022). SSB Statistikkbanken: 12209: Utvalgte nøkkeltall for helse og omsorg (K) 2015 - 2020.
Stokke, R. (2018). "Older People Negotiating Independence and Safety in Everyday Life Using Technology: Qualitative Study." J Med Internet Res **20**(10): e10054.
Stokke, R., R. Hellesø and M. Sogstad (2019). "Hvorfor er det så vanskelig å integrere velferdsteknologi i omsorgstjenesten?" Tidsskrift for omsorgsforskning **5**(3): 7-20.
Stokke, R., L. Melby, J. Isaksen, A. Obstfelder and H. Andreassen (2021). "A qualitative study of what care workers do to provide patient safety at home through telecare." BMC Health Services Research **21**(1): 553.
Sørvoll, J. and S. O. Daatland (2014). "Planer for et aldrende samfunn? Bolig og tjenester for eldre i kommunene."
Sørvoll, J. and H. Gautun (2020). "Brukermedvirkning i norsk eldreomsorg–følger kommunene opp statens styringssignaler?" Tidsskrift for omsorgsforskning **6**(1): 1-16.
Thonstad, M., T. Ekornrud and S. B. C. Stølan (2020). Frisklivssentraler og tilsvarende helsefremmende tilbud i norske kommuner 2019: analyse av tilbud for livsstilsendringer og

mestring av sykdom. Rapporter (Statistisk sentralbyrå). Oslo-Kongsvinger, Statistisk sentralbyrå. **2020/54**.
Tuntland, H., I. Kjeken, E. Langeland, B. Folkestad, B. Espehaug, O. Førland and M. K. Aaslund (2017). "Predictors of outcomes following reablement in community-dwelling older adults." Clinical interventions in aging **12**: 55-63.
Tuntland, H. and N. E. Ness (2021). "Hverdagsrehabilitering – ti år etter oppstart og veien videre1." Tidsskrift for omsorgsforskning **7**(3): 1-7.
Tøndel, G. (2018). "Omsorgens materialitet: trygghet, teknologi og alderdom." Tidsskrift for omsorgsforskning **4**(3): 287-297.
Wergeland, J. N., G. Selbæk, L. D. Høgset, U. Söderhamn and Ø. Kirkevold (2014). "Dementia, neuropsychiatric symptoms, and the use of psychotropic drugs among older people who receive domiciliary care: a cross-sectional study." Int. Psychogeriatr **26**(3): 383-391.
Westberg, N., S. W. Skjeflo, E. B. Hveem, S. Pedersen, H. Øien, J. Sørvoll, T. Iversen, T. Hagan and G. Grimsby (2019). "Evaluering av investeringstilskudd til omsorgsboliger og sykehjem." Menon-publikasjon **43**: 2019.
World Health Organization (2012). Dementia: a public health priority. Geneva, World Health Organization.