

BY- OG REGIONSFORSKNINGSINSTITUTTET  
NIBR

## Mellom eksperimentell implementering og politisk styring

Sluttrapport fra evalueringen av Leve hele livet  
– En kvalitetsreform for eldre

Hilde Hatleskog Zeiner, Linda Aimee Hartford Kvæl, Cecilie Fromholt Olsen,  
Johanne Hammersland, Mari Brekke Holden, Lars Chr. Monkerud,  
Ingeborg Rasmussen, Marit Ekne Ruud, Asta Bye, Nils Arne Lindaas

STORBYUNIVERSITETET  
BY- OG REGIONSFORSKNINGSINSTITUTTET NIBR

NIBR-RAPPORT 2024:3



Hilde Hatleskog Zeiner  
Linda Aimee Hartford Kvæl  
Cecilie Fromholt Olsen  
Johanne Hammersland  
Mari Brekke Holden  
Lars Chr. Monkerud  
Ingeborg Rasmussen  
Marit Ekne Ruud  
Asta Bye  
Nils Arne Lindaas

# **Mellom eksperimentell implementering og politisk styring**

**Sluttrapport fra evalueringen av Leve hele livet  
– En kvalitetsreform for eldre**

**NIBR-rapport 2024:3**

## **Andre publikasjoner fra NIBR:**

NIBR-rapport 2022:1	Leve hele livet i kommunene
NIBR-rapport 2021:12	Kvalitetsreform, samfunnsreform eller begge deler? Støtteapparatets forståelse og vurdering av «Leve hele livet»
NIBR-rapport 2020:26	Samarbeid mellom pårørende og helse- og omsorgstjenesten

Tittel: Mellom eksperimentell implementering og politisk styring.  
Sluttrapport fra evalueringen av Leve hele livet  
– En kvalitetsreform for eldre

Forfatter: Hilde Hatleskog Zeiner, Linda Aimee Hartford Kvæl, Cecilie  
Fromholt Olsen, Johanne Hammersland, Mari Brekke Holden, Lars  
Chr. Monkerud, Ingeborg Rasmussen, Marit Ekne Ruud, Asta Bye,  
Nils Arne Lindaas

NIBR-rapport: 2024:3

ISSN: 1502-9794  
ISBN: 978-82-8309-408-4 (PDF)

Prosjektnummer: 201413

Prosjektnavn: «Leve hele livet» - følge- og resultatevaluering

Oppdragsgiver: Helsedirektoratet

Prosjektleder: Hilde Hatleskog Zeiner

Referat: Dette er den tredje og avsluttende rapporten fra evalueringen av  
Leve hele livet. Rapporten presenterer funn fra flere  
delundersøkelser, og oppsummerer kommunenes og  
støtteapparatenes arbeid med Leve hele livet. Til sammen gir  
rapporten et bilde av hvordan kommunene har gjennomført Leve  
hele livet, hvilken bistand de har fått fra reformens nasjonale og  
regionale støtteapparat, og hvilken betydning reformen har hatt for  
eldre, deres pårørende og ansatte i de kommunale helse- og  
omsorgstjenestene.

Sammendrag: Norsk og engelsk

Dato: April 2024

Antall sider: 189

Utgiver: By- og regionforskningsinstituttet NIBR  
OsloMet – storbyuniversitetet  
Postboks 4 St. Olavs plass  
0130 OSLO  
Telefon: (+47) 67 23 50 00  
E-post: [post-nibr@oslomet.no](mailto:post-nibr@oslomet.no)

Vår hjemmeside: <http://www.oslomet.no/nibr>

© NIBR 2024

# Forord

I denne tredje og avsluttende rapporten fra evalueringen av Leve hele livet presenterer vi funn fra flere delundersøkelser, og oppsummerer kommunenes og støtteapparatenes arbeid med Leve hele livet. Til sammen gir rapporten et bilde av hvordan kommunene har gjennomført Leve hele livet, og hvilken bistand de har fått fra reformens nasjonale og regionale støtteapparat. Den diskuterer også hvilken betydning reformen har hatt for eldre, deres pårørende og ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Evalueringen er gjennomført av By- og regionforskningsinstituttet NIBR, Velferdsforskningsinstituttet NOVA og Fakultet for helsevitenskap ved OsloMet, og Vista Analyse. NOVA og Fakultet for helsevitenskap har gjennomført undersøkelsen av eldre, pårørende og ansatte i helse- og omsorgstjenestene. Vista Analyse har hatt ansvar for spørreundersøkelsen til kommunene og har også bidratt i undersøkelsene av reformens støtteapparat. De øvrige analysene er gjennomført av forskere ved NIBR. Hilde Hatleskog Zeiner har vært prosjektleder for evalueringen.

Vi vil takke eldre, pårørende, ansatte og politikere i de seks casekommunene, samt våre informanter i det nasjonale og regionale støtteapparatet som har stilt opp til intervju og delt sine erfaringer med oss. Vi vil også takke Thorstein Ouren i Helsedirektoratet for et godt samarbeid gjennom hele evalueringsperioden.

Oslo, april 2024

Erik Henningsen  
Forskningssjef

# Innhold

Forord .....	1
Innhold .....	2
Tabelliste.....	4
Figurliste .....	5
Sammendrag.....	7
Summary.....	11
1 Innledning.....	14
1.1    Evalueringsdesign.....	14
1.2    Rapportens struktur.....	21
2 Teoretisk rammeverk.....	24
2.1    Leve hele livet som program .....	24
2.2    Styring ovenfra og læring nedenfra .....	26
2.3    Mellom politisk og eksperimentell implementering.....	31
3 Reformens støtteapparat.....	32
3.1    Det nasjonale støtteapparatet .....	32
3.2    De regionale støtteapparatene .....	36
3.3    Oppsummering.....	41
4 Utviklingstrekk i kommunene 2018-2022 .....	43
4.1    Innledning .....	43
4.2    Oversikt over datamaterialet.....	43
4.3    Hvilke tjenestetyper tildeles? .....	48
4.4    Færre tjenester i institusjon og flere tjenester i hjemmet?.....	51
4.5    Oppsummering og hovedfunn .....	61
5 Survey til kommunene .....	62
5.1    Utvalget og vurdering av representativitet .....	62
5.2    Om Leve hele livet – deltagelse og vurderinger.....	64
5.3    Deltagelse i nettverk.....	66
5.4    Kommunes rammebetingelser.....	67
5.5    Tiltak og effekt av Leve hele livet.....	69
5.6    Hvilke enheter har deltatt i reformen?.....	71
5.7    Deltagelse i arrangementer .....	72
5.8    Støtte fra regionalt støtteapparat.....	74
5.9    Oppsummering.....	76
6 Plan som virkemiddel.....	77
6.1    Kommunenes planstrategier.....	77
6.2    Kommunenes vedtak.....	79
6.3    Leve hele livet i kommunenes økonomi- og handlingsplaner.....	85
6.4    Oppsummering.....	88
7 Introduksjon til casekommunene.....	91
7.1    Kort om casekommunene .....	91
7.2    Oppsummering.....	98
8 Støtteapparatet og kommunene .....	99
8.1    Gjennomfører kommunene Leve hele livet? .....	99
8.2    Kommunenes respons på Leve hele livet .....	100
8.3    Støtteapparatets tilpasning til lokale forhold .....	101

8.4	Misforhold mellom organisering og innhold .....	102
8.5	Styring og tvetydighet.....	103
9	Implementering i kommunene.....	105
9.1	Fra service til samskaping? .....	105
9.2	Å gjøre mer med mindre.....	108
9.3	Politisk, eksperimentell eller symbolsk implementering .....	110
9.4	Leve hele livet som læringsprosess.....	113
9.5	Oppsummering.....	114
10	Erfaringer fra reformens målgrupper .....	115
10.1	Introduksjon .....	115
10.2	Teoretisk forståelse .....	116
10.3	Metode og materiale.....	118
10.4	Hvordan jobber kommunene med satsningsområdene?.....	124
10.5	Implementering av reformen.....	142
11	Sammenfatning og diskusjon .....	150
11.1	Kommunenes gjennomføring av Leve hele livet .....	150
11.2	Kommunenes prioriteringer og innsats for eldre .....	151
11.3	Betydning for eldre, pårørende og ansatte .....	152
11.4	Vurdering av Leve hele livets virkemidler .....	152
11.5	Oppsummering.....	154
11.6	Bærekraft, styring og prioritering .....	155
	Referanser .....	158
	Vedlegg 1: Tabeller, kommunalt pasient- og brukerregister .....	165
	Vedlegg 2: Spørreskjema til kommunene .....	173
	Vedlegg 3: Kommunale vedtak, vid definisjon .....	180
	Vedlegg 4: Kommunale vedtak, streng definisjon .....	183
	Vedlegg 5: Handlings- og økonomiplan, tre fylker, 2020, 2022 og 2023 .....	187

## Tabelliste

Tabell 1.1:	Oversikt over datamaterialet underveisrapport 2021 .....	17
Tabell 1.2:	Oversikt over datamaterialet, underveisrapport 2022 .....	18
Tabell 1.3:	Oversikt over intervjuer i regionalt støtteapparat og casekommuner .....	21
Tabell 2.1:	Enkle, kompliserte og flokete problem (Glouberman & Zimmerman, 2002) .....	25
Tabell 4.1:	Prosentandeler i KPR. Etter aldersgruppe og år (N=1 599 039). .....	44
Tabell 4.2:	Samlemål og underliggende delmål for behov i KPR.....	46
Tabell 4.3:	Korrelasjoner mellom tjenestetildelinger (N=1 599 039). .....	49
Tabell 4.4:	Faktoranalyse av sammenheng mellom tjenestetildelinger (N=1 599 039). .....	50
Tabell 4.5:	Deskriptiv statistikk for analysevariabler (N=1 599 039). .....	51
Tabell 5.1:	Kommunekaraktistika i utvalget (N=96) og i kommune-Norge (N=355) .....	63
Tabell 5.2:	Kommunenes deltagelse i ulike nettverk .....	67
Tabell 6.1:	Omtale av innsatsområder i Leve hele livet i økonomiplaner 2020, 3 fylker, N=32 .....	86
Tabell 6.2:	Omtale av innsatsområder i Leve hele livet i økonomiplaner 2022, 3 fylker, N=47 .....	87
Tabell 6.3:	Omtale av innsatsområder i Leve hele livet i økonomiplaner 2023, 3 fylker, N=57 .....	87
Tabell 7.1:	Oversikt over casekommunene, innbyggertall i parentes.....	91
Tabell 7.2:	Oversikt over casekommunene .....	98
Tabell 10.2:	Oversikt over helsepersonell og kommunalt ansatte i fokusgruppeintervjuene .....	120
Tabell 10.3:	Bakgrunnsvariabler knyttet til de 17 eldre personene som ble intervjuet .....	122
Tabell 10.4:	Bakgrunnsvariabler knyttet til de 18 pårørende som ble intervjuet.....	123
Tabell A3.1:	Tilpasningsmål for ulike estimerte modeller (N=1 599 039).....	165
Tabell A3.2:	Forskjeller i «reformeffekt» ( $\Delta$ ) for hjemmetjenester mv. ( <i>H</i> ), institusjonstjenester ( <i>I</i> ) og avlastningstjenester mv. ( <i>A</i> ) etter kommunestørrelse og spredtbygdhet (N=1 599 039) .....	166
Tabell A3.3:	Behovskombinasjoner og tildeling av hjemmetjenester mv. ( <i>H</i> ), institusjonstjenester ( <i>I</i> ) og avlastningstjenester mv. ( <i>A</i> ) (N=1 599 039).....	167



# Figurliste

Figur 1.1: Organisering av evalueringen .....	16
Figur 2.1: Enkel logisk modell (W.K. Kellogg Foundation, 2004) .....	24
Figur 2.2: Tvedydighet/konflikt-matrise: implementeringsprosessen .....	27
Figur 4.1: Over- og underrepresentasjon i KPR for ulike aldersgrupper. Etter år (N=1 599 039).....	45
Figur 4.2: Vurdering av ulike behov i KPR. Etter år (N=1 599 039).....	47
Figur 4.3: Tjenestetildeling i KPR. Etter år (N=1 599 039).....	48
Figur 4.4: Relativt omfang av hjemmetjenester mv. ( <i>H</i> ) hos ulike aldersgrupper i 2018 (a) og endring over tid (b-e) (N=1 599 039).....	53
Figur 4.5: Relativt omfang av institusjonstjenester ( <i>I</i> ) hos ulike aldersgrupper i 2018 (a) og endring over tid (b-e) (N=1 599 039).....	55
Figur 4.6: Relativt omfang av avlastningstjenester mv. ( <i>A</i> ) hos ulike aldersgrupper i 2018 (a) og endring over tid (b-e) (N=1 599 039).....	56
Figur 4.7: Simulert omfang av hjemmetjenester mv. ( <i>H</i> ) hos ulike aldersgrupper under ulike forutsetninger (N=1 599 039).....	58
Figur 4.8: Simulert omfang av institusjonstjenester ( <i>I</i> ) hos ulike aldersgrupper under ulike forutsetninger (N=1 599 039).....	59
Figur 4.9: Simulert omfang av avlastningstjenester mv. ( <i>A</i> ) hos ulike aldersgrupper under ulike forutsetninger (N=1 599 039).....	60
Figur 5.1: Kommuner i utvalget (N=96) og kommune-Norge (N=356). Etter fylke.....	62
Figur 5.2: Utsagn om reformen. Svar fra 1 (stemmer ikke) til 5 (stemmer svært godt). N=95. Vet ikke er utelatt fra figuren .....	65
Figur 5.3: Regionalt støtteapparat har vært relevant og nyttig for kommunen .....	66
Figur 5.4: Ligger kommunens rammebetingelser til rette for å gjennomføre reformen? Fylkesfordelt. N=78 .....	68
Figur 5.5: Ligger kommunens rammebetingelser på områdene som er listet opp nedenfor til rette for å gjennomføre reformen? N=80.....	68
Figur 5.6: Ressurser til å koordinere samarbeid med frivillige og boligrådgivning. N=94, 95. ....	69
Figur 5.7: Har kommunen innført systematisk ernæringskartlegging av beboere i sykehjem og av mottakere av helsetjenester i hjemmet? N=95 .....	70
Figur 5.8: I hvilken grad har deltakelse i 'Leve hele livet' innebåret endringer og/eller nye tiltak på områdene listet opp under? N=78-80.....	71
Figur 5.9: Deltok følgende enhet i arbeidet med første fase av reformen? N=66 – 80.....	72
Figur 5.10: Hvilke områder/enheter deltar nå i gjennomføringen av reformen Leve hele livet?.....	72
Figur 5.11: Deltagelse på dialogmøter i regi av det regionale støtteapparatet .....	73
Figur 5.12: Deltagelse i læringsnettverk for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring .....	73
Figur 5.13: Deltagelse i læringsnettverk for systematisk ernæringsarbeid (forebygging og behandling av underernæring).....	74
Figur 5.14: Deltagelse i webinar .....	74
Figur 5.15: Støtte fra regionalt støtteapparat (N=78-79).....	75
Figur 6.1: Kommunale planstrategier og omtale av aldersvennlige lokal-samfunn, tre fylker, N=106.....	78
Figur 6.2: Kommuner som har vedtak som omhandler eller berører Leve hele livet, N=112 .....	80
Figur 6.3: Kommuner som har vedtatt en plan for Leve hele livet, N=112 .....	80
Figur 6.4: Kommuner som har fattet vedtak om gjennomføring av Leve hele livet, N=112 .....	81
Figur 6.5: Skal Leve hele livet følges opp i kommunenes planer?.....	82
Figur 6.6: Ansvar for gjennomføring av Leve hele livet, N=65 .....	83
Figur 6.7: Tidspunkt for første vedtak (streng definisjon), N=65 .....	84

Figur 6.8: Kommuner som omtaler Leve hele livet i økonomiplan, tre fylker, N=112 .....	85
Figur 10.1: Sunn aldring, WHO .....	117
Figur 10.2: Innsatstrappa, utviklet av Agenda Kaupang (NOU 2023:4) .....	118
Figur 10.3: Ansattes jobbtfredshet målt med Job Satisfaction Scale .....	121
Figur 10.4: Pårørendebelastning målt med Relative Stress Scale .....	124

# Sammendrag

Dette er den tredje og siste rapporten fra evalueringen av Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre. Rapporten gir et bilde av hvordan kommunene har gjennomført Leve hele livet, og hvilken bistand de har fått fra reformens nasjonale og regionale støtteapparat. Den diskuterer også hvilken betydning reformen har hatt for eldre, deres pårørende og ansatte i de kommunale helse og omsorgstjenestene. Sluttrapporten bygger på og videreutvikler funn fra to tidligere delrapporter. Vi har gjennomført fire separate undersøkelser: En undersøkelse av utviklingstrekk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, ved bruk av data fra kommunalt pasient- og brukerregister, en spørreundersøkelse til samtlige norske kommuner, dokumentstudier av kommunale planer og saksframlegg, samt en caseundersøkelse i seks kommuner og tre regionale støtteapparat. I tillegg har vi intervjuet aktørene i det nasjonale støtteapparatet.

Datamaterialet brukes for å besvare og diskutere følgende problemstillinger:

- Hvordan og i hvilken grad gjennomfører kommunene eldrereformen?
- I hvilken grad bidrar reformen til å endre prioriteringer, og styrke kommunenes innsats for eldre?
- Hva er resultater, effekter og gevinster av reformen for eldre, pårørende og ansatte i helse- og omsorgstjenestene?
- I hvilken grad og på hvilke måter bidrar tiltak og virkemidler, herunder det nasjonale og regionale støtteapparatet, til å nå målene for reformen?

For å forstå implementeringen av Leve hele livet kombinerer vi to teoretiske rammeverk: programteori og implementeringsteori. Veldig enkelt kan Leve hele livets programteori oppsummeres slik: (i) Det er for stor variasjon i kvaliteten på tilbudet til eldre. (ii) Dette skyldes at de gode løsningene som er utviklet blir tatt i bruk av for få kommuner og for tilfeldig. (iii) Gjennom informasjons- og nettverksarbeid kan lokale aktører få kunnskap om løsningene og tilpasse dem til lokale forhold. (iv) Dette arbeidet skal skje gjennom å følge ulike trinn beskrevet i stortingsmeldingen om Leve hele livet. Innenfor rammen av programteori, kan vi si at de to første punktene handler om utfall og impact, mens de to siste punktene handler om ressurser, aktiviteter og output.

Programteorien suppleres med implementeringsteori. Leve hele livet kan forstås både som top-down og bottom-up. Det er et arbeid som på samme tid skal vokse opp nedenfra og styres ovenfra. Noen elementer i reformen er relativt utvetydige, mens andre best kan beskrives som tvetydige eller uklare. Noen elementer er det stor oppslutning om, mens andre har vært preget av mer konflikt. Stortingsmeldingen om Leve hele livet beskriver en balanse mellom politisk og eksperimentell implementering, hvor reformens formkrav peker mot politisk implementering og reformens substanskrav peker mot eksperimentell implementering. Et spørsmål da er hvorvidt iverksettingen av Leve hele livet finner en balanse mellom politisk og eksperimentell implementering, eller om iverksettingen blir av mer symbolsk art.

Vi har intervjuet aktører i tre regionale støtteapparat, og aktørene i det nasjonale støtteapparatet. Støtteapparatet – både nasjonalt og regionalt – mener at arbeidet med reformen har vært givende, og de fleste er opptatt av at samarbeidet mellom aktørene bør videreføres. De peker særlig på at innsatsen overfor kommunene er blitt mer samordnet. Samtidig peker de på at hverken støtteapparatet eller kommunene har vært rigget på en måte som gjør det mulig for dem å nyttiggjøre seg mulighetene for kommunikasjon oppover og nedover i systemet. For kommunenes del handler det, ifølge aktørene i det regionale og nasjonale støtteapparatet, om at arbeidet ikke har vært godt nok forankret i kommuneorganisasjonen. For støtteapparatets del, handler det om en manglende fleksibilitet i organiseringen og om at kommunikasjonsstøtte, i alle fall i reformens innledende faser, ikke var godt nok koordinert. I møtet med kommunene peker de regionale

støtteapparatene på at det har vært stor variasjon i kommunenes arbeid; en variasjon som både skyldes at kommunene har hatt stort handlingsrom i gjennomføringen og at kommunene i ulik grad har arbeidet med reformen. I Leve hele livets tidlige faser opplevde støtteapparatene til dels stor motstand ute i kommunene. De oppsummerer denne motstanden slik: Leve hele livet representerte ikke noe nytt, reformen bidro til å øke innbyggernes forventninger til de kommunale tjenestene, og Leve hele livet var en reform uten virkemidler. Basert på tilbakemeldingene fra kommunene endret støtteapparatene innretningen på arbeidet; en endring som informantene opplever som positiv, men som samtidig førte til en opplevelse av et misforhold mellom Leve hele livets mål og organisering hvor forventningene var at kommunene skulle jobbe tverrsektorielt mens den organisatoriske tilknytningen forble i helse- og omsorgssektoren.

Analysene av kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) viser at andelen av befolkningen som mottar helse- og omsorgstjenester øker svakt fra 2018 til 2022, og at det er en svak tendens til at tjenestetilbudet totalt sett legges om fra institusjonsomsorg til mer hjemmebasert omsorg, særlig for de eldste aldersgruppene. Hovedinntrykket er imidlertid at hverken tjenestetilbud eller behov endrer seg svært mye gjennom perioden.

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at 84 pst. av respondentene har fattet vedtak om deltagelse i Leve hele livet.. Kommunene støtter reformenes mål, men er tydelige på at virkemidlene ikke treffer. Videre tyder spørreundersøkelsen på at tiltakene kommunene gjennomfører i stor grad er iverksatt uavhengig av reformen. Den mest synlige effekten fra selve reformen synes å være en styrket politisk forankring av eldrepolitikken, men dette har, ifølge respondentene, foreløpig ikke gitt seg utslag en endrede prioriteringer eller budsjettmessige disposisjoner i kommunene.

Vi har også kartlagt og analysert kommunale vedtak og planer i de 112 kommunene i Agder, Innlandet og Nordland. Et stort flertall av kommunene har fattet ett eller flere vedtak i løpet av reformperioden som omtaler eller berører Leve hele livet, men kun 40 pst. av kommunene i utvalget har fattet vedtak om hvordan kommunen skal arbeide på reformens fem innsatsområder. Ytterligere 19 pst. av kommunene i utvalget har fattet et vedtak om hvordan kommunen skal arbeide frem mot et slikt vedtak. Gjennomgangen av vedtakene viser at det er et stort spenn i kommunenes tilnærming, hvor noen kommuner beskriver Leve hele livet som en videreføring av eksisterende tiltak mens andre beskriver en ambisjon om en venstreforskyvning i kommunens innsats overfor den eldre delen av befolkningen fra utbygging av tjenester til forebyggende innsats for å sikre tjenestenes økonomiske bærekraft. Det varierer også hvor i kommuneorganisasjonen ansvaret for gjennomføring er plassert; i noen kommuner er ansvaret lagt til kommunens administrative ledelse, i andre plasseres ansvaret hos førstelinjen og i relativt mange kommuner er ansvaret ikke spesifisert. Ser vi på kommunenes handlings- og økonomiplaner i reformperioden, finner vi at helsehjelp er det innsatsområdet som vies mest oppmerksomhet, og da med et særlig søkelys på økonomisk bærekraft, effektiv ressursutnyttelse, forebygging og mestring.

I vår caseundersøkelse intervjuet vi ordførere, kommunedirektører, kommunalsjefer, opposisjonspolitikere, Eldreråd og Leve hele livet-koordinatorer i seks kommuner, fordelt på tre fylker (to kommuner i hvert fylke). I alt gjennomførte vi 27 intervju og funnene våre viser at kommunenes erfaringer med Leve hele livet varierer i stor grad. De større kommunene har evnet å komme godt i gang med arbeidet og eksperimenterer med å involvere ulike sektorer for å oppnå reformens målsetting. De mindre kommunene har hatt problemer med å finne tid og kapasitet til å prioritere arbeidet, men uttrykker støtte til Leve hele livet. Felles for alle kommunene er at det ble viet mye tid til å fortolke og kontekstualisere reformens innhold i forkant av implementeringen. Det vide handlingsrommet Leve hele livet legger til grunn ble beskrevet som forvirrende, samtidig som enkelte anså det som hensiktsmessig gitt deres unike situasjon og behov. Noen kommuner opplever imidlertid at individuelle rettigheter og forventninger fra statlig hold innskrenker deres handlingsrom og muligheter for å foreta nødvendige prioriteringer. For å få til en mer smidig implementering av Leve

hele livet ønsker de at nasjonale myndigheter skal gi tydeligere styringssignaler, kommunisere til innbyggere hva de kan forvente av helse- og omsorgstjenesten, og gi mer støtte i form av økonomiske hjelpemidler og kunnskapsutveksling. Et viktig hovedfunn fra caseundersøkelsen er at kommunene snakker om et ganske radikalt skifte i hvordan helse- og omsorgstjenester skal leveres fremover. Hver enkelt må ta mer ansvar selv, og kommunene satser på forebygging som en vei ut av ressurskrise de befinner seg i. Med det i mente omtaler noen informanter Leve hele livet nå som en holdningsendringsskampanje heller enn en kvalitetsreform.

Undersøkelsen av eldre, pårørende og ansatte i de seks casekommunene viser at det utføres mye godt arbeid i kommunene, og at samtlige arbeider med prosesser innenfor Leve hele livets innsatsområder. De to største kommunene i utvalget utpeker seg imidlertid ved at de har satt arbeidet mer i system på tvers av sektorer og enheter. Videre har vi sett på kommunenes tilbud til henholdsvis eldre personer med god helse og funksjonsnivå, hjemmeboende eldre med hjelpebehov og eldre med omfattende hjelpebehov som bor i institusjon. Vi finner at eldre med god helse og godt funksjonsnivå har gode muligheter for aktivitet og fellesskap, men at kommunale og frivillige tilbud med fordel kan samordnes bedre. Alle kommunene har hatt tilbud om forebyggende hjemmebesøk, og har gode erfaringer med dette. Likevel hadde fem av kommunene avvirket denne ordningen på undersøkelsestidspunktet (2022). I 2023 har samtlige av casekommunene avvirket denne ordningen. Denne gruppen eldre er kjennetegnet ved at de ønsker å ta ansvar for egen alderdom, men de er samtidig forsiktige med å sette seg i gjeld. Det er stor variasjon i hjelpebehovet til gruppen hjemmeboende eldre med hjelpebehov. Kommunene har problemer med å imøtekomme behovene til hjemmeboende med størst tjenestebehov, og disse kan oppleve en utrygg og uforutsigbar hverdag, særlig knyttet til fellesskap, aktivitet, ernæring, sammenheng og personsentrert omsorg. Pårørende er en avgjørende ressurs for denne gruppen, men de har behov for avlastning i form av informasjon, teknologiske løsninger og korttidsopphold i institusjon. Det er store variasjoner i kvalitet mellom kommunene, og behov for kompetanseheving, økt grunnbemanning og bedre organisering av arbeidet. Nåløyet for institusjonsopphold er trangt, men for eldre som har fått institusjonsplass er tilbudet bedre enn til hjemmeboende. Utrygghet, sosiale og psykiske behov er ikke utslagsgivende for om man får institusjonsplass eller ikke. En økende andel eldre hjemmeboende med demenssykdom tilsier at behovet for institusjonsplasser vil øke i fremtiden, og dette er også den gruppen de ansatte synes det er mest utfordrende å tilrettelegge for i hjemmet. Til sist finner vi at implementeringsarbeidet med fordel vært kunne forankret sterkere ned i hver kommune. Her vil vi fremheve lokal lederforankring, implementeringsteam, kompetanseheving og støtte som viktige strategier.

Samlet sett finner vi at kommunene gjennomfører Leve hele livet på ulike måter og i varierende grad. Det handler både om hvordan de gjennomfører programaktivitetene – politisk vedtak, innarbeiding av Leve hele livet i planverket og deltakelse i ulike nettverksaktiviteter – og selve innholdet i aktivitetene. Gjennom reformperioden har flere av informantene, både i kommuner og i støtteapparat, gitt uttrykk for at målene i Leve hele livet er diffuse og vanskelig å få grep om. Dette har ikke bare medført at kommuner og støtteapparat har brukt tid på å dechiffrere hva Leve hele livet er og hva som kreves av innsats. Det er også vanskelig å skille kommunens arbeid med Leve hele livet fra andre tiltak og prosesser som kommunene arbeider med, noe også informantene i casekommunene peker på. Dermed har det også vært vanskelig, både for aktørene selv og for evalueringen, å identifisere tydelige effekter og resultater av kommunenes og støtteapparatens innsats.

På denne bakgrunn argumenterer vi for at Leve hele livet befinner seg i spenningsfeltet mellom politisk styring og eksperimentell implementering. Gjennom reformperioden har det vært en dreining i reformens fokus og innretning, fra kvalitet i tjenestene til forebygging, mestring og samfunnsplanlegging. Denne dreiningen har i stor grad vært drevet fram

nedenfra, av kommuner som opplever at dagens tilbud og organisering av tjenester til en aldrende befolkning ikke er bærekraftig, men har også fått drahjelp fra et regionalt støtteapparat som har fanget opp kommunenes signaler og formidlet dem videre til nasjonale myndigheter. Det er stor variasjon mellom kommunene, hvor noen kommuner har kommet langt i arbeidet, mens andre så vidt befinner seg i startgropen. At noen kommuner går foran, mens andre kommer etter, er noe som kjennetegner kommunal innovasjon, og dermed ikke unikt for Leve hele livet. Det reiser imidlertid spørsmål om hvordan innovasjon bør styres. Vi vil argumentere for at den statlige styringen bør innrettes slik at den i størst mulig grad fremmer læring fremfor symbolsk tilpasning. Samtidig er det viktig å understreke at de kommunale velferdstjenestenes sentrale rolle i velferdsstaten setter noen grenser for hvor stor variasjon som er hensiktsmessig og legitim. Vi legger derfor også til grunn at kommunal omstilling og innovasjon også krever en felles, nasjonal debatt om individets ansvar og offentlige prioriteringer.

# Summary

This is the third and final report from the evaluation of “A full life – all your life. A Quality Reform for Older Persons.” The report provides insight into implementation at the municipal level, and the assistance municipalities have received from the reform's national and regional support network. It also discusses the impact the reform has had on the elderly, their relatives and employees in the municipal health and care services. The final report builds on and further develops findings from two previous reports. We have conducted four separate surveys: a survey of trends in the municipal health and care services, using data from the municipal patient and user registry, a survey to all Norwegian municipalities, document studies of municipal plans and political decisions, as well as a case study in six municipalities and three regional support networks. In addition, we have interviewed the actors in the national support networks.

The report discusses the following questions:

- How and to what extent do municipalities implement the reform?
- To what extent does the reform contribute to changing priorities and strengthening municipal efforts for the elderly?
- What are the results, effects, and benefits of the reform for the elderly, next of kin and employees in the health and care services?
- To what extent and in what ways do measures and instruments, including the national and regional support network, contribute to the objectives of the reform?

To understand the implementation of the reform, we combine two theoretical frameworks: program theory and implementation theory. Simply put, the reform's program theory can be summarized as follows: (i) There is too much variation in the quality of services to the elderly. (ii) This is because good and effective measures are adopted by too few municipalities and too randomly. (iii) Through information and networking, local actors can gain knowledge about the various measures and adapt them to local needs and conditions. (iv) This work shall take place by following various steps described in the White Paper on “A full life – all your life.”

The program theory is supplemented by implementation theory. The reform can be understood both as top-down and bottom-up. Some elements of the reform are relatively unambiguous, while others can best be described as ambiguous or unclear. Some elements are widely supported, while others are contested. The white paper describes a balance between political and experimental implementation, where the formal requirements of the reform point towards political implementation and the substantive requirements of the reform point towards experimental implementation. The question then is whether the implementation of the reform strikes a balance between political and experimental implementation, or whether implementation will be symbolic.

We have interviewed actors in three regional support networks, and the actors in the national support network. The support network – both nationally and regionally – finds that the work has been rewarding, and most advocate for the continuation of the work. They point out that the efforts of national and regional actors aimed at the municipalities have become more coordinated. At the same time, they find that neither the support network nor the municipalities have been rigged in ways that take full advantage of the support network. For They argue that, on the one hand, implementation has not been adequately anchored in the municipal organization, and on the other that the support networks have not been flexible enough to process and act on feedback from the municipalities. Finally, the regional support networks point to a great variation in municipal implementation; a variation that is due considerable local autonomy and varying degrees of commitment on the part of the municipalities. In the early phases of the reform, the support networks experienced considerable resistance in the municipalities; a resistance they explain as follows: the reform represented nothing new, it served to increase citizens' expectations of municipal services,

and it was a reform without proper instruments of implementation. Based on feedback from the municipalities, the support networks changed their approach. The change is perceived as positive, but also as conducive to a disparity between the goals the reform and its organization, where the expectations were that the municipalities should work cross-sectorally while the organizational affiliation of the support network remained in the health and care sector.

The analyses of the municipal patient and user registry (KPR) show that the proportion of the population receiving health and care services increased slightly from 2018 to 2022, and that there is a slight tendency for the services offered as a whole to be switched from institutional care to more home-based care, especially for the oldest age groups. However, the main impression is that neither the range of services nor the needs changed very much during the period.

The results of the survey to the municipalities show that 84 per cent of respondents have decided to participate in the reform. The municipalities support the reforms' objectives but deem that the instruments are not effective. Furthermore, the survey indicates that the measures implemented by the municipalities have largely been implemented independently of the reform. The most visible effect of the reform itself appears to be a strengthened political anchoring of policies for the elderly, but according to the respondents, this has so far not resulted in a change in priorities or budgetary allocations in the municipalities.

We have also mapped and analysed political decisions and plans in the 112 municipalities in three counties: Agder, Innlandet and Nordland. A large majority of the municipalities have made one or more decisions during the reform period that refer to or affect the reform, but only 40 per cent of the municipalities in the sample have made decisions on the implementation of the reform's five priority areas. An additional 19 per cent of the municipalities in the committee have decided on a timetable for reaching such a decision. The review of decisions shows a wide range of approaches, with some municipalities describing the reform as a continuation of existing measures while others describe a restructuring of the municipality's efforts vis-à-vis the older part of the population. It also varies where in the municipal organization the responsibility for implementation is located; In some municipalities, responsibility is assigned to the municipality's administrative management, in others it is placed with the street level bureaucrats, and in several municipalities responsibility for implementation is not specified. Examining the municipalities' budgets during the reform period, we find that health care is the priority area that receives the most attention, with a particular focus on economic sustainability and efficient use of resources.

In our case study, we interviewed mayors, municipal directors, municipal managers, politicians, representatives from the Council for Senior Citizens and reform coordinators in six municipalities, as well as the elderly, their relatives and the employees in the municipal health and care services. Our findings show that the municipalities' experiences with the reform vary widely. Whereas the larger municipalities have worked systematically, the smaller municipalities report that they have not been able to prioritize the implementation of the reform. Common to all of them is that considerable time was spent interpreting and understanding the reform prior to its implementation. The result is a radical shift in their understanding of the relationship between individual and public responsibility. The idea is that individuals must take greater responsibility, and that the municipalities should aim to reduce the demand for municipal health and care services. Against this background, some informants refer to the reform as a public awareness campaign rather than a quality reform.

Interviews with the elderly, their relatives and the employees in the health and care services in the six case municipalities indicate that good work is carried out in the municipalities. The two largest municipalities in the sample stand out because they have systematized their work across sectors and units. We find that older people with good health and a good level of functioning have ample opportunity for activity and companionship, but municipal and voluntary services could be better coordinated. Previously, all municipalities have offered



preventive home visits, with good results. Nevertheless, five of the municipalities had discontinued this scheme at the time of the survey (2022). In 2023, all the case municipalities have discontinued this scheme. This group of elderly people want to take responsibility for their health and well-being but are reluctant to incur debts. There is great variation in the need for assistance for the group of elderly receiving health and care services at home, and the municipalities struggle to meet the needs of those in greatest need of assistance. Next of kin are a crucial resource for this group, but they need respite care in the form of information, technological solutions, and short-term stays in institutions. For older people who receive care in institutions, services are better than for people living at home. Insecurity, social and psychological needs are not decisive for qualifying for institutional care. An increasing proportion of elderly people living at home with dementia indicate more demand for institution-based care in future. Finally, we find that implementation could have benefited from more attention from managers, implementation teams, competence enhancement and support.

Overall, we find that the municipalities implement the reform in different ways and to varying degrees. Throughout the reform period, several of the informants, both in municipalities and support services, have reported that the goals of the reform are vague and difficult to operationalize. The municipalities and support services have spent considerable effort deciphering the reform, and it is difficult to distinguish reform activities from parallel measures and processes. Hence, it is difficult to identify clear effects and results of the reform. Against this background, we argue that there is tension between political and experimental implementation. Throughout the reform period, there has been a shift in the focus and orientation of the reform, from quality in services to prevention, coping and community planning. This shift has largely occurred bottom-up, with municipalities arguing that the current provision and organization of services for an ageing population is unsustainable. It has however also received support from a regional support network that has picked up the municipalities' signals and passed them on to the national authorities. There is considerable variation between the municipalities, where some municipalities have come a long way in their work, while others are just starting out. The fact that some municipalities lead the way, while others follow, is something that characterizes municipal innovation, and thus not unique to this reform. However, it raises questions about how innovation should be managed. We would argue that state governance should be organized in such a way as to promote learning rather than symbolic adaptation. At the same time, it is important to emphasize that the central role of municipal welfare services within a national welfare regime sets some limits for the extent of variation that is appropriate and legitimate. We therefore also assume that municipal restructuring and innovation also require a common, national debate on individual responsibility and public priorities.

# 1 Innledning

Ved årsskiftet 2023/2024 er reformarbeidet Leve hele livet formelt over. Reformen ble lansert i 2018 som en «annerledes reform» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a, s. 168). Den påla ikke kommunen nye oppgaver, la ikke opp til tiltak som skulle endre ansvarsfordelingen mellom stat og kommune, og skulle i all hovedsak gjennomføres innenfor rammen av kommunenes frie inntekter. Målet var «å endre praksis og bidra til omstilling og kvalitetsutvikling av ordinær virksomhet» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a, s. 169). By- og regionforskningsinstituttet NIBR ved OsloMet har, sammen med NOVA og Fakultet for Helsevitenskap (begge ved OsloMet) og Vista Analyse gjennomført en følgeevaluering av reformen.

Dette er den tredje og siste rapporten fra evalueringen. Her vil vi gi et bilde av hvordan kommunene har gjennomført Leve hele livet, og hvilken bistand de har fått fra reformens nasjonale og regionale støtteapparat. Vi vil også diskutere hvilken betydning reformen har hatt for eldre, deres pårørende og ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Vi har i første rekke basert oss på data samlet inn i evalueringens andre fase (se figur 1.1 under), men diskusjonene og vurderingene bygger på og videreutvikler funn og vurderinger fra tidligere rapporteringer (Zeiner et al., 2022; Zeiner et al., 2021).

Sluttrapporten er basert på flere delundersøkelser: Analyse av registerdata (kommunalt pasient- og brukerregister, KPR), en spørreundersøkelse til samtlige norske kommuner, kommunale vedtak og planer i tre fylker, samt en casestudie bestående av intervjuer med regionalt støtteapparat i tre fylker, samt intervjuer med politisk og administrativ ledelse, saksbehandlere i kommunene, samt eldre, pårørende og ansatte i helse- og omsorgstjenestene i de seks kommunene. I tillegg har vi gjennomført intervjuer med sentrale aktører i det nasjonale støtteapparatet. Delundersøkelsene blir presentert hver for seg, etterfulgt av en oppsummering og sammenfatning av evalueringens hovedfunn. I dette innledende kapittelet vil vi kort presentere evalueringens design. Deretter vil vi gi en kortfattet fremstilling av tidligere rapporteringer, etterfulgt av en nærmere presentasjon av de data og metoder som sluttrapporten baserer seg på.

## 1.1 Evalueringsdesign

Evalueringsdesign handler om problemstillinger, organisering av datainnsamling, analyse av innsamlede data, og formidling av resultater, og er som sådan en plan for hvordan vi skal komme fra hit (evalueringens problemstillinger) til dit (evalueringens funn og konklusjoner). I evalueringer, som i andre typer undersøkelser eller forskningsprosjekt er det viktig at undersøkelsesdesignet er fleksibelt nok til at det kan ta høyde for ny informasjon og kunnskap, og rigid nok til å sikre gjennomføring i tråd med evalueringens formål (jf. Yin, 1994).

Å sikre en riktig balanse mellom fleksibilitet og rigiditet har vært utfordrende i evalueringen av Leve hele livet. For det første fordi en rekke større og mindre hendelser har påvirket gjennomføringen av reformen. Av disse er nok koronapandemien den viktigste. Som vi har gjort rede for i tidligere rapporteringer fra evalueringen (Zeiner et al., 2022; Zeiner et al., 2021), førte pandemien til at mye av arbeidet med Leve hele livet ble satt på vent. Blant annet ble det vanskelig for kommunene å organisere medvirkningsprosesser med innbyggerne, det samme gjaldt for nettverksarbeid og andre aktiviteter i de regionale støtteapparatene. Både i kommunene og i fylkene ble kritisk personell tatt ut av sine ordinære arbeidsoppgaver og brukt i smittesporing og andre aktiviteter knyttet til håndteringen av covid-19, og også andre ressurser ble omdisponert fra utviklingsarbeid til pandemihåndtering (Zeiner et al., 2022). Som en følge av pandemien ble reformperioden utvidet med ett år, og skulle etter ny fremdriftsplan avsluttes først i desember 2024.

Leve hele livet ble lagt fram i 2018 av Solberg-regjeringen. Etter valget i 2021 fikk Norge ny regjering bestående av Arbeiderpartiet og Senterpartiet. Gjennom den nye regjeringens første statsbudsjett (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022), og ikke minst gjennom lansering av sin egen reform «Felleskap og meistring – bu trygt heime-reformen» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023), har den politiske oppmerksomheten om reformen stilnet. Blant annet er det besluttet at reformperioden likevel ikke skal utvides til ut 2024, og bevilgningen til Leve hele livet ble redusert med 43 millioner i budsjettet for 2023 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022). For evalueringens del har dette først og fremst resultert i at aktiviteter som var planlagt gjennomført over to år, nå er gjennomført i løpet av 2023, men vi opplever også at det har vært vanskeligere å rekruttere informanter til casestudien. Som vi vil se, gir også de regionale støtteapparatene uttrykk for at det har vært vanskelig å holde på kommunenes oppmerksomhet i dette siste året av reformen.

Til sist har det vært en dreining i innsatsen over tid, fra stortingsmeldingens søkelys på kvalitet i helse- og omsorgstjenestene til mer oppmerksomhet om aldersbæreevne, helhetlig samfunnsplanlegging og samskaping. Denne dreiningen, som også er diskutert i underveistrapportene fra evalueringen (Zeiner et al., 2022; Zeiner et al., 2021), har medført en målforskyvning i reformarbeidet som gjør det vanskelig å vurdere reformens effekter opp mot stortingsmeldingens mål. I overenstemmelse med oppdragsgiver har vi derfor tonet kraftig ned den summative delen av evalueringen og fremhevet evalueringens formative elementer. Av dette følger det at denne sluttrapporten i svært begrenset grad vurderer og diskuterer Leve hele livets effekter, men i stedet presenterer og analyserer de prosesser som er igangsatt som en følge av reformen.

I det følgende vil vi presentere evalueringens problemstillinger og organisering, oppsummere hovedfunn fra evalueringens underveistrapporter, samt gi en oversikt over de data og metoder som sluttrapporten baserer seg på. Vi avslutter med en presentasjon av rapportens struktur

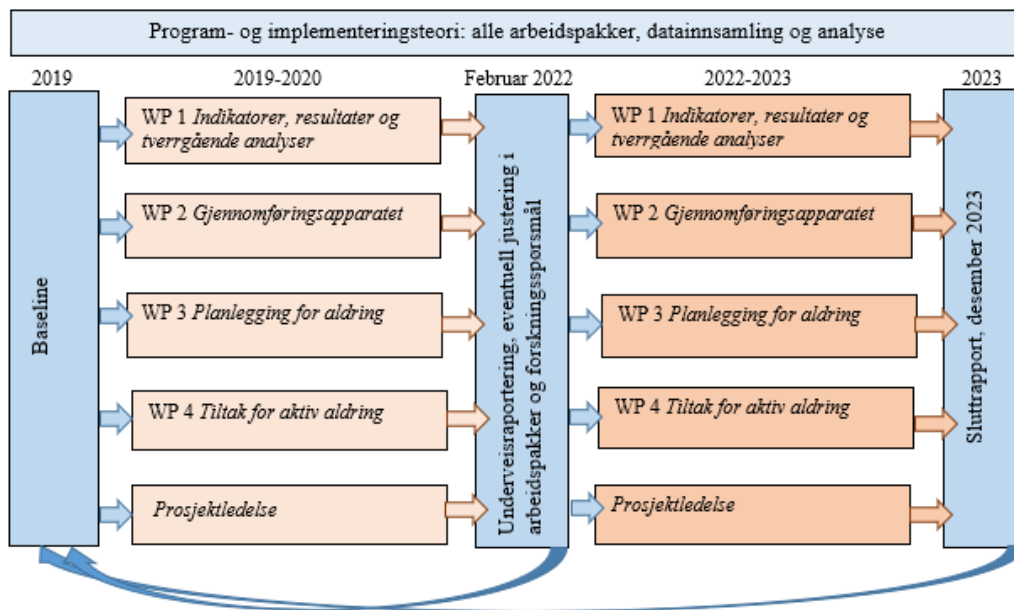
### 1.1.1 Problemstillinger og organisering av arbeidet

I utgangspunktet skulle evalueringen vurdere prosess, virkemidler, effekter, resultater og gevinster innenfor reformens mål, målgrupper og innsatsområder. Som nevnt over, har effekt- og resultatdelen av evalueringen blitt nedtonet i løpet av reformperioden, mens den formative delen er blitt mer fremtredende. Evalueringens overordnede problemstillinger er likevel de samme:

- Hvordan og i hvilken grad gjennomfører kommunene eldrereformen?
- I hvilken grad bidrar reformen til å endre prioriteringer, og styrke kommunenes innsats for eldre?
- Hva er resultater, effekter og gevinster av reformen for eldre, pårørende og ansatte i helse- og omsorgstjenestene?
- I hvilken grad og på hvilke måter bidrar tiltak og virkemidler, herunder det nasjonale og regionale støtteapparatet, til å nå målene for reformen?

Med utgangspunkt i disse fire overordnede problemstillingene, har vi organisert arbeidet i fire arbeidspakker (figur 1.1): Indikatorer, resultater og tverrgående analyser, gjennomføringsapparatet, planlegging for aldring, og tiltak for aktiv aldring. I den første arbeidspakken ser vi på utviklingstrekk i perioden, den andre arbeidspakken handler om det nasjonale og regionale støtteapparatet, den tredje arbeidspakken ser på hvordan kommunenes politiske og administrative håndtering av aldring, og den fjerde arbeidspakken presenterer erfaringer fra reformens målgrupper, det vil si de eldre selv, deres pårørende og helsepersonell og andre ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Figur 1.1: Organisering av evalueringen



### 1.1.2 Oppsummering av underveisrapporter

Den første delrapporten fra evalueringen undersøker hvordan det nasjonale og regionale støtteapparatet arbeider med Leve hele livet, og hvordan de forstår reformen (Zeiner et al., 2021). Et hovedfunn fra rapporten er at vi i reformens innledende faser befant oss i et felt som i liten grad var lesbart (jf. Scott, 1998). Til dels handlet dette om Leve hele livets form som et endringsarbeid som på samme tid skulle vokse fram nedenfra og styres ovenfra. Dette påvirket særlig utviklingen av verktøy og støttemateriell til bruk i kommunene. På den ene siden var det en forståelse av at støtteapparatet måtte avvete kommunenes behovskartlegging og -analyse, og på den andre siden en forventning om at verktøyene skulle være klare til å ta i bruk straks behovsavklaringen var gjennomført. På samme tid var det en målforskryning som blant annet medførte at særlig de regionale støtteapparatene opplevde et misforhold mellom reformens mål og virkemidler. Datagrunnlaget for rapporten er oppsummert i tabell 1.1.

Tabell 1.1: Oversikt over datamaterialet underveisrapport 2021

	Intervjuer	Dokumentanalyse
<b>Nasjonalt støtteapparat</b>	Helsedirektoratet, KS, Senter for omsorgsforskning  (6 intervjuer, april – september 2020)	St. Meld. 15 (2017-2018) Innst. 43 S (2018-2019) Tildelingsbrev Helsedirektoratet 2019 Tildelingsbrev Helsedirektoratet 2020 Årsrapport fra Helsedirektoratet 2019 Helsedirektoratet 6 intervjuer 28.04.20 - 10.09.20 Omsorg 2020 - årsrapport fra Helsedirektoratet 2019 KS Tildelingsbrev Fylkesmannen 2019 Senter for omsorgsforskning Tildelingsbrev Statsforvalteren 2020 Utlysning av tilskudd 2021 USHT Avtale mellom regjeringen og KS Kontrakt mellom Helsedirektoratet og Senter for omsorgsforskning (SoF) Diverse brev fra SoF til Helsedirektoratet
<b>Regionalt støtteapparat</b>	Statsforvalter  (9 intervjuer, september – november 2020)  KS region  (8 intervjuer, september 2020 – februar 2021)  Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT)  (15 intervjuer, november 2020 – februar 2021)	Årsrapport Fylkesmann/Statsforvalter 2019 og 2020, Handlingsplaner Leve hele livet

Den andre delrapporten fra evalueringen undersøkte hvordan kommunene forstår og vurderer Leve hele livet (Zeiner et al., 2022). Rapporten er strukturert rundt fire hovedspørsmål:

1. Hvordan forstår og vurderer kommunene Leve hele livet?
2. Hvordan arbeider kommunene med Leve hele livet?
3. Hvordan er arbeidet organisert?
4. Hvordan opplever kommunene støtten fra det regionale støtteapparatet, og er det det regionale støtteapparatet rettet inn mot kommunenes behov?

Rapporten besvarer disse spørsmålene gjennom tre delundersøkelser (tabell 1.2).

Tabell 1.2: Oversikt over datamaterialet, underveisrapport 2022

Delundersøkelse	Data
Spørreundersøkelse til kommunene	Nettbasert spørreundersøkelse til alle landets kommuner (oktober 2020 – november 2021)
Dokumentanalyse kommunale vedtak og planer	Saksframlegg og vedtak, kommuneplanens areal- og samfunnsdel, temaplan for helse- og omsorg, kommuneplanens handlingsdel med økonomiplan Agder, Innlandet og Nordland (112 kommuner) (november – desember 2021)
Caseundersøkelse i seks kommuner med tilhørende støtteapparat	Regionalt støtteapparat, 9 intervjuer (september 2021 – januar 2022) Kommunenes politiske og administrative ledelse, Eldreråd, saksbehandlere (helse og omsorg, plan) 28 intervjuer (september 2021 – januar 2022)

Stortingsmeldingen *Leve hele livet* – en kvalitetsreform for eldre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a) gir kommunene et stort handlingsrom i utforming og implementering av *Leve hele livet* lokalt. Dette kommer til uttrykk ved at kommunene i utgangspunktet står fritt til å velge *om* de vil følge reformarbeidet, samt at de kommunene som fatter vedtak om å følge reformarbeidet har stort rom for å velge *hvordan* arbeidet skal gjennomføres. I spørreundersøkelsen svarte nesten samtlige respondenter at de hadde planer om å gjennomføre *Leve hele livet*, men bare halvparten oppga at de hadde fattet vedtak om gjennomføring. Kartleggingen av kommunale vedtak viste en lignende tendens. Om lag en tredjedel av kommunene i utvalget hadde vedtatt en plan for *Leve hele livet* ved utgangen av 2021, mens 16 prosent hadde fattet et vedtak om å utarbeide en handlingsplan. Til sammen hadde noe under halvparten av kommunene fattet et vedtak knyttet til *Leve hele livet* i løpet av 2021.

Videre fant vi to distinkte tilnærminger til *Leve hele livet* i kommunene: *Leve hele livet* som samfunnsreform og *Leve hele livet* som sektorreform, hvor førstnevnte har vært promotert av de regionale støtteapparatene mens sistnevnte har vært mest fremtredende i kommunenes organisering og gjennomføring av *Leve hele livet*. Flere av kommunene forventet at *Leve hele livet* ville ha betydning for organisering, personell og budsjett, men enda flere rapporterte at de forventer større endringer i samarbeid internt i kommunen eller med eksterne aktører. Kommunene var grunnleggende positive til samskaping som styringsideal. Likevel fant vi at kommunene, tross stor velvilje, hadde et stykke igjen for å knekke samskapingskoden.

*Leve hele livet* har vært ulikt forankret i kommunenes politiske og administrative ledelse, noe som har påvirket både mulighetene for tverrsektorielt samarbeid og nytteverdien av regionale nettverk, samlinger og dialogmøter. Når ansvaret for fremdrift, beslutninger og samarbeid er lagt til en enkelt medarbeider, blir samarbeidet særlig sårbart. I enkelte av

casekommunene kom dette til uttrykk ved at kunnskap ikke er blitt videreført ved utskiftninger i personalgruppen. Med andre ord, når ildsjelen forsvinner ut av organisasjonen forsvinner også viktig kunnskap om kommunens arbeid. Samlinger i regi av det regionale støtteapparatet kunne vært en anledning til å sikre en bredere forankring, og dermed også bedre samordning, i kommunene, men heller ikke her har kommunens administrative ledelse nødvendigvis vært representert. Likevel fant vi at et stort flertall av kommunene hadde deltatt på dialogmøter og webinarer, og at om lag halvparten hadde deltatt i ulike læringsnettverk i regi av støtteapparatet. Når det gjelder læringsnettverk og erfaringsutvikling fant vi også at støtteapparatets tilbud svarer godt til kommunens forventninger og behov. Det kommunene først og fremst etterlyste var bedre økonomiske støtteordninger og mer informasjon rettet mot innbyggerne.

### 1.1.3 Datainnsamling og metode

Sluttrapporten bygger på og videreutvikler funn fra de tidligere delrapportene. Vi har gjennomført fire separate delundersøkelser: En undersøkelse av utviklingstrekk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i reformperioden ved bruk av KPR-data, en spørreundersøkelse til samtlige norske kommuner, dokumentstudier av kommunale planer og saksframlegg, samt en caseundersøkelse i seks kommuner i tre fylker. I tillegg har vi intervjuet aktører i det nasjonale støtteapparatet.

#### **Analyse av registerdata**

Data fra kommunalt pasient- og brukerregister anvendes for å gi en oversikt over tjenestene som tildeles gjennom det kommunale helse- og omsorgsapparatet i perioden 2018-2022, altså for mesteparten av tiden som reformen Leve hele livet har virket. Spesielt skal vi se på tildelingen av særlig relevante tjenester som blant annet institusjonsopphold, helsetjenester i hjemmet, matombringning og avlastning, og hvordan slike tildeles til ulike aldersgrupper gjennom reformperioden. Data og metoder beskrives nærmere i kapittel 4.

#### **Spørreundersøkelse**

E-post med invitasjon til å delta i nettbasert spørreundersøkelsen ble sendt ut til alle landets kommuner 2. november 2023 (se vedlegg 2). Spørreundersøkelsen var åpen i fire uker og det ble sendt ut to purringer. Spørreundersøkelsen er en oppfølging av en tilsvarende undersøkelse fra 2021 (se (Zeiner et al., 2021)).

Av landets 356 kommuner er det 96 kommuner som har besvart undersøkelsen. Dette gir en svarprosent på 27 prosent som betyr at under 1/3 av kommunene har besvart undersøkelsen. Svarprosenten er som forventet, og er kanskje mer vanlig enn uvanlig for spørreundersøkelser rettet mot kommunesektoren. Det hadde vært ønskelig med flere svar, men på tross av lav svarprosent gir svarene et rimelig grunnlag for å kunne si noe om mønstre og tilpasninger som er relevante for hele populasjonen av kommuner (se kapittel 5).

#### **Dokumentstudier**

For å få en oversikt over kommunenes arbeid, har vi i løpet av reformperioden samlet inn og analysert saksframlegg og vedtak knyttet til Leve hele livet, samt kommunenes planer for gjennomføring av Leve hele livet, kommunal planstrategi og handlings- og økonomiplaner i samtlige kommuner i de tre fylkene Agder, Innlandet og Nordland, til sammen 112 kommuner. De tre fylkene er valgt fordi de både dekker en stor del av Norges kommuner og sikrer geografisk spredning. Vi har samlet inn vedtak og planer som er offentlig tilgjengelige på kommunenes hjemmesider for perioden 2019 til og med juni 2023. Gjennom kvantitative og kvalitative undersøkelser har vi undersøkt omfang og innhold i kommunale vedtak, og hvordan Leve hele livet og aldersvennlige lokalsamfunn behandles i

kommunenes planverk. Undersøkelsene bygger på og videreutvikler analysene fra underveisrapporten fra 2022 (Zeiner et al., 2022).

### **Caseundersøkelse**

Vi har fulgt seks kommuner i tre fylker og tre regionale støtteapparat gjennom hele reformperioden: to fylker med en høy andel eldre, og et fylke med en lavere andel eldre. Vi har både sett på hvor stor andel av befolkningen som er over 80 år, og hvor stor andel som er over 70 år. De to fylkene i utvalget med høyest grad av aldring har naturlig nok også en større forsørgerbyrde for eldre. Fylket med lavere grad av aldring skiller seg også fra de to øvrige fylkene ved at en større andel av befolkningen bor i tettbygde strøk. Videre har vi valgt ut to kommuner i hvert fylke, en kommune med høy andel hjemmetjenester og en kommune med høy andel institusjonstjenester.<sup>1</sup> Kommunene er nærmere beskrevet i kapittel 7.

Vi har gjennomført intervjuer med Statsforvalter, KS region og Utviklingssenter for hjemmetjenester og sykehjem i de regionale støtteapparatene i de tre fylkene. Formålet med intervjuene har vært å få et bilde av hvordan støtteapparatene har arbeidet, og hvordan de vurderer Leve hele livet som reform og kommunenes gjennomføring av reformen. Videre har vi bedt aktørene i de regionale støtteapparatene om å vurdere samarbeidet i sine respektive støtteapparat, samt samarbeid med det nasjonale støtteapparatet og kommunene. Vi har også spurt om hvilke lærdommer de har gjort seg i løpet av reformperioden, og hvordan de vurderer veien videre. Intervjuene er gjennomført på Teams i løpet av høsten 2023.

I kommunene har vi gjennomført to delundersøkelser. For det første en undersøkelse av kommunens politiske og administrative ledelse, samt ansatte i kommuneadministrasjonen i casekommunene. Undersøkelsen oppdaterer og bygger videre på analysene fra underveisrapporten fra 2022 (Zeiner et al., 2022). Våren 2023 gjennomførte vi i alt 27 intervjuer, samtlige på Teams eller telefon. Videre har vi gjennomført intervjuer med eldre, deres pårørende og ansatte i de seks kommunene. Til sammen 36 helsepersonell og kommunalt ansatte, 17 eldre med ulikt omsorgsbehov og kontakt med tjenestene, og 18 pårørende er intervjuet (se kapittel 10 for en nærmere beskrivelse av respondentene). Intervjuene ble gjennomført i 2022 enten en-til-en eller som gruppesamtaler.

Tabell 1.3 gir en oversikt over datamaterialet.

---

<sup>1</sup> Vi har anvendt dekningsgrad i institusjon som kriterium, det vil si antall institusjonsplasser i prosent av befolkningen over 80 år.



Tabell 1.3: Oversikt over intervjuer i regionalt støtteapparat og casekommuner

Delundersøkelse	Informanter
<b>Regionalt støtteapparat</b>	Statsforvalter, KS region, USHT (3 fylker) juni – september 2023
<b>Politikere og administrasjon i kommunene</b>	Politisk ledelse, politisk opposisjon, Eldreråd, kommunedirektør, kommunalsjef (helse og omsorg, plan), saksbehandlere (6 kommuner) februar – mai 2023
<b>Brukere, pårørende og ansatte</b>	Eldre (hjemmeboende uten tjenester, hjemmeboende med tjenester, institusjonsbeboer), pårørende, ansatte (helsepersonell og andre kommunalt ansatte) (6 kommuner) januar – desember 2022

### Det nasjonale støtteapparatet

Vi har også intervjuet sentrale aktører i det nasjonale støtteapparatet. Sammen med intervjuene i de tre regionale støtteapparatene, anvendes disse intervjuene til å gi et bilde av støtteapparatets aktiviteter og prioriteringer i reformperioden, samt deres forståelse av Leve hele livet som reform. Til sammen tre intervjuer ble gjennomført i november 2023.<sup>2</sup>

## 1.2 Rapportens struktur

Rapporten er strukturert i tre deler: Del 1 presenterer evalueringens rammeverk samt reformens støtteapparat, og består av to kapitler. I kapittel 2 gir en fremstilling av evalueringens rammeverk, og kombinerer en dokumentstudie av Stortingsmeldingen og etterfølgende styringsdokument, med program- og implementeringsteori. Kapittel 3 gjør rede for det nasjonale og regionale støtteapparatets aktiviteter og diskuterer hvilken forståelse av Leve hele livet arbeidet bygger på.

Del 2 gir et overordnet bilde av gjennomføringen av Leve hele livet i kommunene. Den består av tre kapitler: I kapittel 4 diskuterer utviklingstrekk i kommunene i reformperioden basert på en analyse av data fra kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Kapittel 5 rapporterer fra den avsluttende spørreundersøkelsen til kommunene, Til sist studerer kapittel 6 kommunale vedtak og planer som virkemiddel i gjennomføringen av Leve hele livet.

Del 3 handler om undersøkelsene i casekommunene, og består av fire kapitler. Kapittel 7 gir en kort oversikt over casekommunene. Kapittel 8 diskuterer hvordan de regionale støtteapparatene har arbeidet mot kommunene og hvordan de vurderer kommunenes

<sup>2</sup> Et av intervjuene ble gjennomført skriftlig, de øvrige to på Teams.

innsats, mens kapittel 9 oppsummerer funn fra undersøkelsen av kommunenes politiske og administrative håndtering av Leve hele livet. Kapittel 10 gir en fremstilling av hvordan Leve hele livet har innvirket på eldre, deres pårørende og ansatte i kommunene.

Kapittel 11 oppsummerer funn fra evalueringens delundersøkelser.

# **Del I**

## **Stortingsmeldingen og støtteapparatet**

## 2 Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet vil vi presentere et rammeverk for å forstå implementeringen av Leve hele livet. Vårt utgangspunkt er en forståelse av Leve hele livet som en «annerledes reform» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a), som på samme tid skal vokse opp nedenfra og styres ovenfra (Zeiner et al., 2022). Gjennom bruk av implementeringsteori vil se hvilke føringer som ligger i denne kombinasjonen av top-down og bottom-up implementering. Nærmere bestemt vil vi anvende Matlands (1995) tvetydighet/konflikt-matrise. Vi starter imidlertid med å se på Leve hele livets programteori.

### 2.1 Leve hele livet som program

Leve hele livets er behandlet i tidligere rapporter fra evalueringen (Zeiner et al., 2022; Zeiner et al., 2021), hvor vi blant annet fant at Leve hele livet er et program i endring (Zeiner et al., 2022, s. 14). Her vil vi derfor nøye oss med kort å sammenfatte hovedtrekkene i Leve hele livet som program, for deretter å diskutere hvor anvendbar programteorien er for å forstå gjennomføringen av Leve hele livet. Vi argumenterer for at Leve hele livets kompleksitet og tvetydighet begrenser nytten av programteori, og at klassisk implementeringsteori gir en bedre forståelse, og bruker derfor Matlands (1995) oppsummering og syntetisering av implementeringsteorien som grunnlag for å forstå reformen.

#### 2.1.1 Programteorien

Programteori kommer i ulike varianter, men fremstilles gjerne som en enkel logisk modell (Rogers, 2008).

Figur 2.1: Enkel logisk modell (W.K. Kellogg Foundation, 2004)



Modellen skisserer forholdet mellom planlagt arbeid og forventede eller ønskede resultater. Det handler om å identifisere nødvendige ressurser (1) for å iverksette planlagte aktiviteter (2), hvilke output de planlagte aktivitetene forventes å produsere (3), hvilke utfall de planlagte aktivitetene vil lede til for de involverte deltakerne (4), og til sist hvordan dette utfallet vil føre til endringer i organisasjoner, samfunn eller systemer (5). Modellen forutsetter at implementering skal/bør skje gjennom en prosess som er lineær og trinnbasert.

Veldig enkelt kan Leve hele livets programteori oppsummeres slik: (i) Det er for stor variasjon i kvaliteten på tilbudet til eldre. (ii) Dette skyldes at de gode løsningene som er utviklet blir tatt i bruk av for få kommuner og for tilfeldig. (iii) Gjennom informasjons- og nettverksarbeid kan lokale aktører få kunnskap om løsningene og tilpasse dem til lokale forhold. (iv) Dette arbeidet skal skje gjennom å følge ulike trinn beskrevet i stortingsmeldingen om Leve hele livet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a). Innenfor rammen av programteori, kan vi si at de to første punktene handler om utfall og impact, mens de to siste punktene handler om ressurser, aktiviteter og output.

Som en logisk modell, kan Leve hele livet skisseres slik: Målet (ønsket impact) er å sikre «at eldre kan mestre livet lenger og ha en trygg, aktiv, og verdig alderdom» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a, s. 201), og derigjennom bidra til helse- og

omsorgstjenestenes oppslutning og legitimitet og den sosiale bærekraften til et aldrende samfunn. Det ønskede utfallet er bedre og mer likeverdige tjenester, særlig knyttet til mat og ernæring, aktivitet og fellesskap, helsehjelp og sammenheng i tjenestene, samt mer aldersvennlige lokalsamfunn. Ønsket output er kommunale vedtak knyttet til Leve hele livet, gjennomføringen av disse, herunder at Leve hele livet innlemmes i kommunens planverk. Ønskede aktiviteter er kartlegging av status i kommunene, beslutningsprosesser som involverer kommunens politikere, administrasjon og innbyggere, dialogmøter, nettverksaktiviteter og lignende. Virkemidlene (eller ressursene) er i første rekke reformens støtteapparat (regionalt og nasjonalt), samt Stortingsmeldingens kartlegging av gode tiltak.

En slik enkel, logisk modell er egnet til å gi en rask og overordnet sammenfatning av det tiltaket som skal iverksettes, og kan dermed fungere som et verktøy både i implementeringen og evalueringen av tiltaket. Bruk av slike modeller kan imidlertid også være risikabelt, særlig dersom de blir tolket bokstavelig når de ikke er helt sanne eller presise (Rogers, 2008, s. 34). Eoyang og Berkas (1999) peker på at bruk av enkle, lineære modeller til å evaluere komplekse, adaptive system kan lede til dysfunksjonalitet. Spørsmålet er om Leve hele livet er for kompleks til at programteori kan anvendes.

## 2.1.2 Kan vi anvende programteori for å forstå Leve hele livet?

I evalueringsteorien skilles det gjerne mellom enkle, kompliserte og flokete («wicked») programmer (Glouberman & Zimmerman, 2002). Forskjellene mellom dem er oppsummert i tabell 2.1.

Tabell 2.1: Enkle, kompliserte og flokete problem (Glouberman & Zimmerman, 2002)

Enkel: Følge en oppskrift	Komplisert: Månelanding	Flokete: Oppdra et barn
Oppskriften er nøkkelen	Formler er nødvendige og kritiske	Formler har begrenset verdi
Oppskriften testes for å sikre enkel replisering	Å lande en rakett på månen øker sannsynligheten for at det går bra neste gang også	Å oppdra et barn gir erfaring, men er ikke en garanti for suksess med neste barn
Ingen spesiell kunnskap er nødvendig, men kokkekunnskaper øker sannsynligheten for suksess	Høy ekspertise på flere felt er nødvendig for suksess	Ekspertise kan bidra, men er hverken nødvendig eller tilstrekkelig for suksess
Oppskrifter gir standardiserte produkt	Raketter ligner hverandre langs flere viktige dimensjoner	Hvert barn er unikt og må forstås som et individ
Den beste oppskriften vil alltid gi det beste resultatet	Utfallet kan predikeres med høy sannsynlighet	Utfall vil alltid være usikkert
Optimistisk tilnærming til problemløsning	Optimistisk tilnærming til problemløsning	Optimistisk tilnærming til problemløsning

Slik reformen er beskrevet i Stortingsmeldingen og i etterfølgende politikkdokument (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a, 2018b, 2020, 2021), er det tydelig at Leve hele livet er for kompleks til å sammenfattes i en enkel logisk modell (jf. Rogers, 2008). For det første skal Leve hele livet implementeres på flere steder samtidig; i kommuner som både varierer

langs mange viktige dimensjoner (økonomi, demografi, geografi og politisk og administrativ organisering), og som hver for seg har et relativt stort lokalt handlingsrom. Videre forutsetter Leve hele at flere styringsnivåer – statlig, regionalt og nasjonalt – koordinerer sin innsats. Til sist skal Leve hele livet på samme tid bidra til sosial og økonomisk bærekraft i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og forutsetter en samtidig innsats langs disse to sporene.

Det har videre blitt tydeligere i løpet av reformperioden at Leve hele livet også er en flokete reform. Som tidligere rapporteringer har vist, har det vært en dreining i innsatsen over tid, primært fra kvalitet i helse- og omsorgstjenestene til forebygging og aldersvennlige lokalsamfunn (Zeiner et al., 2022; Zeiner et al., 2021). I motsetning til hva som forutsettes i enkle logiske modeller, har ikke gjennomføringen av Leve hele livet vært en lineær prosess, hvor hvert steg i prosessen følger logisk av foregående steg eller handlinger. Snarere har reformen utviklet seg i dialog mellom aktørene horisontalt og vertikalt, og kan således beskrives som rekursiv og fremvoksende hvor både mål og virkemidler justeres underveis (jf. Rogers, 2008).

Forstått ut fra en enkel logisk modell, vil endringer i mål og virkemidler gjerne forstås som et uttrykk for ineffektiv eller feilslått implementering. Ifølge Rogers (2008), er det imidlertid tilfeller hvor en slik strategi vil være mer hensiktsmessig enn lineære og trinnbaserte prosesser. Det gjelder blant annet når et program skal håndtere samfunnsfloker, det vil si problem som er komplekse, ugjennomtrengelige, åpne og uforutsigbare (Alford & Head, 2017), hvor problemløsning skjer gjennom partnerskap og nettverksstyring (Uusikylä & Valovirta, 2007), eller hvor målet er å bidra til å utvikle fellesskapets kapasitet og robusthet (Rogers, 2008).

Samtlige av disse betingelsene er til stede i Leve hele livet. Å sikre sosial og økonomisk bærekraft i aldrende samfunn krever langsiktig innsats på tvers av politikkområder og aktører. Kunnskapen om virkemidler er under utvikling og på mange områder mangelfull, men det er generelt en forståelse av at samfunnets innsats må koordineres, slik at innsatser i og utenfor offentlig sektor trekker i samme retning. Det er dermed behov for samstyring, med partnerskap og samarbeid på tvers av styringsnivå og mellom offentlige og sivilsamfunnsaktører. Til syvende og sist handler Leve hele livet om å sikre at kommuner og lokalsamfunn har tilstrekkelig kapasitet til å møte de utfordringer som aldri medfører og samtidig sikre at eldre kan leve aktive og gode liv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a).

Mot denne bakgrunn blir det feil å utelukkende basere seg på en enkel logisk modell for å forstå og evaluere Leve hele livet. Programteori kan likevel anvendes såfremt den logiske modellen tar høyde for behovet for lokal tilpasning og endring (Rogers, 2008). Gitt at en slik modell nødvendigvis vil bli veldig kompleks, og at sentrale aktører har vært nølende til å operasjonalisere reformens mål og forventninger (Zeiner et al., 2022; Zeiner et al., 2021), har vi i stedet valgt å supplere programteorien med klassisk implementeringsteori, slik den er oppsummert og syntetisert av Matland (1995).

## 2.2 Styring ovenfra og læring nedenfra

I implementeringslitteraturen er det vanlig å skille mellom top-down og bottom-up teorier, hvor top-down teorier retter søkelyset mot politikktutforming på sentralt nivå og bottom-up teorier retter blikket mot tjenestemottakere, bakkebyråkrater og det lokale nivået. I sin gjennomgang av litteraturen finner Matland (1995) at valg av teori ikke er tilfeldig, men i stor grad handler om kvaliteter ved de tiltak eller program som er gjenstand for undersøkelsen. Enkelt forklart er det slik at top-down teorier gjerne blir brukt for i studiet av relativt

utvetydige tiltak og program, mens bottom-up teorier foretrekkes i situasjoner preget av usikkerhet.

Leve hele livet kan, som tidligere beskrevet (Zeiner et al., 2022), forstås både som top-down og bottom-up. Det er et arbeid som på samme tid skal vokse opp nedenfra og styres ovenfra. Noen elementer i reformen er relativt utvetydige, mens andre best kan beskrives som tvetydige eller uklare. Noen elementer er det stor oppslutning om, mens andre har vært preget av mer konflikt. I det følgende vil vi først presentere Matlands tvetydighet/konflikt-matrise, og deretter diskutere hvordan den kan brukes til å belyse Leve hele livet som prosess og innhold.

### 2.2.1 Implementering – tvetydighet og konflikt

Implementeringsteori er beryktet for sin kompleksitet, og har blitt beskrevet som «47 variabler som fullstendig forklarer fem casestudier» (Meier sitert i Smith & Larimer, 2013, vår oversettelse) og som et «intellektuelt blindspor» (DeLeon, 1999, s. 313, vår oversettelse). I følge Matland (1995) skyldes denne forvirringen til dels at implementeringslitteraturen i liten grad tar høyde for hvordan implementering varierer ut fra kjennetegn ved de tiltak eller program som er gjenstand for implementering. Med utgangspunkt i tiltaket eller programmets grad av tvetydighet og konflikt, identifiserer han fire implementeringsparadigmer: 1. lav konflikt, lav tvetydighet, 2. høy konflikt, lav tvetydighet, 3. høy konflikt, høy tvetydighet, og 4. lav konflikt, høy tvetydighet. Matrisen er oppsummert i figur 2.2.

Figur 2.2: Tvetydighet/konflikt-matrise: implementeringsprosessen

		KONFLIKTNIVÅ	
		Lavt	Høyt
TVEYDIGHET	Lav	(1) Administrativ implementering (ressurser)	(2) Politisk implementering (makt)
	Høy	(3) Eksperimentell implementering (kontekstuelle betingelser)	(4) Symbolsk implementering (koalisjonens styrke)

Administrativ implementering er kjennetegnet av lav grad av både konflikt og tvetydighet. Det er enighet om mål og virkemidler. Implementering skjer top-down, og møter liten motstand nedover i organisasjonen. Det betyr at effektiv implementering i første rekke vil avhenge av at prosjektet tilføres tilstrekkelige ressurser, samt at styringssignaler etterleves og følges opp. Når administrativ implementering går galt, skyldes det som regel tekniske problem, som igjen kan tilbakeføres til misforståelser, dårlig koordinering, utilstrekkelige ressurser, eller manglende overvåking av implementering (Matland, 1995). Verdens helseorganisasjons program for utryddelse av koppesykdommen, samt andre vaksinasjonsprogram, er gode eksempler på administrativ implementering.

Politisk implementering er også kjennetegnet av at aktørene har klare mål og god kunnskap om virkemidler. Fordi aktørene har ulike og motstridende mål, er politisk implementering imidlertid kjennetegnet av et høyt konfliktnivå. I motsetning til administrativ implementering, må man derfor regne med å møte motstand. Politisk implementering beskrives gjerne som et prinsipal-agent forhold, hvor effektiv implementering vil avhenge av at agentene etterlever prinsipalens krav og forventninger, og hvor prinsipalen sikrer etterlevelse

gjennom sanksjoner eller forhandlinger (Etzioni, 1962). Slike mekanismer er mest effektive når resultater og utfall kan måles og overvåkes, og når prinsipalen kontrollerer ressurser som er viktige for agenten (Matland, 1995). Helseforetaksreformen kan stå som eksempel på politisk implementering i en norsk kontekst.

Ekspertimentell implementering er kjennetegnet av tvetydighet og konsensus, og handler i stor grad om å oversette tvetydige mål og virkemidler til et handlingsprogram lokalt. Fordi mål og preferanser er svake, skiftende og inkonsistente, teknologien er uklar og deltakelsen flyter, fanges denne formen for implementering fanges godt opp av Garbage Can-modellen, slik den er beskrevet av Cohen, March og Olsen (1972). Gjennomføring og utfall vil i stor grad avhenge av hvilke aktører som er aktive og hvilke ressurser de bringer inn i prosessen. Hvilke aktører som involveres vil variere fra sted til sted, noe som betyr at også implementeringen vil variere fra sted til sted. Vellykket ekspertimentell implementering forutsetter at ulike lokale erfaringer samles inn og bidrar til læring for programmet som helhet. Ekspertimentell implementering handler dermed mer om læring enn om effekter, og er avhengig både av at lokale aktører får et visst spillerom og at informasjon og kunnskap om lokale prosesser brukes aktivt i utviklingen av tiltaket eller programmet (Matland, 1995). Omsorgsplan 2015 og Omsorg 2020 er eksempler på tiltak som legger opp til ekspertimentell implementering (Hagen, 2015; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Ved symbolsk implementering er konfliktnivået høyt, samtidig som mål og virkemidler er tvetydige. At tiltak kan være både tvetydige og konfliktfylte kan virke konstraintivt. Som Matland (1995) peker på, er tvetydighet en vanlig strategi i møte med motstand og konflikt. Samtidig vet vi at tiltak og føringer med stor symbolverdi kan vekke sterk motstand, selv i tilfeller hvor det konkrete innholdet forblir vagt. Det handler om å forplikte seg til sentrale verdier og prinsipper, enten ved gi sin tilslutning til nye mål og retninger eller ved å bekrefte tidligere retningsvalg (Matland, 1995; Olsen, 1970). Implementering av tvetydige mål og strategier vil i stor grad handle om å oversette abstrakte mål til konkrete tiltak. I tilfeller hvor det både er konflikt og tvetydighet vil implementering derfor avhenge av ulike lokale koalisjoners styrke. Prosessen vil i stor grad være politisk, men dominert og styrt av lokale aktører hvis mål og ambisjoner ikke nødvendigvis sammenfaller med sentralt definerte målsettinger (Matland, 1995). Symbolsk implementering skiller seg fra de øvrige implementeringsstrategiene ved at den som regel vil være uintendert, og følger av en forfeilet politisk eller ekspertimentell strategi.

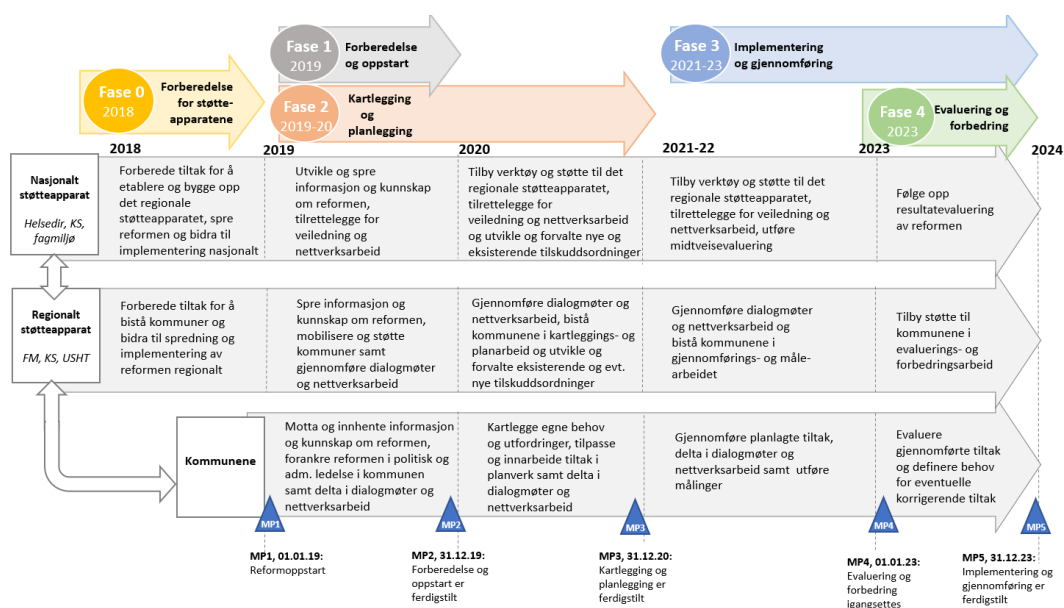
I Stortingsmeldingen om Leve hele livet og etterfølgende politikkdokument finner vi spor av samtlige av administrative, politiske og ekspertimentelle implementeringstilnærminger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a, 2018b, 2020, 2021). At Leve hele livet på samme tid kan fremstilles og forstås både som tydelig og utydelig kan virke konstraintivt, men har sin forklaring i at Leve hele livet både beskriver en prosess og et innhold, hvor førstnevnte er relativt klar, mens sistnevnte er mer tvetydig. I det følgende vil vi diskutere dette nærmere.

## 2.2.2 Leve hele livet som prosess

Stortingsmeldingen legger opp til at Leve hele livet skal gjennomføres i fire faser: forberedelse og oppstart, kartlegging og planlegging, implementering og forbedring og gjennomføring og evaluering. Hver av fasene skal gjennomføres på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå (figur 2.3).



Figur 2.3: Tidsplan og aktiviteter i Leve hele livet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a).



I støtteapparatet handler prosessen først og fremst om å tilby kommunene pedagogisk støtte, gjennom informasjons- og veiledningsmaterieil, og ulike nettverksaktiviteter. Det nasjonale støtteapparatet skal utvikle verktøy og informasjonsmaterieil, som det regionale støtteapparatet kan ta i bruk i kontakten med kommunene.

Kravet til prosess i kommunene er også relativt tydelig: Med utgangspunkt i en behovskartlegging, skal kommunene fatte et vedtak om tiltak og arbeidsformer på reformens fem hovedområder. Tiltakene skal innarbeides i kommunens planverk, og gjennomføres i løpet av reformperioden. Kommunen skal også delta på dialogmøter og i nettverksarbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a).

I stortingsmeldingen finner vi ulike signaler om hva som skal være statens rolle i gjennomføringen av denne prosessen. På den ene siden gir stortingsmeldingen inntrykk av at dette først og fremst skal skje gjennom administrativ implementering. Kommunene er ikke pålagt å gjennomføre Leve hele livet, og reformen baserer seg i liten grad på bruk av sanksjoner mot kommuner som velger å ikke gjennomføre. Stortingsmeldingen baserer seg på omfattende medvirkningsprosesser i forkant, hvor eldre, deres pårørende, ansatte i tjenestene, kommunale ledere, frivillige organisasjoner og forskere ble invitert til å komme med innspill og diskutere forbedringsmuligheter i tilbudet til eldre (Halogen, 2017). Stortingsmeldingen til grunn at Leve hele livet «bygger på hva ansatte, eldre, pårørende, frivillige, forskere og ledere har sett fungerer i praksis» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a, s. 7), og at det derfor er stor grad av enighet om de tiltak og løsninger som presenteres. Det følger av dette at den viktigste mekanismen for å sikre etterlevelse i kommunene er normativ, ved at stortingsmeldingen viser til et felles mål for innsatsen: «å skape et mer aldersvennlig Norge og videreutvikle kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a, s. 167).

Samtidig finner vi spor av en mer politisk tilnærming til implementering, blant annet gjennom bruk av mulige økonomiske sanksjoner dersom kommuner ikke gjennomfører reformen. Stortingsmeldingen legger til grunn at gjennomføring av reformen vil bidra til «mer effektive tjenester og et mindre omfattende tjenestebehov hos de eldre på sikt» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a, s. 175), og dermed til økt økonomisk bærekraft, og forutsetter derfor at arbeidet «i hovedsak skal dekkes av kommunenes frie inntekter» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a, s. 175). Samtidig legger meldingen opp til at statlige tilskuddsordninger i noen grad skal brukes som gulrot og pisk, ved at kommuner

«som omstiller seg i tråd med reformen, vil bli prioritert innenfor relevante eksisterende og eventuelle nye øremerkede ordninger» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a, s. 12). Utover i reformperioden, kanskje som et svar på en opplevelse av manglende respons i kommunene, blir dette kravet tydeliggjort og forsterket, ved at det stilles krav om at kommunene må dokumentere at de har fattet vedtak om gjennomføring, viser hvordan vedtaket tenkes innlemmet i kommunens planverk, samt dokumenterer deltakelse i regionale nettverk (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

Både administrativ og politisk implementering skjer i all hovedsak fra toppen og ned. Mål og virkemidler fastsettes på sentralt nivå, og implementeres på lokalt nivå enten gjennom en teknisk-rasjonell prosess (administrativ implementering) eller gjennom forhandlinger i kombinasjon med pålegg og godtgjørelse (politisk implementering). En slik top-down tilnærming favner, som vi skal se, bare en del av Leve hele livet.

### 2.2.3 Leve hele livet som innhold

Stortingsmeldingen forutsetter at kommunene gjennom sine vedtak tar stilling til meldingens løsningsforslag og at vedtaket omhandler reformens fem satsingsområder, men stiller ellers ingen spesifikke krav til tiltakenes omfang og ambisjoner. Det er også uklart i hvilken grad kommunene må identifisere og iverksette nye tiltak eller om de også kan basere seg på videreføring av allerede igangsatte tiltak. Dette har blant annet gitt seg utslag i ulike forståelser, både i det nasjonale og det regionale støtteapparatet, av Leve hele livets mål og virkemidler, og dermed av hva som kreves av kommunene i gjennomføringen av reformen (Zeiner et al., 2021). Denne tvetydigheten synes å være tilsiktet, og tilsier at Leve hele livet i stor grad er tenkt gjennomført nedenfra og opp (jf. Matland, 1995).

Når det gjelder innholdet i reformen, er inntrykket at stortingsmeldingen i stor grad etterstreber eksperimentell implementering. Dette kommer først og fremst til uttrykk gjennom meldingens vektlegging av utvikling gjennom læring:

Det beste er at kommuner lærer av hverandre og inspirerer hverandre. For å gjøre det enda raskere og sikre at løsningene spres i hele landet, blir satt i system og kan tas i bruk av alle kommuner, vil regjeringen etablere et nasjonalt og regionalt støtteapparat for reformperioden (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a, s. 7).

Videre er det stor aksept for at Leve hele livet vil se forskjellig ut i forskjellige kommuner. Kommunene skal «ta stilling til løsningene i reformen, og planlegge hvordan de vil utforme og gjennomføre dem lokalt» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a, s. 11). Samtidig avhenger eksperimentell implementering av hvem det er som deltar i arbeidet (Matland, 1995), og stortingsmeldingen legger vekt på at sentrale aktører må bringes inn i arbeidet. Det gjelder kommunenes politiske ledelse, hvis deltakelse sikres gjennom kravet om politisk fattede vedtak om Leve hele livet. Det gjelder kommunens plankompetanse, som med bistand fra de regionale støtteapparatene, skal utvikle, gjennomføre og evaluere lokale planer. Til sist gjelder det kommunens «innbyggere og brukere, foreninger, organisasjoner og næringsliv» som sammen med kommunen skal «legge grunnlaget for nye løsninger» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a, s. 171).

En forutsetning for eksperimentell implementering av Leve hele livet er at det legges til rette for evaluering og feedback. Det er ikke et problem i seg selv at gjennomføringen varierer fra kommune til kommune, men dersom informasjon om kommunenes implementering ikke samles inn og bearbeides vil læringen i beste fall være tilfeldig (jf. Matland, 1995). I dette ligger det at de regionale støtteapparatene ikke utelukkende skal fungere som det nasjonale nivåets informasjonskanal ut til kommunene, men også som en kanal hvor kommunene kan komme med tilbakemeldinger og informasjon om utfordringer og muligheter i de lokale iverksettingsprosessene. Det er også viktig at organiseringen av

arbeidet er fleksibel nok til å ta imot disse tilbakemeldingene og innarbeide dem i det videre arbeide med reformen.

## 2.3 Mellom politisk og eksperimentell implementering

I sum kan vi si at stortingsmeldingen i hovedsak plasserer Leve hele livet i et sted mellom politisk og eksperimentell implementering, hvor reformens formkrav peker mot politisk implementering og reformens substanskrav peker mot mer eksperimentell implementering. I det følgende vil vi se hvordan aktørene i støtteapparatet balanserer disse to tilnærmingene, og hvordan de tas imot i kommunene. Det er imidlertid verdt å merke seg at, selv om det kan synes som om stortingsmeldingen med dette har funnet en balanse mellom standardisering og lokalt selvstyre, så innebærer denne tilnærmingen også en risiko. Erfaringsmessig er det nemlig slik at standardisering motvirker læring, og at program som krever konformitet eller standardisering ofte vil lede til mer symbolsk implementering på lokalt nivå (Matland, 1995). Et spørsmål derfor om implementeringen av Leve hele livet finner en god balanse mellom politisk og eksperimentell implementering, eller om implementeringen blir mer av symbolsk art hvor kommunene responderer på nasjonalt definerte målsettinger og insentiv, men hvor realiseringen av reformens mål og ambisjoner avhenger av lokale koalisjoners mål og interesser.

## 3 Reformens støtteapparat

Det nasjonale og regionale støtteapparatet er Leve hele livets viktigste virkemiddel, og kan også betraktes som en ny måte å styre kommunene på. I 2020 og starten av 2021 snakket vi med de ulike aktørene for å forstå hvilken forandrings- og handlingsteori de bygget arbeidet sitt på (Zeiner et al., 2021). Vi fant spor av tre overlappende, men ikke identiske narrativ: Leve hele livet som kvalitetsreform, som styringsreform og som samfunnsreform. Videre fant vi at det var noe ulik vektlegging av de tre narrative, både internt i støtteapparatene og mellom det nasjonale og regionale støtteapparatet. Flere av informantene ga også uttrykk for at organiseringen av arbeidet på nasjonalt og regionalt nivå var problematisk. Det handlet for det første om at organiseringen var så tett knyttet opp mot helse- og omsorgssektoren, og for det andre om at organiseringen ikke tok høyde for at Leve hele livet skulle implementeres bottom-up, så vel som top-down.

I dette kapitlet vil vi diskutere hvordan det nasjonale og regionale støtteapparatet forstår Leve hele livet ved reformperiodens slutt. Vi går gjennom det nasjonale og regionale støtteapparatets beskrivelse av sine aktiviteter og prioriteringer i reformperioden, for deretter å analysere hvordan de i dag forstår og betrakter Leve hele livet som reform.

### 3.1 Det nasjonale støtteapparatet

Det nasjonale støtteapparatet består av Helsedirektoratet, KS og Senter for omsorgsforskning, som sammen skal «bidra til å skape oppslutning, engasjement og aktivitet i reformperioden» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a, s. 11). Helsedirektoratet har gjennomføringsansvaret, og har vært ansvarlig for fremdriften i arbeidet og for rapportering til Helse- og omsorgsdepartementet. Oppgaver og forventninger til Helsedirektoratet er beskrevet i tillegg til tildelingsbrev nr. 40 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018b). Samarbeidet med KS er formalisert og forankret i en avtale mellom Regjeringen og KS, hvor partene forplikter seg til å samarbeide om gjennomføringen av Leve hele livet på nasjonalt og regionalt nivå. Senter for omsorgsforskning deltar som nasjonalt fagmiljø, og har et særlig ansvar for tilrettelegging og spredning av fagkunnskap og veiledningsmateriell (Helsedirektoratet, 2021a). Sammen skal aktørene i det nasjonale støtteapparatet drive informasjons- og kommunikasjonsarbeid, tilby fagkunnskap, faglig støtte og veiledning, samt støtte de regionale støtteapparatene i deres arbeid. Her vil vi gjøre rede for det nasjonale støtteapparatets hovedaktiviteter i reformperioden, hvordan de har opplevd samarbeidet internt, og hvilke betraktninger de har om styring og implementering av Leve hele livet. Til sist vil vi sammenstille støtteapparatets betraktninger i oppstarten av Leve hele livet, med deres vurderinger på tampen av arbeidet.

#### 3.1.1 Aktiviteter og prioriteringer i reformperioden

Oppgavene til det nasjonale støtteapparatet (Helsedirektoratet, KS og Senter for omsorgsforskning) er å drive informasjons- og kommunikasjonsarbeid, tilrettelegge og spre faglig kunnskap, tilrettelegge og tilby veiledning i arbeidsmetodikk, støtte og bistå regionalt støtteapparat, dele ut Leve hele livet-prisen samt sørge for følgeevaluering av reformen (Helsedirektoratet, 2023).

Det nasjonale støtteapparatet har hatt som en av sine hovedoppgaver å utvikle veiledningsmateriell og tilrettelegge for at kunnskap og materiell gjøres tilgjengelig for kommunene, blant annet gjennom planleggingsverktøyet ressursportalen.no. En annen hovedoppgave har vært å gi støtte og veiledning til regionalt støtteapparat, så de igjen kan støtte kommunene i deres arbeid med reformen. I den forbindelse har nasjonalt

støtteapparat blant annet hatt månedlige møter med statsforvalter i de regionale støtteapparatene, sendt ut nyhetsbrev regelmessig og arrangert samlinger for hele støtteapparatet for temabasert erfaringsutveksling. De fysiske samlinger med alle de regionale støtteapparatene blir vurdert som svært positive blant deltakerne fra de regionale støtteapparatene, og blir fremhevet som et viktig virkemiddel for å sikre erfaringsutveksling på tvers av fylkene og støtteapparatene.

I 2020, 2021 og 2022 har det nasjonale støtteapparatet arrangert en årlig Leve hele livet konferanse og tildelt Leve hele livet prisen til en kommune for deres arbeid med reformen. De digitale konferansene og Leve hele livet prisen har vært med på å skape oppmerksomhet om reformen, og regnes som vellykkede blant arrangører og deltakere, som i 2022 talte over 3000 påmeldte (Helsedirektoratet, 2023). Leve hele livet prisen trekkes også fram av de øvrige aktørene i støtteapparatet som et vellykket tiltak.

Nettverket for aldersvennlig lokalsamfunn ble reetablert 2021. Ved utgangen av 2022 var 208 kommuner med. Nærmere informasjon om aktivitetene til det nasjonale støtteapparatet fremgår av Leve hele livet-årsrapportene.

## **Prioriteringer**

Nasjonalt støtteapparat fremhever viktigheten av å arbeide forskningsbasert. Velfungerende tiltak i én kommune vil ikke nødvendigvis fungere i en annen kommune, noe stortingsmeldingen med sine eksempler kan ha gitt inntrykk av. I tidlig fase av reformen utarbeidet Senter for omsorgsforskning derfor flere kunnskapsoppsummeringer, som dannet et kunnskapsgrunnlag for å utarbeide veiledere til kommunene.

En av tilbakemeldingene støtteapparatene fikk fra kommunene allerede i første fase av reformen var at bærekraft og planlegging opplevdes som det viktigste for flere kommuner. Det var medvirkende til at det i større grad er utarbeidet materiell med fokus på planarbeid, og i mindre grad kvalitetsfremmende arbeid, sammenliknet med fokuset i stortingsmeldingen. Dreiningen fra kvalitets- og tjenestereform til samfunnsreform i løpet av de første årene av reformperioden har altså hatt påvirkning på hva slags veiledningsmateriell som er utviklet i løpet av reformperioden. Det har også fått betydning for hvordan den kommende reformen, «Bo trygt hjemme», rigges, blant annet med en mer tversektoriell forankring fra nasjonalt hold, ikke bare helseaktører.

En informant fra nasjonalt støtteapparat påpeker at tilskuddsmidler knyttet til spesifikke aktiviteter ikke er i tråd med bottom-up-tilnærmingen, som nettopp går ut på å gi kommunene frihet til å finne lokale løsninger.

Nasjonalt støtteapparats mål er at Leve hele livet skal skape holdningsendringer hos kommuneledelsene, spesifikt en forståelse av behovet for å bygge opp analyse- og plankompetanse og starte med langsiktige tversektorielle analyser. Selv om fokuset i stort har dreid fra kvalitet-/tjenestereform til forebygging-/samfunnsreform, fastholder nasjonalt støtteapparat at det fremdeles er viktig ikke å glemme de med tjenestebehov, særlig hjemmeboende eldre med stort omsorgsbehov (se også diskusjon i kapittel 10).

Det har vært tydelig mindre aktivitet fra nasjonalt støtteapparats side etter regjeringsskiftet. Verken Leve hele livet-konferanse eller Leve hele livet-prisen arrangeres i 2023. Videre er reformperioden, som først ble utvidet med ett år grunnet pandemien, redusert med ett år igjen. Regionalt støtteapparat og kommunene har merket at fokuset fra nasjonalt hold er flyttet over på den kommende reformen, «Bo trygt hjemme», og melder at det har negativ innvirkning på kommunenes arbeid med reformen når trykket ikke holdes oppe nasjonalt.

Samlet sett kan det nasjonale støtteapparatets vurdering av arbeidet oppsummeres slik: Gjennom å bringe sammen ulike aktører med ulikt mandat og ulike roller, har Leve hele livet bidratt til å samordne og fordele aktørenes innsats, kommunikasjon og utspill. Dette har vært mulig fordi Leve hele livet har utviklet seg til å bli en innsats som har vektlagt helsefremming, aldersvennlige lokalsamfunn og folkehelseperspektivet, i tillegg til langsiktig planlegging og

bærekraft. Enkelte av aktørene understreker imidlertid at denne arbeidsformen også har sine begrensninger: «I møte med nye reformer og satsinger som går tettere på kommunenes ansvar for å levere tjenester, eller kommunens ansvar som arbeidsgiver kan så kan det være prinsipielt mer utfordrende med den samme type støtteapparat regionalt fordi aktørene kan møte målkonflikter mellom roller og ansvar» (Regionalt støtteapparat, 05.12.2023).

### 3.1.2 Politisk styring eller eksperimentell implementering?

Aktørene i det nasjonale støtteapparatet beskriver en implementeringsprosess som i stor grad har vært bottom-up, og hvor læring har vært prioritert gjennom hele perioden. De beskriver et arbeid som i stor grad har vært styrt av kommunenes behov, og hvor regionale og nasjonale aktører har vært lyttende og fleksible.

Så akkurat den biten som har gått på dette med kunnskap og informasjon og veiledning og støtte og sånne ting til regionale støtteapparater, har dreiet seg veldig over fra å være tjenestetungt til å bli veldig samfunnstungt. Og det har jo vært, som jeg har sagt mange ganger, noe som har vært drevet litt fram fra vår side, men i all hovedsak drevet fram fra kommunene selv (Nasjonalt støtteapparat, 02.11.2023).

Dette gjelder, slik en av informantene formulerer det, helt opp til departementsnivå:

For å si det litt enkelt og greit så tror jeg at politikerne og HOD<sup>3</sup> har lyttet veldig godt til erfaringene fra Leve hele livet. De har sett den dreining som har vært, og sett at den dreiningen er veldig kommunedrevet (Nasjonalt støtteapparat, 02.11.2023).

Opplevelsen er at kommunenes behov har vært styrende; «at her kan ikke toppen rushe ut mot kommunene og si at nå må du gjøre sånn og slikt» (Nasjonalt støtteapparat, 17.11.2023).

Dreiningen blir ofte beskrevet som et skifte fra at Leve hele livet primært skulle være en kvalitetsreform i tjenestene til at reformen blir forstått som en bredere samfunnsreform som skal og bør involvere ulike sektorer og aktører i og utenfor stat og kommune. Samtidig understrekes det at det er et stort spenn i målgruppe, og at «hvis det blir sånn at det er bare den ene delen av dem, den friskeste, som det legges til rette for eller som man satser på, så vil det være synd. Det er også mange som er helt avhengig av de tjenestene for å leve et godt liv», og at tjenester derfor «alltid være en del av det» (Nasjonalt støtteapparat, 17.11.2023).

Det er dermed ikke nødvendigvis slik at tjenesteperspektivet er borte, men at måten man tenker om tjenestene og tjenesteutvikling som har endret seg. Det handler blant annet om hvordan man forstår lærings- og innovasjonsprosesser:

For det er jo sagt det i mange sammenhenger at [stortingsmeldingen] kan oppfattes nærmest som en kokebok. Det første som skjedde da denne ble lansert var at forskerne gikk på banen og sa at dette med å dele rått eksempler fra andre kommuner det var ikke holdbart. Fordi man hadde jo ikke noen grunnlag for å vite om de ville fungere i andre kommuner. Så dette med å se på Leve hele livet som en oppskriftsbok med alle disse gode eksemplene som man kunne plukke av og implementere i egen kommune, det var jeg veldig glad for at vi fikk dreid vekk ifra (Nasjonalt støtteapparat, 02.11.2023).

---

<sup>3</sup> Helse- og omsorgsdepartementet

I dette ligger det en erkjennelse av at læring og innovasjon er mer komplekst enn å følge en oppskrift, og krever at oppmerksomheten rettes mot prosess heller enn effekter:

Resultater og effekter er jeg ikke så opptatt av, om man har fått bedre ernærte eldre. Det jeg foreløpig er opptatt av er en økt forståelse i kommunene av hva en sånn type satsning er. Hvordan den kan være til nytte og hvordan vi kan bruke den (Nasjonalt støtteapparat 02.11.2023).

Det handler også om at effektene kan være vanskelig å måle, at Leve hele livet er en type arbeid som handler om å endre holdninger og arbeidssett, og at dette ikke er et arbeid hvor man kan forvente effekter på kort sikt. Da kan effektmålinger, som en av aktørene peker på, være mer til bry enn til nytte.

Aktørene beskriver videre at det har vært et samspill mellom Leve hele livets innhold og form, som ikke alltid har vært helt enkelt. Dette gjelder blant annet systemet for rapportering fra kommunene til de regionale støtteapparatene videre oppover i systemet. Det kan, som en av aktørene påpeker være «ganske omfattende rapporteringsrutiner og skjemaer (...) uten at du får svar på det du ønsker (...) svar på (...), kanskje spesielt i forhold til (...) prosess og prosessveiledning» (Nasjonalt støtteapparat, 17.11.2023). Spørsmålet er hva som er blitt målt, er det «planlaging eller planlegging?» (Nasjonalt støtteapparat, 17.11.2023). Aktørene peker således på et komplekst spørsmål, nemlig hvorvidt rapportering og effektmål, og den standardisering som ligger i bunn for rapporteringer, bidrar til lesbarhet og dermed er en forutsetning for intervensjoner (Scott, 1998), eller om rapportering og effektmål kan stå i veien for læring og effektiv implementering (Argyris & Schön, 1978; Matland, 1995)

Som enhet heller nok det nasjonale støtteapparatet mot at læring, gjennom for eksempel eksperimentell implementering, bør være hovedmålet for den type satsinger som Leve hele livet er et eksempel på. Det handler på mange måter om læring gjennom prøving og feiling:

Det er også noe med dette dilemmaet med å jobbe med morgendagens løsninger. Og så ha eksempler som har fungert i veldig mange år. Det kan man si er det gårtdagens tiltak som skal møte morgendagens utfordringer? Det er veldig mye sånne ting som har kommet opp og vært parkert litt igjennom prosessen som jeg tror har vært sunt (Nasjonalt støtteapparat, 02.11.2023).

Dette krever en type fleksibilitet i organiseringen av arbeidet som Leve hele livet bare delvis har hatt. Som så mange andre vi har snakket med, er også aktørene i det nasjonale støtteapparatet opptatt av at arbeidet burde vært forankret bredere og involvert flere aktører. Samtidig understreker de betydningen av at Leve hele livet faktisk har bragt sammen aktører som på ulike måter er sentrale:

Men for min del så har det skjedd veldig mye positive ting på dette med dialog og samarbeid med viktige aktører. Og det er noe som er verdt å trekke fram fra det nasjonale støtteapparatet. Dette her med denne riggen som gjør at folk som er viktige i arbeidet uten mot kommunen og endringsarbeid og utviklingsarbeid, at de blir satt sammen i et formelt samarbeid, blir kjent med hverandre, får tillit, henter ut synergieffekter (Nasjonalt støtteapparat, 02.11.2023).

Budskapet er at akkurat som Leve hele livet kan forstås som en «annerledes» og innovativ reform, kan også selve støtteapparatet forstås som en viktig nyvinning. Det har ikke fungert perfekt, men bør videreutvikles heller enn å skrotes: «Det viktigste i innovasjonen er å stjele alt du orker. Det kan være veldig synd å begynne på en helt ny struktur. Min opplevelse er at det har tatt tid å rigge en sånn struktur som det har vært nå. Det er alt for tidlig å begynne å finne feil med den strukturen. Feil er det, det er det alltid. Men det blir ikke noen større feil enn med en ny» (Nasjonalt støtteapparat, 17.11.2023).

## 3.2 De regionale støtteapparatene

I hvert fylke er det etablert et regionalt støtteapparat bestående av statsforvalter, KS regionalt og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT). Enkelte regioner har også innlemmet andre aktører i støtteapparatet, som for eksempel fylkeskommunen, andre regionale fagmiljø, fylkeseldreråd, Husbanken med videre, mens andre har forsøkt å rekruttere flere aktører uten å lykkes med dette.

Det regionale støtteapparatet skal veilede og støtte kommunene i sitt fylke i arbeidet med Leve hele livet, gjennom å arrangere dialogmøter, veiledningsmøter, nettverkssamlinger, og på andre måter støtte kommunene i sitt utviklings- og planarbeid. Det regionale støtteapparatet, ved statsforvalter, skal videre gi halvårslige rapporter fra kommunene til Helsedirektoratet. I tillegg har det, i regi av Helsedirektoratet, blitt gjennomført månedlige statusmøter mellom det nasjonale støtteapparatet og statsforvalterembetene. Således har de regionale støtteapparatene, i tillegg til å spre informasjon fra nasjonalt nivå ut i fylkene, også hatt en funksjon som formidler av kommunenes ønsker, behov og innvendinger oppover i systemet.

I det følgende vil vi se nærmere på de regionale støtteapparatene i våre tre casefylker; hvilke aktiviteter de har gjennomført og prioriteringer de har gjort i reformperioden, og hvordan de oppfatter sin rolle som formidler mellom statlig og lokalt nivå. De regionale støtteapparatenes vurdering av arbeidet i og med kommunene er tema i rapportens kapittel 8.

### 3.2.1 Aktiviteter og prioriteringer i reformperioden

Oppgavene til det regionale støtteapparatet (statsforvalterne, KS og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester) er å mobilisere og engasjere alle kommunene i eget fylke, spre kunnskap om reformen, innhold og virkemidler, gi tilbud om støtte og veiledning og invitere til læringsnettverk og erfaringsdeling mellom kommunene (Helsedirektoratet, 2023).

#### **Konkretisering av oppdraget og organisering av de regionale støtteapparatene**

En av de regionale støtteapparatenes første oppgaver i 2019 var å utarbeide regionale gjennomføringsplaner. Både informanter fra regionalt og nasjonalt støtteapparat forteller om et stort tolkningsarbeid i begynnelsen av reformperioden pga. en utydelig stortingsmelding og vagt mandat til statsforvalter:

Det opprinnelige mandat til statsforvalter i forhold til Leve hele livet. Det var jo ekstremt vagt. (...) prøvde å finne ut av det mandatet. Vi jobbet mye med det. Hvem er det dere tenker skal være med? Alt var veldig vagt (Statsforvalter, fylke C, 2023).

Også dette massive blekken med eksempler, som egentlig det med Leve hele livet var (...). Her var det fritt frem, på en måte. Det føler jeg hele leve hele livet arbeidet bærer preg av. Det å plukke ut det du synes er spennende her, og så jobbe det. Ja kan man kalle det en reform? Det er det jeg sitter kanskje igjen med (Statsforvalter, fylke C, 2023).

De ti regionale støtteapparatene har endt opp med å organisere seg og arbeide noe ulikt. Alle består av samme felles kjerne (Statsforvalter, KS og USHT), men i tillegg har flere av støtteapparatene valgt å knytte til seg aktører som fylkeskommunen, Husbanken, frivilligsentraler, eldreprerentanter og forskningsinstitusjoner. Det har også i varierende grad vært samarbeid mellom de regionale støtteapparatene på tvers av fylkesgrensene, med alt fra erfaringsutveksling til konkret deling av webinarer og annet materiale utarbeidet av et regionalt støtteapparat.



Samarbeidet internt i de regionale støtteapparatene vurderes av de fleste som positivt, men det vises også til enkelte utfordringer, blant annet grunnet ulike roller, tolkninger og kontaktflater ut mot kommunene (Zeiner et al., 2022). Flere av informantene fra de regionale støtteapparatene forteller at det tok tid før de fant samarbeidsformen, men at de tror riggen med de regionale støtteapparatene nå kommer kommunene til gode i form av bedre koordinert innsats ut mot kommunene.

### **Tilskuddsmidler betinget på Leve hele livet-vedtak – lite effektivt virkemiddel**

Mange informanter trekker frem at det er en reform omtrent uten økonomiske virkemidler. Få har inntrykk av at det har vært et effektivt virkemiddel å kreve at kommunene må ha vedtatt en plan for gjennomføring av Leve hele livet for å prioriteres i en rekke tilskuddsordninger. Det er ressurskrevende for tilskuddsforvalter og lite virkningsfullt overfor kommunene, mener en informant, med mye erfaring med tildeling av tilskudd i sitt arbeid hos statsforvalter.

En informant fra nasjonalt støtteapparat påpeker at tilskuddsmidler knyttet til spesifikke aktiviteter ikke er i tråd med bottom-up-tilnærmingen, som nettopp går ut på å gi kommunene frihet til å finne lokale løsninger.

### **Dialog- og veiledningsmøter**

De regionale støtteapparatene gjennomførte i løpet av 2019-2020 innledende dialogmøter med kommunene, hovedsakelig gruppevis, men også enkeltvis. Gjennom møtene har kommunene fått mulighet til å stille spørsmål, melde om sine behov, og komme med innspill til temaer for videre oppfølging. Det rapporteres om god oppslutning om dialogmøtene, men ikke alle kommuner har deltatt og det er stor variasjon i hvem og hvor mange fra hver kommune som stiller.

Dialogmøtene fremheves som veldig nyttige blant flere av informantene fra de regionale støtteapparatene:

Jeg skulle kanskje kunne ha hatt muligheter til å være mer ute i kommunene, og kunne kjørt flere ut av de her regionale dialogmøtene fysiske som vi hadde, for det var virkelig der vi møtte kommunene bredt og fikk de gode tilbakemeldingene. Skal vi som et regionalt støtteapparat ivareta kommunene, så har det alltid vært viktig å ha fokus på hva kommunene er og hva de trenger. Så det å kanskje ha hatt noen årlige sånne møter, men så krever det jo veldig mye (KS, fylke B, 2023).

De regionale støtteapparatene har i tillegg til innledende dialogmøter, gjennomført flere veilednings-/dialogmøter i løpet av reformperioden med en stor andel av kommunene.

Koronapandemien medførte at kommunikasjonen i stor grad gikk over til digitale møter, noe som omtales både som en stor mulighet til å nå ut til flere kommuner, men samtidig en dårligere plattform for kommunene til å etablere kontakter i andre kommuner. Både støtteapparatenes og kommunenes reform-aktivitet ble også redusert under pandemien, særlig i områder som ble sterkt rammet eller der sentrale personer i Leve hele livet-arbeidet fikk nye oppgaver knyttet til pandemihåndtering.

### **Webinarer, konferanser og kontaktpersonsamlinger**

De regionale støtteapparatene har, i tillegg til dialog- og veiledningsmøter med kommunene, blant annet laget og/eller videreformidlet webinarer og nyhetsbrev. Det er blitt arrangert inspirasjonskonferanser og kontaktperson-/nettverkssamlinger. Det er regionale variasjoner i form og innhold i aktivitetene, men generelt har de vært knyttet til de ulike satsingsområdene i reformen (bl.a. temaer som ernæring, velferdsteknologi, etikk, frivillighet mv.) og særlig planarbeid har vært vektlagt i alle regioner.

## **Fokus på kommunenes planarbeid og bærekraft**

Som del av reformen forventes det at kommunene utarbeider og vedtar en plan for Leve hele livet. Støtteapparatet har gjennom ovennevnte dialogmøter, webinarer, samlinger mv. forsøkt å bistå kommunene i dette arbeidet. Det innebærer blant annet å systematisere eksisterende tiltak knyttet til ernæring, frivillighet mv.

Bærekraft ser, etter dreiningen til samfunnsreform, ut til å ha blitt hovedfokus i de regionale støtteapparatene. Noen regionale støtteapparat beskriver dreiningen som et resultat av tilbakemeldinger fra kommunene i forbindelse med de innledende dialogmøtene. Som vi vil se i gjennomgangen av kommunale planer (kapittel 6) og i casestudien (kapitlene 7-9), er det den økonomiske bærekraften som er kommunenes viktigste anliggende. I møte med kostnadsvekst (Andrews et al., 2021), personellmangel (NOU 2023:4, 2023), og økte behov, er kommunene særlig opptatt av å få til en venstreforskyvning (vridning av innsats mot de lavere trinnene i innsatstrappen) i omsorgstjenesten. På denne bakgrunn var enkelte i regionalt støtteapparat tidlig opptatt av at bærekraft og aldersvennlig samfunn er elementene i reformen som best treffer kommunenes behov.

Kommunene er tilbudt kartleggingsverktøy og veiledning, som blant annet skal bidra til økt forståelse for den demografiske utviklingen og konsekvensene for hver enkelt kommunes tjenester og arealbruk. Det er også tilbudt plan- og prosessveiledning.

Det er stor variasjon mellom kommunene, fra de som har kommet langt i planarbeidet og har mye kompetanse på området, til de som har fått øynene opp for utfordringene og etterspør bistand fra regionalt støtteapparat, til kommunene som ikke har kapasitet til å ta tak i problemstillingene som om kort tid vil banke på alles dør. Når det gjelder forskjeller mellom små, mellomstore og store kommuner, er det ulike oppfatninger blant informantene i støtteapparatene. Enkelte mener at det særlig er de mellomstore kommunene som har nytte av reformen generelt og støtteapparatet spesielt, mens andre mener at det snarere handler om vilje (enten hos kommunen som helhet eller hos noen ildsjeler) til å ta fatt i omstillingsarbeidet.

## **Nettverk, forankring og tversektoriell orientering**

En av grunntankene i Leve hele livet-reformen er at kommunene skal lære av hverandre, blant annet gjennom nettverk. Regionalt støtteapparat skulle bistå kommunene med å koble seg på relevante eksisterende nettverk og/eller opprette eventuelle nye nettverk i forbindelse med reformen. I flere fylker har det blitt dannet nettverk for Leve hele livet-kontaktpersonene i hver kommune. Andre regionale støtteapparat har bevisst valgt ikke å opprette nye nettverk, fordi det allerede finnes svært mange ulike nettverk kommunene kan delta i. Støtteapparatene har generelt forsøkt å hjelpe kommunene med å få oversikt over de mange nettverkene som finnes, for at de bedre skal kunne nyttiggjøre seg av eksisterende tilbud.

Kommunene og regionalt støtteapparat har gitt tilbakemelding om at det er krevende å sørge for at nettverksaktivitetene knyttet til Leve hele livet får betydning for arbeidet i kommunene. Det krever blant annet at de i kommunen som deltar på et webinar, møter eller samling, og tar med seg eventuelle ideer og lærdommer tilbake til sin kommune, faktisk har mulighet og myndighet til å påvirke kommunens arbeidsprosesser og/eller budsjett. Leve hele livet-kontaktpersonen har i de fleste kommuner vært en som arbeider innen helse i kommunen som ikke har en lederposisjon.

En informant vedkjenner at nasjonalt støtteapparat burde tenkt mer på hvordan støtteapparatene skulle operasjonalisere det å invitere kommunene til å delta i læringsnettverk og erfaringsdeling mellom kommunene. Det var vanskeligere enn først tenkt å treffe de riktige personene/funksjonene i kommunene.

Det har over tid blitt klarere kommunisert at det er behov for å arbeide tversektorielt, i sammenheng med dreiningen til samfunnsreform. Flere informanter forteller at måten Leve hele livet er rigget på, med at aktørene i nasjonalt og regionalt støtteapparat alle har

forankret i helse-linja, oppleves som et hinder for tversektorielt arbeid, bl.a. fordi det har betydning for hvem i kommunene støtteapparatet når ut til. Statsforvalterrepresentanter for Leve hele livet, som selv arbeider på helseområdet hos SF, forteller at de har blitt mer bevisste på å trekke inn andre enheter hos SF i sitt arbeid med reformen. Også flere kommuner ser det ut til å ha fått øynene opp for nye former for tversektorielt arbeid. En av informantene uttrykker det slik:

det er kanskje vanskelig å se alle kommunene under ett, men hvis man ser på noen kommuner, så tenker jeg absolutt at det har hatt virkelig en god nytteeffekt med at det har vært mye mer fokus på å jobbe på tvers av tjenestene i kommunen. Noen kommuner har slitt med å få det til, mens andre kommuner har virkelig fått det til å bruke det samarbeid som er oppstått i Leve hele livet, også i andre sammenhenger. Jeg fikk høre forrige uke at det var noen kommunalsjefer som sa at de tidligere aldri ville tenkt på det her, å tvinge seg litt på for eksempel planleggerne i kommunen, mens det er mer legitimt å gjøre nå. Og at de skjønner viktigheten av å være i kontakt med planleggere (KS, fylke B, 2023).

### 3.2.2 Rollen som formidler mellom stat og kommune

De regionale støtteapparatene er bevisste sin rolle som formidler mellom nasjonalt og lokalt nivå, og opplever denne som betydningsfull. Særlig fremhever de kommunikasjonen med kommunen, og mulighetene til å bygge videre på kommunenes innspill og behov som verdifull:

Jeg tenker på at støtteapparatet vårt er på et overordnet nivå. Det er faktisk aktører som kan gjøre noe sammen. Og så får man input nedenfra og tar det opp i fellesskap, og det kan det bli resultater av (Statsforvalter, fylke C, 2023)

Deltakerne i støtteapparatet peker også på at denne formidlingsrollen har hatt betydning for hvordan Leve hele livet har utviklet seg:

innspillene fra kommunene tok Leve hele livet i en litt annen retning enn (...) hva som var tenkt i utgangspunktet (KS, fylke B, 2023)

Samtidig peker flere på at denne rollen til tider også har vært vanskelig, kanskje særlig oppgaven med å rapportere fra kommunene til Helsedirektoratet. Til dels handler det om at det har vært vanskelig å få kontakt med enkelte kommuner; at noen kommuner har vært aktive og tilgjengelige, mens andre har vært vanskeligere å nå. Det handler også om at støtteapparatet har vært forsiktige med å kreve for mye rapportering fra kommunene:

Det handler også om at vi ikke vil pålegge kommunene altfor mye. De har nok av rapporteringen og tilbakemeldingen, og sånn, for de er nødt til å gjøre (KS, fylke B, 2023).

Det er også en del informanter som peker på at det har blitt vanskeligere over tid å få kontakt med og oversikt over kommunenes arbeid, noe de setter i sammenheng med at den politiske oppmerksomheten rundt Leve hele livet har stilnet:

Og det jeg opplever nå er jo at jeg tror kommunene føler at dette er et tilbakelagt stadium. De har gitt opp Leve hele livet, og det er umulig å finne ut hvem som er kontaktpersoner i de forskjellige kommunene. Så jeg har fått svar fra 6 eller 7 kommuner, og det er ekstremt dårlig (Statsforvalter, fylke C, 2023).

Samtidig er det også en følelse av at det er noe med Leve hele livet, både hva gjelder mål og virkemidler som har gjort arbeidet til de regionale støtteapparatene vanskelig. En av informantene uttrykker det slik:

Det føler jeg er kanskje noe av det dårligste utgangspunktet i å sette i gang en reform. Du har ikke et ordentlig mandat til de som skal jobbe med det. Du har ikke penger. Du har et lite pressmiddel i forhold til disse tilskuddsordninger. Men det var mange som det ikke rammet egentlig. Det er noen av kommunene våre som bare ignorerer sånne ting. Vi hadde så lite å komme med, følte jeg (Statsforvalter, fylke C, 2023).

Det informantene særlig etterlyser er tydeligere mål og målinger, og tydeligere krav til hvordan kommunene skal organisere arbeidet med Leve hele livet. Når det gjelder reformens mål og indikatorer er problemet, slik flere informanter ser det, både at det har vært vanskelig å definere mål for kommunenes arbeid. Til og med et tilsynelatende enkelt mål, som hvorvidt kommunene har innlemmet Leve hele livet i planverket sitt, har vist seg vanskelig å få en oversikt over:

Det de har blitt målt på er om de har Leve hele livet som en del av planverket sitt. Så det er jo det vi har målt på. Men det var jo litt vanskelig. Skal de ha en egen plan, eller skal de ha det som en del av en annen plan? Så det var veldig vanskelig å sette noen helt klare målparametre på dette (USHT, fylke C, 2023).

Det har heller ikke vært etablert en felles forståelse på tvers av de regionale støtteapparatene, noe som gjør det vanskelig å vurdere effekter på tvers av fylkene. Et ønske til fremtidig utviklingsarbeid er derfor at det utvikles et felles sett av indikatorer eller i det minste en felles forståelse av hva det er som faktisk skal måles, slik at man «har noe felles nasjonalt som alle bruker, og ikke at det er så tilfeldig (USHT, fylke C, 2023).

Et annet ønske er at det blir stilt noen tydeligere krav til hvem som skal representere kommunene i utviklings- og omstillingsarbeid. Det handler blant annet om å sikre at personer med riktig kompetanse møter på regionale samlinger og nettverk, at de personer eller roller som bør være representert får «noen føringer at de må inn» (Statsforvalter, fylke C, 2023). Like viktig er det imidlertid at man klarer å engasjere ulike avdelinger og sektorer i kommunen.

Når de kommer tilbake til sin kommune etter nettverket og har fått med seg kunnskap eller inspirasjon, når de kommer tilbake til sin kommune, hvilken plattform står de på? Det er jo stor forskjell. Og hvilke slags ressurser har de rundt seg for å spille inn det de har med seg? Hvilken autoritet har de til å si at dette skal vi, dette vil vi, nå har vi tenkt sånn, eller jeg har tenkt sånn. (USHT, fylke B, 2023).

Det er vanskelig å drive godt informasjons- og nettverksarbeid når man ikke når de personene i kommunene som faktisk har mandat og ressurser til å ta arbeidet videre i kommuneorganisasjonen. Resultatet, slik noen peker på, er at arbeidet blir mye mer heterogent enn det kunne og kanskje burde har vært: «Så jeg tenker at for min del, jeg skal snakke for meg selv, så tenker jeg at når de kommer tilbake til sin kommune, så lever de sitt eget liv, Leve hele livet» (USHT, fylke B, 2023)

Da blir ildsjeler viktigere enn systemer. På tross av mye oppmerksomhet om plan og systematisk arbeid, har «ildsjelene [likevel] stor betydning for hvordan retning Leve hele livet har tatt i kommuner uavhengig av størrelse (KS, fylke B, 2023). At ildsjeler er viktige for lokalt utviklingsarbeid er blitt påpekt andre steder. Ildsjeler kombinerer personlige egenskaper med et sterkt engasjement både for selve «saken» og for lokalsamfunnet, og bør defineres og verdsettes som utviklingsaktører (Vestby et al., 2014). Problemet er når ildsjelene forsvinner ut av organisasjonen. Mange kommuner har stor turnover, og, som vi

vil se senere i rapporten, har arbeidet med Leve hele livet stoppet opp når ildsjelene ikke lenger driver arbeidet. Dette gjelder kanskje særlig i tilfeller hvor ildsjelen alene har vært motor for arbeidet, uten at det er blitt satt i system eller forankret bredere i kommuneorganisasjonen.

De samme informantene som etterlyser mer statlig styring, verdsetter også det handlingsrommet Leve hele livet har gitt både dem og kommunene:

Jeg tenker jo at leve hele livet har vært en fin reform siden det har vært så åpen (USHT, fylke B, 2023).

Dette settes gjerne i sammenheng med at støtteapparatene, i dialog med kommunene, har hatt mulighet til å forme arbeidet både ut fra egne interesser og lokale behov:

Det manglende mandat. Så jeg hadde ikke lyst til å jobbe videre med det. Men så ble det bestemt at vi skulle ha disse rundene. Det var utrolig givende. Det er noe av det beste jeg har gjort i min 16-årige tid hos Fylkesmannen/Statsforvalter. Det var jo et kjempeløft. Det tok vi oss frihet til på en måte (Statsforvalter, fylke C, 2023).

At de samme aktørene etterspør både mer styring og samtidig setter pris på at arbeidet har vært såpass åpent kan virke paradoksalt. En tolkning kan være at det ikke nødvendigvis er sterkere styring i form av statlige pålegg og sanksjoner som etterspørres, men mer tydelighet. En av informantene uttrykker det slik:

Det er litt vanskelig å finne begynnelsen og målet, retningen i forhold til hvor vi skulle. Det har vært noen happeninger, og har satt et tema på agendaen, men hva som faktisk sitter igjen som resultater av dette, det vet jeg ikke (KS, fylke C, 2023).

Sett i lys av Matlands (1995) implementeringstypologier, kan vi forstå de regionale støtteapparatenes beskrivelser som et uttrykk for ideen om eksperimentell implementering hvor støtteapparatene og kommunene sammen har som målsetting å finne gode løsninger og strategier for å sikre en bærekraftig eldreomsorg, men hvor støtteapparatene etterlyser bedre system for implementering i kommunene og for evaluering og feedback i støtteapparatet.

### 3.3 Oppsummering

Leve hele livets støtteapparat – både nasjonalt og regionalt – beskriver en arbeidsform og -prosess som har vært givende, og som de fleste mener bør videreføres i en eller annen form. Særlig fremhever aktørene de positive effektene ved at de ulike aktørenes innsats overfor kommunene er blitt mer samordnet. Samtidig peker de på noen problemer i organiseringen. Det handler om at hverken støtteapparatet eller kommunene har vært rigget på en måte som gjør det mulig for dem å nyttiggjøre seg mulighetene for kommunikasjon oppover og nedover i systemet. For kommunenes del handler det, ifølge aktørene i det regionale og nasjonale støtteapparatet, om at arbeidet ikke har vært godt nok forankret i kommuneorganisasjonen. For støtteapparatets del, handler det om en manglende fleksibilitet i organiseringen og om at kommunikasjonsstøtte, i alle fall i reformens innledende faser, ikke var godt nok koordinert.

# **Del II**

## **Leve hele livet i kommunene**

## 4 Utviklingstrekk i kommunene 2018-2022

### 4.1 Innledning

I dette kapittelet gir vi en oversikt over tjenestene som tildeles gjennom det kommunale helse- og omsorgsapparatet i perioden 2018-2022, altså for mesteparten av tiden som reformen Leve hele livet har virket. Spesielt skal vi se på tildelingen av særlig relevante tjenester som blant annet institusjonsopphold, helsetjenester i hjemmet, matombringning og avlastning, og hvordan slike tildeles til ulike aldersgrupper gjennom reformperioden. Et hovedmål med reformen har vært å sikre «at eldre kan mestre livet lenger og ha en trygg, aktiv, og verdig alderdom» (Helse- og omsorgsdepartementet 2018:201). Et praktisk og sektorspesifikt mål, slik også mange kommuner selv ser det, er at tjenestetilbudet legges om fra institusjonsbasert omsorg til mer hjemmetjenestebasert omsorg (Zeiner et al., 2022, s. 73).

Videre i kapittelet gir vi først en kort og overordnet presentasjon av datamaterialet, dvs. opplysninger fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), for den aktuelle perioden, med hensyn til aldersfordelingen og behovs- og tjenestefordelingen blant dem som mottar tjenester fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dernest ser vi nærmere på *sammenhengen* mellom ulike tjenester, dvs. hvordan enkelte tjenester (for eksempel hjemmetjenester) gjerne tildeles sammen med enkelte andre tjenester (for eksempel matombringning) men ikke med andre tjenester (for eksempel langtidsopphold i institusjon). Målet her er å komme frem til mål for «tjenestetyper» (som kan bestå av flere enkelttjenester i en «pakke») som fremstår som rimelige samtidig som det forenkler den videre analysen betraktelig. I en neste del undersøker vi hvordan slike mål for tildeling av tjenestetyper varierer mellom ulike aldersgrupper (eldre vs. yngre) gjennom den aktuelle perioden, samt hvordan ulike typer kommuner (store vs. små, tett- vs. spredtbygde) ser ut til å fordele tjenester langs disse linjene. En siste del oppsummerer funnene.

### 4.2 Oversikt over datamaterialet

Oversikten og analysene videre er basert på data fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)<sup>4</sup> og inneholder opplysninger om alle vurderinger av individuelle behov og vedtak om tjenestetildeling som er gitt av den enkelte kommunehelsetjenesten. Datamaterialet som prosjektet har for hånden, har allikevel noen mulige begrensninger. For det første er aktuelle mål for tjenestebehov (se videre nedenfor) svært grove (med kun tre behovsnivåer). For det andre er aktuelle opplysninger for tjenestetildeling ofte mangelfulle: Vedtakene for tildeling av tjenester er ofte udaterte, eller kun datert grovt (pr. måned), og opplysninger om omfanget av enkelte tildelte tjenester (dvs. timer pr. uke) er ofte ikke utfylt. For det tredje er opplysninger om den enkeltes alder kun gitt i kategorier.<sup>5</sup> For vårt formål – dvs. en *sammenligning* av tjenestetildeling for ulike aldersgrupper over tid – kan dette være et mindre problem all den tid det ikke er grunn til å tro at skjevheter som kan gjelde visse grupper mer enn andre endrer seg vesentlig over tid.<sup>6</sup>

Siden et presist mål for tjenesteomfang (hos den enkelte) som nevnt er vanskelig å komme frem til registrerer vi for hver enkelt person i det enkelte år i KPR-registeret om det er gjort (minst ett) vedtak for en viss tjenestetype, og teller en slik registrering som én

---

<sup>4</sup> Se <https://www.helsedirektoratet.no/tema/statistikk-registre-og-rapporter/helsedata-og-helseregistre/kommunalt-pasient-og-brukerregister-kpr>.

<sup>5</sup> Flere av disse begrensningene, deriblant sistnevnte, har også med det å gjøre at data som utleveres ikke skal inneholde mer sensitive (dvs. detaljerte og potensielt identifiserende) opplysninger enn strengt nødvendig.

<sup>6</sup> Det er for eksempel ingen grunn til å tro at opplysninger som gjelder visse aldersgrupper (som sådan) er mer mangelfulle enn andres. Og selv om det er rimeligere å tenke at visse kommuner (for eksempel små kommuner) har mer mangelfull rapportering, og at visse grupper (eldre) er overrepresentert i slike kommuner, er det ikke like lett å tenke at en slik rapporteringspraksis endrer seg vesentlig over den aktuelle perioden.

tjenestetildeling. Når det gjelder vurderinger av behov registreres det langs fem ulike dimensjoner hvorvidt den enkelte har lavt middels eller stort behov for bistand/assistanse. Vi kommer tilbake til disse målene, dvs. for typer av tjenester og behov, nedenfor. Til sammen gir datamaterialet på denne måten totalt knappe 1,6 millioner unike person-år som kan identifiseres ved tjenestekommune (og tilkoblede kommunekaraktistika), alder (i kategorier), tjenestetildeling og vurdert tjenestebehov.<sup>7</sup>

Aller først kan det være på sin plass med en generell presentasjon av datamaterialet med hensyn til hvilke aldersgrupper som i større eller mindre grad benytter seg av kommunale helse- og omsorgstjenester, hvilke tjenester som tildeles og hvilke behov som registreres. I tabell 4.1 ser man at en hovedtyngde av personene i KPR er over 80 år gamle (gruppene 80-84 og 85-90 er alltid størst).

Tabell 4.1: Prosentandeler i KPR. Etter aldersgruppe og år (N=1 599 039).

Alders- gruppe:	2018	2019	2020	2021	2022	Diff. 2018- 2022
<19	5,2	5,1	5,1	5,1	5,2	0,0
20-34	9,9	10,2	10,4	10,7	10,7	0,8
35-49	9,5	9,6	9,4	9,5	9,4	0,0
50-64	12,0	12,1	12,1	12,0	11,9	-0,1
65-69	5,1	5,1	5,1	5,1	5,1	0,0
70-74	7,6	7,6	7,5	7,1	7,0	-0,6
75-79	9,0	9,1	9,6	10,2	10,8	1,7
80-84	12,3	12,2	12,3	12,2	12,3	0,0
85-90	17,4	16,8	16,6	16,2	15,8	-1,6
>90	12,1	12,0	12,0	11,9	11,8	-0,3
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0
And. i KPR	6,0	5,9	5,7	6,0	6,2	2,2

Kommunale helse- og omsorgstjenester er altså i stor grad rettet mot eldre. Samtidig er det også store grupper av yngre personer som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester, der særlig gruppen mellom 20 og 34 også øker i relativt antall fra 2018 til 2022. En ser også at omfanget av kommunale helse- og omsorgstjenestemottakere øker i perioden: Nederste rad i tabellen viser at andelen av befolkningen som mottar tjenester i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, slik det er målt her,<sup>8</sup> øker med 2,2 prosentpoeng fra 2018 til 2022.<sup>9</sup>

Aldersfordelingen i KPR representerer selvsagt ikke den generelle aldersfordelingen. I figur 4.1 fremstilles de enkelte aldersgruppene andeler i KPR-registeret opp mot tilsvarende andeler i befolkningen sett under ett. Hovedinntrykket er at forholdene ikke endrer seg svært dramatisk gjennom perioden. Om noe ser man en svak relativ dreining i perioden mot at kommunale helse- og omsorgstjenester rettes mer mot yngre aldersgrupper (gruppen 20-34 og 35-49) og mindre mot eldre aldersgrupper.

Eksempelvis er andelen av 20-34-åringene i KPR 46 prosent av andelen i befolkningen i 2018, mens denne øker til 54 prosent i 2022. For 80-84-åringene er andelen i KPR 5,7 ganger høyere enn tilsvarende andel i befolkningen i 2018, mens den «kun» er fem ganger høyere i

<sup>7</sup> Vi utelater observasjoner hvis behov ikke (kan) vurderes fra den videre analysen. Siden vi kobler på kommuneopplysninger, og vi er interessert i *sammenheng* i hvordan kommunen vurderer behov og tildeler tjenester, utelater vi observasjoner der en person mottar en tjeneste i bostedskommunen som ikke er registrert av samme kommunen, og vi utelater også personer som i løpet av ett år mottar tjenester i flere enn en kommune.

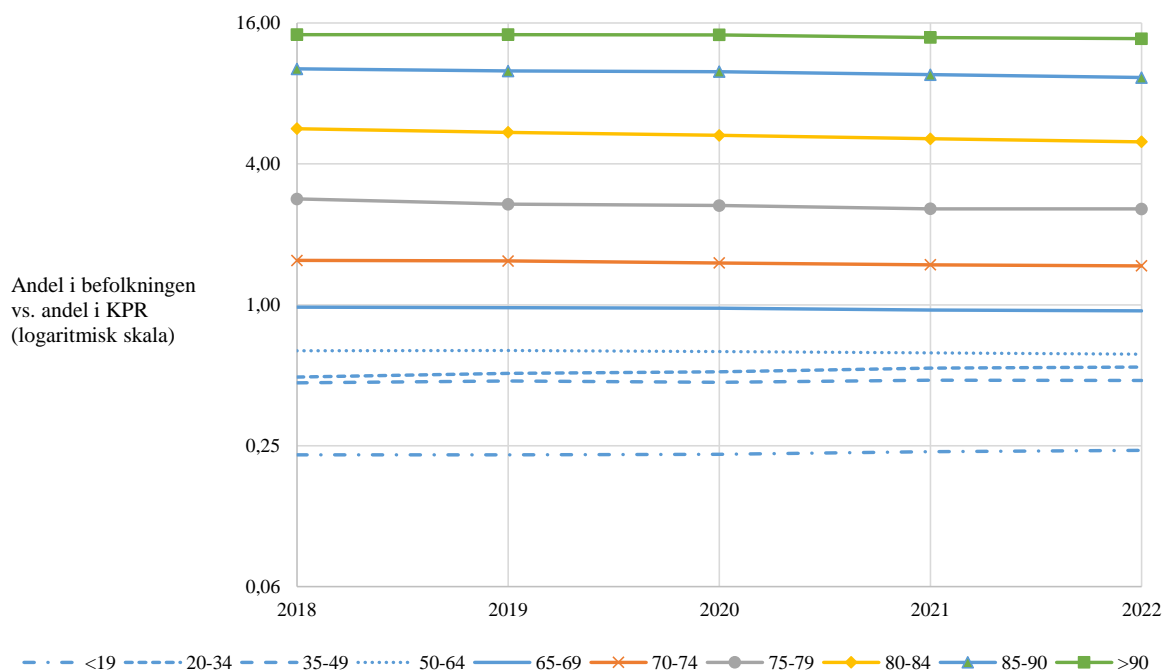
<sup>8</sup> Som nevnt (se note 3) kan man være sikrere på at det har forekommet en slik *endring* enn at andelsmålene år for år gir et presist bilde av tjenestenivået. Korona-pandemien er trolig en forklaring bak nedgangen midt i perioden.

<sup>9</sup> Dette betyr ikke nødvendigvis at omfanget av (eller kvaliteten på) *tjenesteytelsen* endres.



2022. For gruppen under 19 år utgjør andelen i KPR 0,22 (22 prosent) av deres andel i befolkningen i 2018, noe som øker til 0,23 i 2022. Størst er veksten hos 20-34-åringene, der forholdstallet mellom andel i KPR og befolkning var 0,49 i 2018 og 0,54 i 2022.

Figur 4.1: Over- og underrepresentasjon i KPR for ulike aldersgrupper. Etter år (N=1 599 039).



*Forklaring:* Målet angir aldersgruppens andel i KPR delt på dens andel i befolkningen (SSB 2023).

Betraktningene her gjelder tjenester sett under ett,<sup>10</sup> men illustrerer hovedtankegangen i sammenligningen: Spørsmålet er ikke bare om tjenester i økende eller avtagende grad gis til visse grupper. Dersom en ønsker å si noe om *virkingen* av et *reformfremstøt* overfor en viss gruppe (de eldre), eller, løsere, et *fokus* på en viss gruppe, så må det tas hensyn til at endringer for gruppen like godt kan skyldes *generelle* trender. Eksempelvis ser man at blant tjenester som ytes gis disse i økende grad til gruppen som er mellom 75 og 79 år gamle (tabell 4.1). Men det er også slik at denne gruppen vokser raskt i befolkningen, og *mer* enn dens andel av tjenestene som gis av det kommunale tjenesteapparatet. I dette tilfellet ser en altså at det *relative* omfanget av tjenestemottak øker mest for yngre grupper (figur 4.1).

Når det gjelder behovene som vurderes benytter vi oss av samlemål for fem forskjellige områder der det kan oppstå behov for tjenester/bistand: Det vurderes om det foreligger behov ettersom det oppleves problemer med hensyn til sosial fungering, kognitiv svikt, ivaretagelse av egen helse, husholdsfunksjoner og ivaretagelse av egen omsorg.

<sup>10</sup> Et mer interessant spørsmål er selvsagt *hvilke* tjenester eldre (eller yngre) typisk mottar (over tid). Dette er spørsmål som den videre analysen tar for seg.

Tabell 4.2: Samlemål og underliggende delmål for behov i KPR.

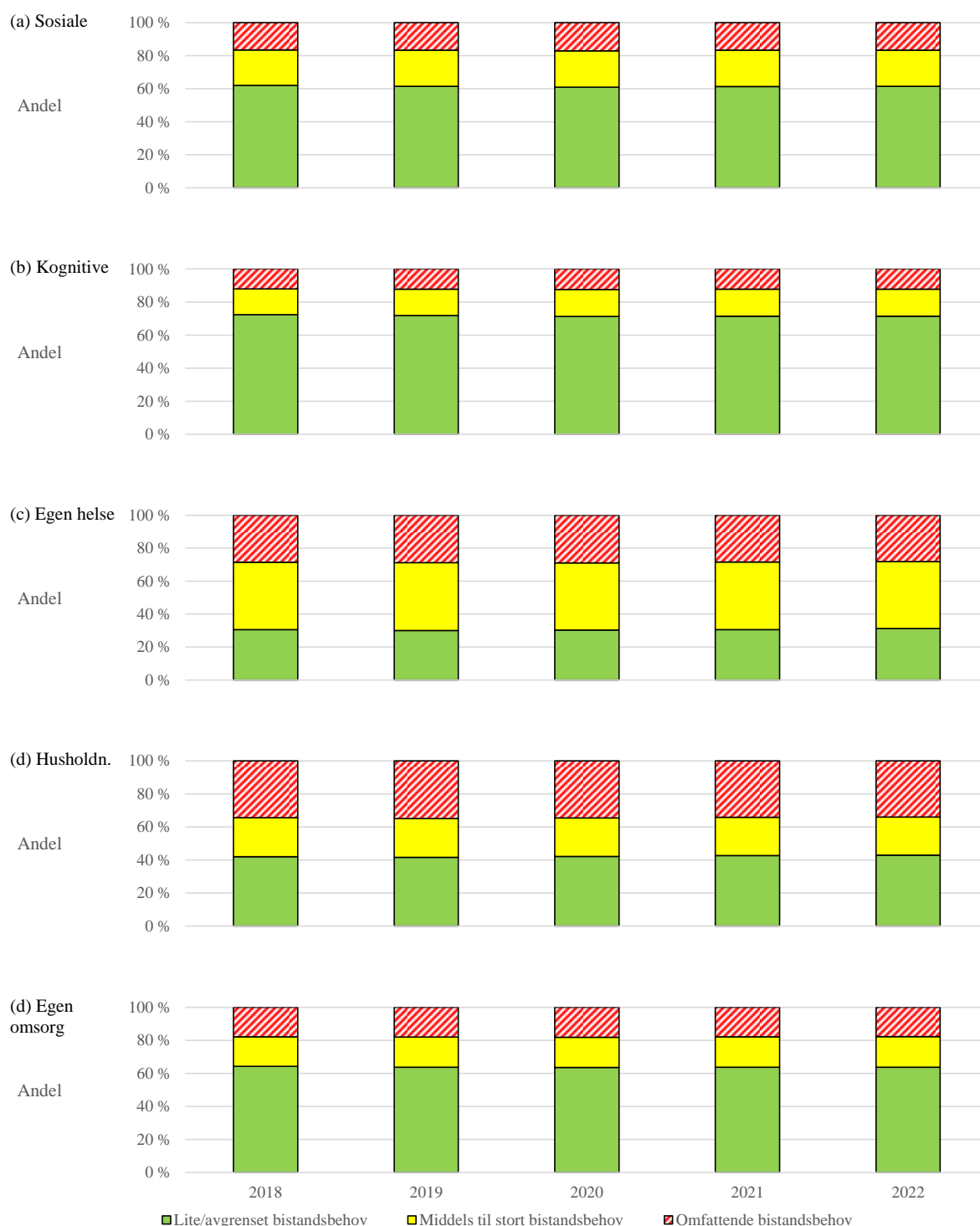
Sosiale	Kognitive	Egen helse	Husholdning	Egen omsorg
Sosial deltakelse	Hukommelse	Ivareta egen helse	Skaffe seg varer	Personlig hygiene
Beslutninger i	Kommunikasjon		Alm. husarbeid	På- og avkledning
Styre atferd			Lage mat	Spise
				Toalett
				Bevege seg innendørs
				Bevege seg utendørs

Samlemålene er basert på 15 underliggende delmål som vist i tabell 4.2. Alle målene har verdier «lite/avgrenset behov», «middels til stort behov» og «omfattende behov».<sup>11</sup> Figur 4.2 nedenfor viser hvordan behovene på de ulike områdene vurderes fra år til år. Hovedinntrykket er at de generelle behovsnivåene endrer seg lite over tid.

Eksempelvis har til enhver tid om lag 40 prosent av dem som mottar tjenester middels til høyt bistandsbehov når det gjelder problemer med sosial fungering, mens enda færre har bistandsbehov som følge av kognitive utfordringer (27-28 prosent) og som følge av utfordringer med egenomsorg (rundt 35 prosent). Flest opplever utfordringer med ivaretagelse av egen helse (rundt 70 prosent) og med husholdningsfunksjoner (57-58 prosent).

<sup>11</sup> Se <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-iplos-data-i-kommunen/om-funksjonsvurdering-og-skarinndeling/beregning-av-delmål-og-samlemål>.

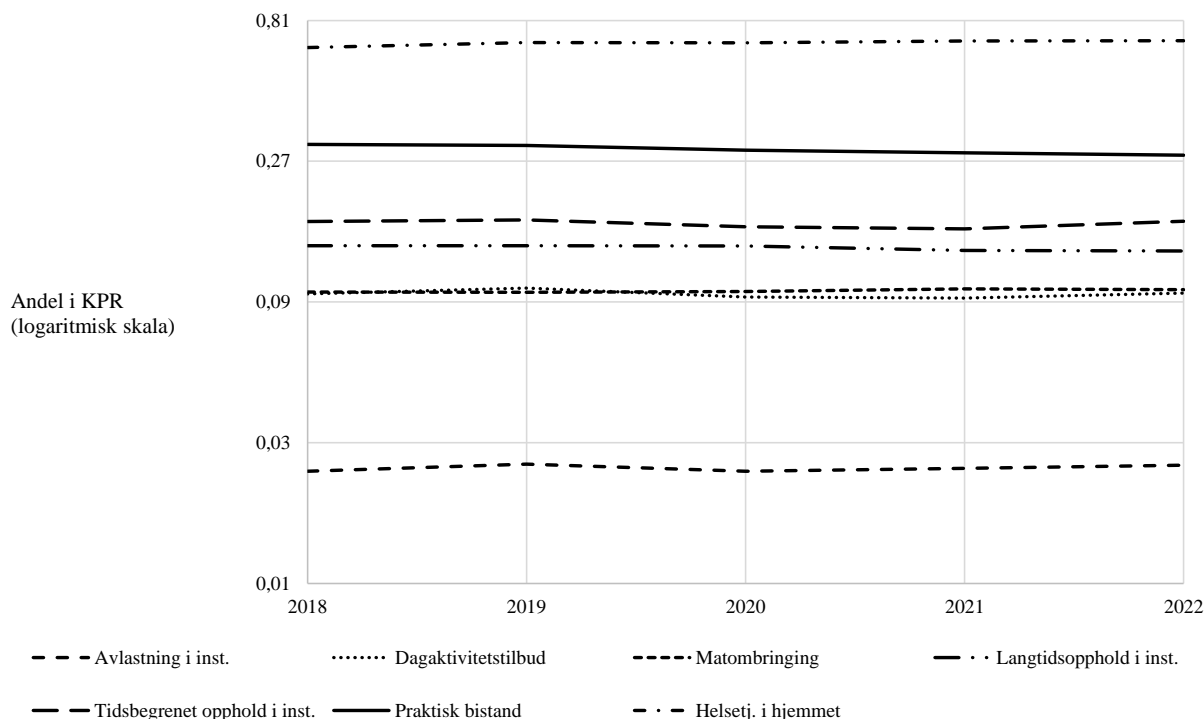
Figur 4.2: Vurdering av ulike behov i KPR. Etter år (N=1 599 039).



I vår sammenheng ser vi på sju relevante tjenester som kan fange opp et skille mellom mer institusjonsbaserte og hjemmebaserte typer tjenester. Disse er «avlastning i institusjon», «dagaktivitetstilbud», «matombringing», «langtidsopphold i institusjon», «tidsbegrenset opphold i institusjon», «praktisk bistand» og «helsetjenester i hjemmet». Det beregnes altså en enkel forekomst av (tildelinger) (=1, 0 ellers) av slike tjenester for den enkelte innenfor ett enkelt år for alle disse tjenestene, med en tilpasning for «tidsbegrenset opphold institusjon». Sistnevnte består av opphold i forbindelse med både «utredning/behandling»,

«habilitering/rehabilitering» og «annet (uoppgitt)». For å forenkle analysen<sup>12</sup> måler samlemålet vi benytter her hvorvidt minst én av disse typene korttidsopphold forekommer for den enkelte person i det enkelte år. Figur 4.3 viser at «helsetjenester i hjemmet» er den tjenesten som gis i desidert størst grad og at den ytes i svakt økende grad over tid: Mens 66 prosent mottok slike tjenester i 2018 er det 69 prosent som mottar slike i 2022. Andelen i KPR som mottar «praktisk bistand» synker riktignok svakt fra 31 til 28 prosent gjennom perioden, men tildelingen av «matombringning» og «avlastning i institusjon» øker svakt i perioden (med om lag ett prosentpoeng), og tildelingen av «langtidsopphold i institusjon» synker svakt (med om lag ett prosentpoeng).

Figur 4.3: Tjenestetildeling i KPR. Etter år (N=1 599 039).



En forsiktig og foreløpig konklusjon er altså at tjenestetilbudet faktisk legges om fra institusjons- til mer hjemmetjenestebasert omsorg, om enn i svak grad. Her skal det understrekes at mønsteret gjelder en svært kort periode (fem år), og at en rimelig forventning er at tildelingen av helsetjenester ikke legges om fra «den ene dagen til den andre» – det er å forvente en viss «treghet» i dette tilfellet.<sup>13</sup> Mer interessante spørsmål er hvorvidt det finnes holdepunkter for å snakke mer generelt om «institusjonsbaserte» og «hjemmebaserte» tjenestetypene, og, i forlengelsen av dette, hvorvidt slike over tid tildeles eldre og yngre aldersgrupper i større eller mindre grad. De to neste delene av kapittelet tar for seg disse spørsmålene.

### 4.3 Hvilke tjenestetypene tildeles?

Som nevnt innledningsvis kan man forvente at enkelte tjenester ikke «går godt» sammen med andre. En forventer for eksempel ikke at helsetjenester i hjemmet tildeles sammen med langtidsopphold i institusjon. En enkel måte å illustrere dette på er ved hjelp av korrelasjoner (sammenhenger) mellom tildeling av enkelttjenester (blant de sju vi her ser på). I tabell 4.3

<sup>12</sup> Samtidig er enkelte av disse typene korttidsopphold svært lavfrekvente for visse grupper.

<sup>13</sup> Ikke minst må en forvente at tildelingen for den enkelte – der de fleste er med gjennom hele perioden – ikke lett avvikes fra det ene året til den andre.

vises slike, og en ser at for eksempel «matombringing» gjerne tildeles sammen med «praktisk bistand» (positiv korrelasjon  $r = 0,55$ , der  $r = 1$  er fullstendig samsvar) og med «helsetjenester i hjemmet» ( $r = 0,42$ ). På den annen side ser en nettopp at «langtidsopphold i institusjon» sjelden gis sammen med «helsetjenester i hjemmet» ( $r = -0,56$ , der  $r = -1$  angir fullstendig samsvar mellom tildeling av den ene og ikke-tildeling av den andre).<sup>14</sup> For andre par av tjenester er det ikke videre sammenheng: For eksempel ser det ikke ut til at «langtidsopphold i institusjon» eller ikke betyr noe for om man tildeles «dagaktivitetstilbud» (korrelasjonen  $r = -0,06$  mellom tildeling av disse to tjenestene er nær null).

Tabell 4.3: Korrelasjoner mellom tjenestetildelinger (N=1 599 039).

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	
Praktisk bistand	(1)	1,00						
Dagaktivitetstilbud	(2)	0,30	1,00					
Matombringing	(3)	0,55	0,26	1,00				
Avlastning i inst.	(4)	-0,16	0,34	-0,08	1,00			
Helsetj. i hjemmet	(5)	0,30	0,18	0,42	-0,08	1,00		
Tidsbegrenet opphold i inst.	(6)	0,26	0,20	0,30	0,26	0,40	1,00	
Langtidsopphold i inst.	(7)	-0,26	-0,06	-0,09	0,07	-0,56	0,19	1,00

*Forklaring:* Tetrakoriske korrelasjoner.

Analysen av mulige «tjenestepakker» – kan bringes ett skritt videre. For å undersøke slike sammenhenger tjenestene imellom er såkalt faktoranalyse en egnet teknikk. Grunnlaget for en slik analyse er nettopp sammenhengene (korrelasjonene i tabell 3) mellom et sett indikatorer (her: om den enkelte tjeneste tildeles (=1) eller ikke (=0)).<sup>15</sup>

I tabell 4.4 vises resultatene fra faktoranalysen. En ser enkelttjenestene «lader» forskjellig på de ulike faktorene (innmaten i tabellen), dvs. at enkelttjenestene «tilhører» den enkelte faktor, eller «tjenestepakke», alt etter som faktorladningen ( $fl$ ) er høyere (opp mot  $fl = 1$ ) – eller er «uvedkommende» alt etter som ladningen muligens er sterkt negativ (altså ned mot  $fl = -1$ ). På den første faktoren lader «matombringing», «praktisk bistand», «tidsbegrenset opphold i institusjon» og «helsetjenester i hjemmet» forholdsvis høyt ( $fl = 0,6 - 0,85$ ). Faktoren fanger altså opp tjenester som en tenker seg er «hjemmebaserte» og som analysen viser gjerne henger sammen i én «tjenestepakke». Faktoren, eller tjenestepakken, «navngis» derfor som «hjemmetjenester mv.» ( $H$  i første kolonne).

<sup>14</sup> I teorien skal tildelingen av den ene utelukke tildelingen av den andre på et gitt tidspunkt. En åpenbar grunn til at  $r \neq -1$  her er at disse tjenestene (i en «overgangsperiode») begge kan tildeles den enkelte innenfor ett enkeltår (som er måten tildeling måles på her).

<sup>15</sup> Siden maksimal korrelasjon ( $r$ ) mellom svært ulikt fordelte binære indikatorer (for tjenestetildeling) vil ligge langt unna 1 benyttes tetrakoriske korrelasjoner i stedet for (vanlige) Pearsons's  $r$ . I praksis vil ofte sistnevnte type korrelasjoner være svakere enn førstnevnte (slik at sammenhenger underestimeres). Tetrakoriske korrelasjoner er i stedet estimert som korrelasjoner mellom underliggende kontinuerlige variabler. Se for eksempel Gorsuch (1983) om dette og om faktoranalyse generelt.

Tabell 4.4: Faktoranalyse av sammenheng mellom tjenestetildelinger (N=1 599 039).

	<i>H</i>	<i>I</i>	<i>A</i>
Matombringing	0,85	-0,01	-0,07
Praktisk bistand	0,76	-0,15	-0,12
Tidsbegrenet opphold i inst.	0,61	0,27	0,38
Langtidsopphold i inst.	0,12	0,99	-0,02
Helsetj. i hjemmet	0,42	-0,64	0,12
Avlastning i inst.	-0,28	0,03	0,91
Dagaktivitetstilbud	0,22	-0,15	0,66
Korrelasjon mellom faktorer:			
	<i>H</i>	-	-0,20
	<i>I</i>	-	-
			0,17
			0,06

*Forklaring: Principal components med oblik rotasjon. Faktorer med eigenvalue > 1 beholdt. |Faktorladninger| over 0,40 markert.*

På den neste faktoren lader «langtidsopphold i institusjon» (svært) høyt ( $fl = 0,99$ ), samtidig som «helsetjenester i hjemmet» lader sterkt negativt. Dette betyr at denne «tjenestepakken» synes å bestå av nevnte langtidsopphold *uten* «helsetjenester i hjemmet» spesielt ( $fl = -0,64$ ; og til en viss grad uten «praktisk bistand»), men med et visst innslag av «tidsbegrenset opphold i institusjon» ( $fl = 0,27$ ). Faktoren gis derfor navn «institusjonstjenester» (*I*). En siste faktor fanger opp tjenester som «avlastning i institusjon» og «dagaktivitetstilbud» som samhoørende, med et innslag av «tidsbegrenset opphold i institusjon», dvs. tjenester som kan komme *i tillegg* til de allerede nevnte tjenester (under *H* og *I*), og som kan kombineres med andre tjenester (uten at de altså hører til andre «tjenestepakker»). Faktoren gis navn «avlastning mv.» (*A*).

Faktorene, eller «tjenestetypene», vi her finner frem til synes rimelige ettersom de korresponderer godt med gjengse forventninger: Den ene typen tjenester, altså institusjonstjenester (*I*), kan ikke godt kombineres med hjemmebaserte tjenester (*H*), mens begge nevnte tjenestetypene kan kombineres med «avlastningstjenester» (*A*) som en egen type. Det siste fremkommer også av korrelasjonene, eller sammenhengene, mellom faktorene («tjenestetypene») som anslås og som vises i nedre panel av tabellen:<sup>16</sup> *H* og *I* (hjemme- og institusjonstjenester) tenderer til å utelukke hverandre (dvs. enten gis den ene eller andre typen tjenester; negativ  $r = -0,20$ ), mens *I* godt kan kombineres med *A*, og *H* (hjemmetjenester) også gjerne gis *sammen med A* (avlastning; positiv  $r = 0,17$ ).

Faktoranalysen gir videre muligheter for å konstruere såkalte «skårer» på de enkelte faktorene for den enkelte observasjon i data, dvs. at man kan finne frem til koeffisienter som angir hva en tjenestetildeling (=1) bidrar til i en faktorskåre. For eksempel vil en tildeling av «helsetjenester i hjemmet» bidra til en høyere faktorskåre for faktorskåren for *H* (hjemmetjenester), mens dette i større grad gjelder en tildeling av «matombringing» (siden sistnevnte har høyere faktorladning på *H*). I de videre analysene benytter vi oss nettopp av disse (standardiserte) faktorskårene, også benevnt *H*, *I* og *A*, som da angir «hvor mye» en tildeles av en viss «tjenestepakke».

<sup>16</sup> Siden vi her benytter oss av en variant av faktoranalysen (dvs. med oblik rotasjon) som tillater korrelasjon mellom faktorer (eller «typer»).

## 4.4 Færre tjenester i institusjon og flere tjenester i hjemmet?

I analysene benytter vi oss som nevnt av faktorskårene for de faktorene, dvs. «tjenestetypene», vi fant frem til i foregående del av kapittelet. Tabell 4.5 viser deskriptiv statistikk for disse, samt for kommunestørrelse og andel bosatt i spredtbygde strøk (for den enkeltes bostedskommune), som vi også skal se nærmere på i analysene.<sup>17</sup>

Tabell 4.5: Deskriptiv statistikk for analysevariabler (N=1 599 039).

	min.	p5	p25	M	p75	p95	maks.	s
H (hjemmetj. mv.)	-2,06	-0,98	-0,53	0,00	0,43	2,10	3,86	1,00
I (institusjonstj.)	-1,07	-0,80	-0,64	0,00	0,30	2,40	3,34	1,00
A (avlastning mv.)	-0,87	-0,67	-0,44	0,00	-0,26	1,45	6,87	1,00
Kommunestrl.	376	2549	10156	105065	83892	681071	699827	186687
And. spredtb.	0,00	0,00	0,04	0,22	0,33	0,68	1,00	0,22

*Forklaring:* M er gjennomsnitt og s er standardavvik.

I analysene ser vi på variasjonen i faktorskårene *H*, *I* og *A* som rimelige mål for tildeling av mer eller mindre av en viss «tjenestetype» og vi spør hva som kan forklare at noen får tildelt mer eller mindre av en viss tjenestetype: Hvor mye av variasjonen i tjenestetildelingen kan forklares av tid («i seg selv»), av behovsvurderinger, tilhørighet til en viss aldersgruppe, eller ulike trekk ved kommunen som vurderer behov og tildeler tjenester? Er det en tendens til at tildelingen til visse aldersgrupper, mer enn andre, endres over tid (slik som er mye av motivet bak Leve hele livet-reformen)?

Når det gjelder behovsvurderinger tar analysene hensyn til at *unike kombinasjoner* av vurderinger – langs de fem dimensjonene beskrevet i tabell 4.2 og figur 4.3 – kan forklare tjenestetildelingen. I datamaterialet registreres 242 (av  $3^5 = 243$  mulige) slike kombinasjoner, og indikatorer for disse legges til i modellene som estimeres.<sup>18</sup> En enkel første modell har kun med indikatorer for år, i tråd med en forventning om at tildeling av visse tjenestetyper (*H*, *I*, *A*) øker eller minker over tid. Mer realistiske modeller legger til behov og alder (i kategorier), samt samspillet mellom disse – i tråd med en forventning om at tildeling til ulike aldersgrupper *endres over tid*. Til slutt estimeres også modeller der kommunetype legges til – også dette i samspill med både alder og tid, i tråd med forventninger om at visse kommunetyper (bedre) legger om praksis over tid (dvs. endrer tildelingen av visse tjenester til visse aldersgrupper ettersom tiden går).<sup>19</sup>

Enkle modeller, der for eksempel kun tid, eller tid og aldersgruppe (uten at disse ses i sammenheng), er med i modellen (i tillegg til behovsvurderinger) gir relativt dårligere tilpasning til datamaterialet enn de mer realistiske modellene. Som vist i appendikset (se tabell A3.1) forklarer en modell kun med årsindikatorer nærmest ingenting ( $R^2 = 0,00$ ). Dette er i tråd med det som ble vist i innledningen: Den overordnede tildelingen av ulike (enkelt)tjenester endres ikke nevneverdig over tid (jf. figur 4.3), heller ikke når en ser på

<sup>17</sup> Her er altså faktorskårene *H*, *I* og *A* standardiserte (som ses av standardavviket på 1 og snittet på 0).

<sup>18</sup> Estimater for disse vises i tabell A3.3 i appendikset. Estimaten er rimelige i og med at de relativt sjelden er signifikant negative eller sterkt negative (dvs. de angir sjelden at det gis *mindre* av en tjeneste ettersom et eller annet behov, utover minimum, er til stede).

<sup>19</sup> Formelt kan modellene som estimeres beskrives som varianter av  $M_i = \beta_0 + \beta_1 T_i + \beta_2 G_i + \beta_3 Q_i + \beta_4 Q_i \cdot T_i + \beta_5 Q_i \cdot G_i + \beta_6 G_i \cdot T_i + \beta_7 Q_i \cdot G_i \cdot T_i + u_i$ , der *M* er tjenestetildeling (*H*, *I* eller *A*), *T* er indikatorer for år, *G* er alder (i kategorier) og *Q* er kommunetype (der både kommunestørrelse ( $Q_1$ ) og tettbygdhet ( $Q_2$ ) legges til i modellen).  $\beta_7$  er her *difference-in-difference-in-difference*-estimatoren (DD), mens i en modell uten leddene som inneholder *Q* er  $\beta_6$  *difference-in-difference*-estimatoren (DD; se Olden og Møen 2022). Sistnevnte har da en enkel fortolkning som *forskjellen* i forskjellen tildeling mellom aldersgrupper som følge av at tid (eller at «reformen skrider frem»).

tildeling av tjenestetyper (*H*, *I* eller *A*). Når behov legges til i modellen øker forklaringskraften betydelig – noe som er rimelig.<sup>20</sup> Når forskjeller mellom aldersgrupper legges til – uten at det tas hensyn til at slike kan endres over tid – øker forklaringskraften ytterligere (om enn moderat). Dette er også rimelig siden en vet at ulike tjeneste(typer) til en viss grad rettes mot ulike aldersgrupper.

Når det tas hensyn til at slike forskjeller i tildeling mellom aldersgrupper kan *endres over tid* øker forklaringskraften marginalt. Dette er for så vidt i tråd med en forventning om at tildeling av tjenester ikke endres svært radikalt over et kort tidsrom. Allikevel er det altså i en slik modell at en får testet «reformhypotesen» i en rimelig forstand (dvs. at man tester hvorvidt et «reformfremstøt» overfor visse grupper virker etter som «reformen skrider frem» *over tid*). Heller ikke når de ovennevnte forhold ses som avhengig av kommunetype øker forklaringskraften betydelig. Dette er også i tråd med en forventning om «trege» fenomener: En forventer ikke at visse typiske kommuner radikalt legger om tjenestetildeling over kort tid. Vi kommer tilbake til en diskusjon rundt (de små) effektene for generell og spesiell «omlegging» nedenfor.

Nedenfor (figurene 4.4-4.6) presenteres resultater for modeller der tildelingen av tjenester (i typer *H*, *I* og *A*) avhenger av aldersgruppen det tildeles til, samt tid som er gått siden «reformstart» (dvs. at det estimeres «effekter» for enkeltår med 2018 som referansekategori) og samspillet mellom disse (dvs. at det estimeres effekter for hvordan tildeling til aldersgrupper kan endres over tid) – hensyn tatt til grunnleggende behov (målt ved ovennevnte unike behovskombinasjoner).<sup>21</sup> I figur 4.4 ser man at «hjemmetjenester mv.» (*H*) i stor grad tildeles mest til de eldste aldersgruppene i 2018 (som i andre år).<sup>22</sup> For eksempel har gruppen som er over 90 år gamle en tildeling som er 0,36 (dvs. 36 prosent av et standardavvik, jf. tabell 4.5) høyere tildeling av *H*-tjenester enn 50-64-åringene (som er referansekategorien). Samtidig har yngre aldersgrupper betydelig lavere tjenestetildeling enn sistnevnte.

---

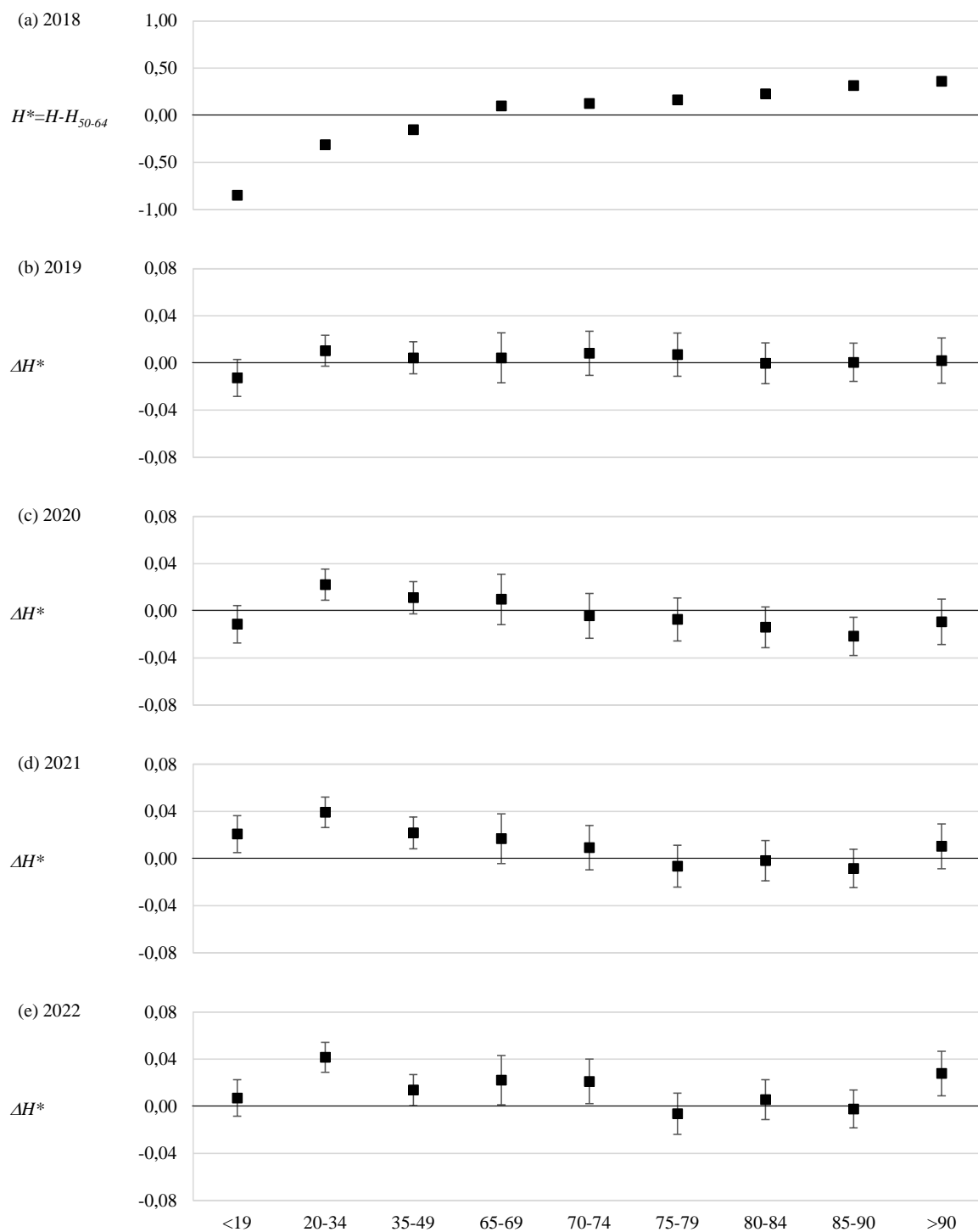
<sup>20</sup> Se også note 15.

<sup>21</sup> Resultatene herfra (modell IV; se tabell A3.1 i appendikset) er identiske med «snittmønsteret» i en mer kompleks modell (modell V; se samme tabell) der disse effektene også er *avhengige av kommunetype*.

<sup>22</sup> Konfidensintervallene er svært tette (usynlige) i figurenes panel (a) (som viser nivåforskjeller i tildeling). Figurens panel (a) viser forskjellene i 2018, men forskjellen er (selvsagt) signifikante også i andre år.



Figur 4.4: Relativt omfang av hjemmetjenester mv. ( $H$ ) hos ulike aldersgrupper i 2018 (a) og endring over tid (b-e) (N=1 599 039).



*Forklaring:* Vertikale linjer angir 95-prosents konfidensintervaller. Estimer fra modell IV (se tabell A3.1 i appendikset).

I panelene nedenfor (b-e) vises *endringene* i nevnte forskjeller år for år (med 2018 som referanseår). Stort sett ser en få store endringer.<sup>23</sup> Unntakene er at yngre aldersgrupper (særlig 20-34- og 35-49-åringene) får økt tildeling (sett i forhold til 50-64-åringene) over tid og at gruppene av 65-69-åringene, 70-74-åringene og de over 90 år også tildeles *H*-tjenester signifikant mer i 2022 enn i 2018 (dvs. tilfellene der konfidensintervallene ikke omslutter null-linjen).<sup>24</sup>

Dette er for så vidt i tråd med «reformønsket» om at typiske hjemmetjenester bør tildeles i større grad og at dette til en viss grad må gjelde de eldre aldersgruppene spesielt. Det siste poenget har også med det å gjøre at eldre også oftere tildeles typiske «institusjonstjenester» (*I*) og at en del av bildet er at en forventer mindre tildeling av *I*-tjenester over tid. Tilsvarende resultater for *I*-tjenester vises i figur 4.5.

Også her ser man at de eldre aldersgruppene tildeles betydelig mer tjenester (her: *I*-tjenester) enn yngre grupper. Samtidig er det også slik at den aller yngste gruppen (under 19 år gamle) tildeles *I*-tjenester i et betydelig omfang (30 prosent av et standardavvik mer enn 50-64-åringene). Når det gjelder endringene over tid er det også her snakk om moderate forskyvninger. Men bildet er allikevel svært tydelig: Tildelingen av institusjonstjenester avtar relativt mest for de gruppene som i utgangspunktet bruker slike tjenester mye (i 2018), dvs. stort sett de eldre.<sup>25</sup> I forhold til 50-64-åringene opplever de tre eldste aldersgruppene (80+ år gamle) en signifikant relativ *nedgang* i tildelingen av *I*-tjenester.

Slik sett ser man en generell *utjevning* av bruken av institusjonstjenester blant ulike grupper. Dette, sammenholdt med tendensen til at tildeling av typiske hjemmetjenester ser ut til å øke relativt sett for mye de samme gruppene (jf. figur 4.4) som også benytter seg av institusjonstjenestene, er i tråd med reformens mål om at tjenester *vrís* fra «institusjonsbasert omsorg til mer hjemmetjenestebasert omsorg» (Zeiner et al. 2022:73).<sup>26</sup>

I figur 6 vises tilsvarende resultater for typiske «avlastningstjenester» (*A*). Her ser man umiddelbart at *nivå*forskjellene mellom aldersgruppene er betydelig mindre enn hva som er tilfelle for de andre tjenestene (*H* og *I* i tabell 4.4 og 4.5). I det enkelte år (i panel (a) 2018) ser man at det ikke er stor variasjon i tildelingen av *A*-tjenester hos ulike aldersgrupper.<sup>27</sup> Dette er også i tråd med det som tidligere er sagt om at dette er en type «tilleggstjenester» som kan gis sammen med andre «grunntjenester» (*H* og *I*-tjenester; jf. diskusjonen i del 3.3). Allikevel ser en også her en klar tendens til at eldre aldersgrupper relativt sett øker sin bruk av typiske avlastningstjenester: Alle de tre eldste aldersgruppene (80+ år) har signifikante relative økninger i bruken av *A*-tjenester.<sup>28</sup>

---

<sup>23</sup> Som skalaen på «endringsgrafene» (i alle figurene 4-6) viser dreier det seg aldri om endringer på mer enn 8 prosent av et standardavvik.

<sup>24</sup> En ser også en tendens til at tildeling av *H*-tjenester *synker* for flere grupper (signifikant for 85-90-åringene) i 2020 sett i forhold til det en 50-64-åring typisk opplever i samme tidsrom. Muligens skyldes dette at man under korona-pandemien er mer forsiktig med å tildele hjemmetjenester til spesielt sårbare grupper.

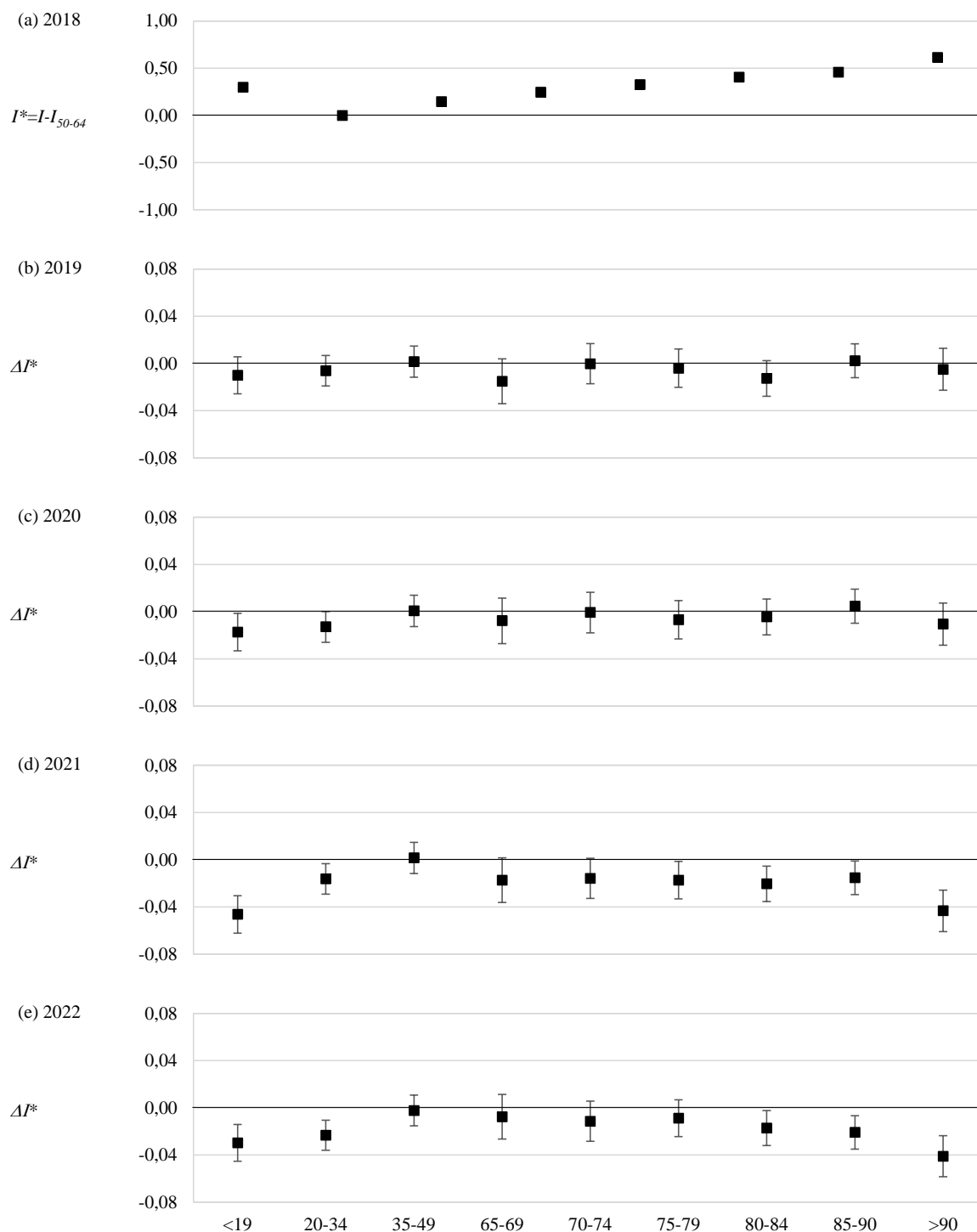
<sup>25</sup> Dette gjelder også den aller yngste gruppen.

<sup>26</sup> En skal uansett huske på at «vridningen» ikke er svært betydelig (jf. diskusjon ovenfor om forventningene til «radikale omlegginger»).

<sup>27</sup> Sammenlignet med variasjonen i panel (a) i figur 4.4 og 4.5. Dette reflekteres også i forklaringskraften i modeller som undersøker variasjonen i *A*-tildeling er svak, jf. svært lav justert  $R^2$  (< 0,08) i alle modeller (se tabell A3.1).

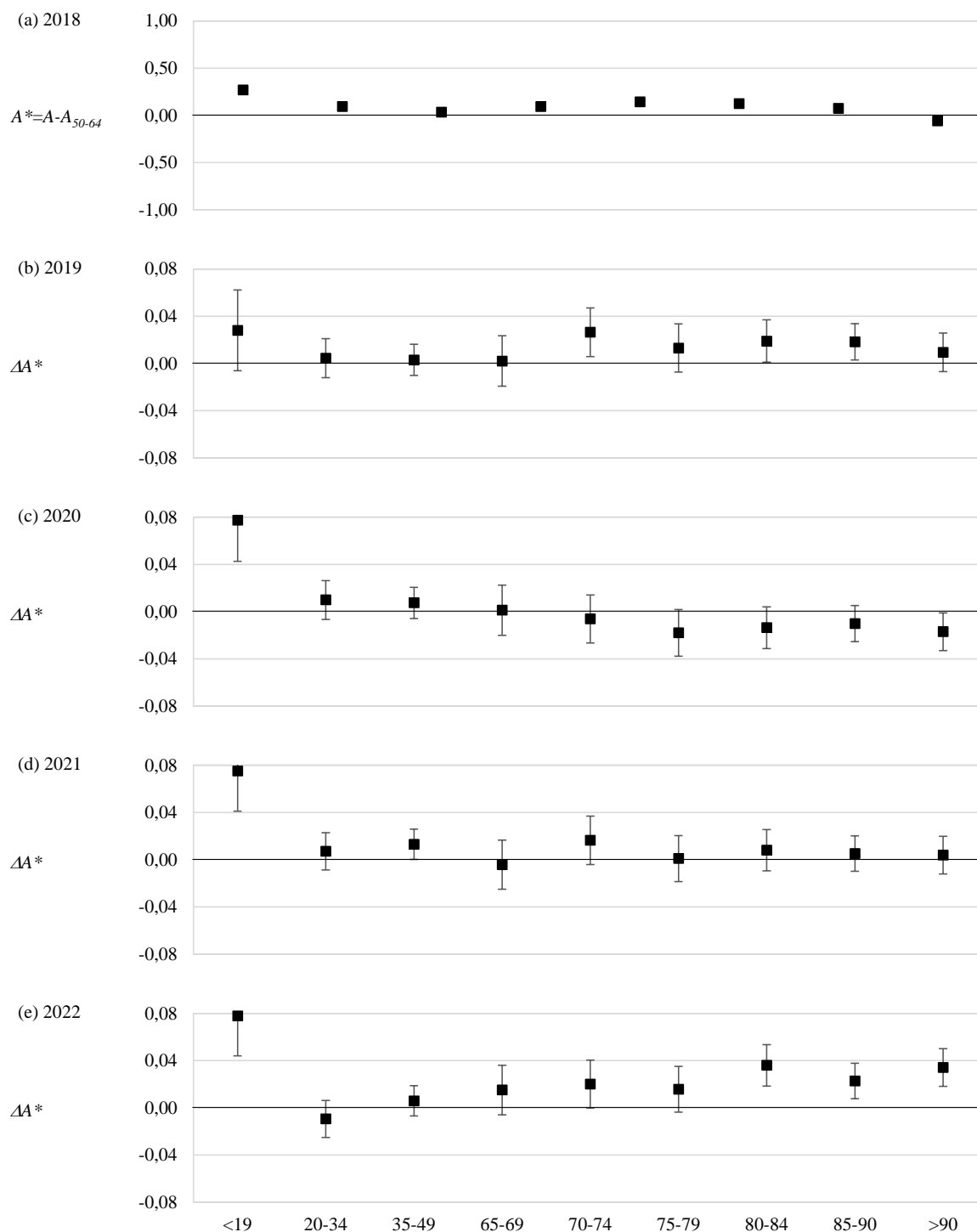
<sup>28</sup> En ser også her en mulig «korona-effekt» i 2020, der de fire eldste aldersgruppene (den eldste signifikant) har lavere tildeling av *A*-tjenester (enn en mindre sårbar gruppe av 50-64-åringene) enn i 2018. Se note 21.

Figur 4.5: Relativt omfang av institusjonstjenester ( $I$ ) hos ulike aldersgrupper i 2018 (a) og endring over tid (b-e) (N=1 599 039).



*Forklaring:* Vertikale linjer angir 95-prosents konfidensintervaller. Estimer fra modell IV (se tabell A3.1 i appendikset).

Figur 4.6: Relativt omfang av avlastningstjenester mv. (A) hos ulike aldersgrupper i 2018 (a) og endring over tid (b-e) (N=1 599 039).



*Forklaring:* Vertikale linjer angir 95-prosents konfidensintervaller. Estimerer fra modell IV (se tabell A3.1 i appendikset).

Dette mønsteret kan sammenholdes med det som ble sagt ovenfor: Man ser (1) en generell *utjevning* og nedgang i bruken av institusjonstjenester blant ulike grupper, (2) en tendens til at tildeling av typiske hjemmetjenester ser ut til å øke relativt sett for de samme gruppene og, her, (3) en tendens til at slike grupper også tildeles relativt mer av typiske

avlastningstjenester. Det siste er også i tråd med et reformønske der tjenester vris mer mot tjenester som kan *kombineres* med mer hjemmebasert omsorg.

I en siste del av analysen ser vi kort på enkelte tendenser til at mønstrene vi hittil har funnet også kan avhenge av typen kommune som vurderer og tildeler tjenester. Her estimerer vi altså en «full» modell som inneholder samspill mellom år, alder, og kommunetype (på den ene siden kommunestørrelse, på den andre siden andel bosatt i spredtbygde strøk). Det skal igjen understrekes at betydningen av slike forhold – altså «effekter» av kommunetype – ikke forklarer mye, men at enkelte tendenser allikevel kan spores.<sup>29</sup> En enkel måte å presentere resultatene på er i form av predikerte nivåer av tildelinger (*H*-, *I*- og *A*-tjenester) under ulike forutsetninger, slik det gir anledning til å isolere betydningen av enkeltforhold (kommunestørrelse og spredtbygdhet).<sup>30</sup> Figurene 4.7-4.9 viser slike nivåer der en ser på predikerte verdier under forutsetninger om (a) det tas utgangspunkt i modellen og observerte verdier, (b) at nivåer ikke påvirkes av at «tiden går» (men at tildelingen kun skjer på bakgrunn av generelle forskjeller mellom aldersgrupper og kommuner), at kommunene stort sett er (c) store eller (d) små, og at kommunene stort sett har (e) få eller (f) mange bosatte i spredtbygde strøk.

For det første ser en i figur 4.7 at panel (a) viser det samme som det vi så i de foregående figurene (4.4-4.6): Bruken av hjemmebaserte tjenester synker noe frem mot 2020, men øker så frem mot 2022.<sup>31</sup> Dernest ser man at prediksjoner der det forutsettes at «tiden står stille» (b) vil anslå at svært lite vil skje (som følge av endringer i behov, aldersfordeling, og kommunetype (i kombinasjon) alene).<sup>32</sup> Forskjellen mellom store og små kommuner<sup>33</sup> er ikke betydelig, men man ser en tendens til at store kommuner har en tydelig «knekk» i tildelingen rundt 2020.<sup>34</sup> Den største kontrasten ser en mellom kommuner med mange vs. få bosatt i spredtbygde strøk: Kommuner med mange bosatt i spredtbygde strøk har et betydelig større omfang av hjemmebaserte tjenester (til alle aldersgrupper).<sup>35</sup> Generelt sett ser man at tendensen er økende: Over tid øker alle kommunetyper tildelingen av typisk hjemmebaserte tjenester.

Det er heller ikke betydelige forskjeller ulike kommunetyper imellom over tid når det gjelder tildelingen av *I*- og *A*-tjenester. I figur 4.8 ser man (som nevnt) at små og tettbygde kommuner har en viss tendens til å «bygge ned» typiske institusjonstjenester mer enn større og mer

---

<sup>29</sup> Som nevnt i innledningen til denne delen av kapittelet gir ikke tillegget av kommunetype i modellene særlig mer forklaringskraft (jf. tilpasningsmål for modell V i tabell A3.1). For enkelhets skyld vises i påfølgende figurer kun tildelinger for de eldste aldersgruppene (endringene for de yngre aldersgruppene er også langt svakere; se neste note).

<sup>30</sup> Resultater (av tester) for DDD-estimatoren (se note 16) vises i tabell A3.2. De viser i all hovedsak at særlig «av-institusjonaliseringen» som vist til ovenfor dempes noe (signifikant men moderat) for de eldre aldersgruppene med økende kommunestørrelse og økende andeler i spredtbygde strøk.

<sup>31</sup> Tilsvarende gjelder for figurene 8 (*I*-tjenester) og 9 (*A*-tjenester): De viser til mønsteret som testes i figurene 4.5 og 4.6.

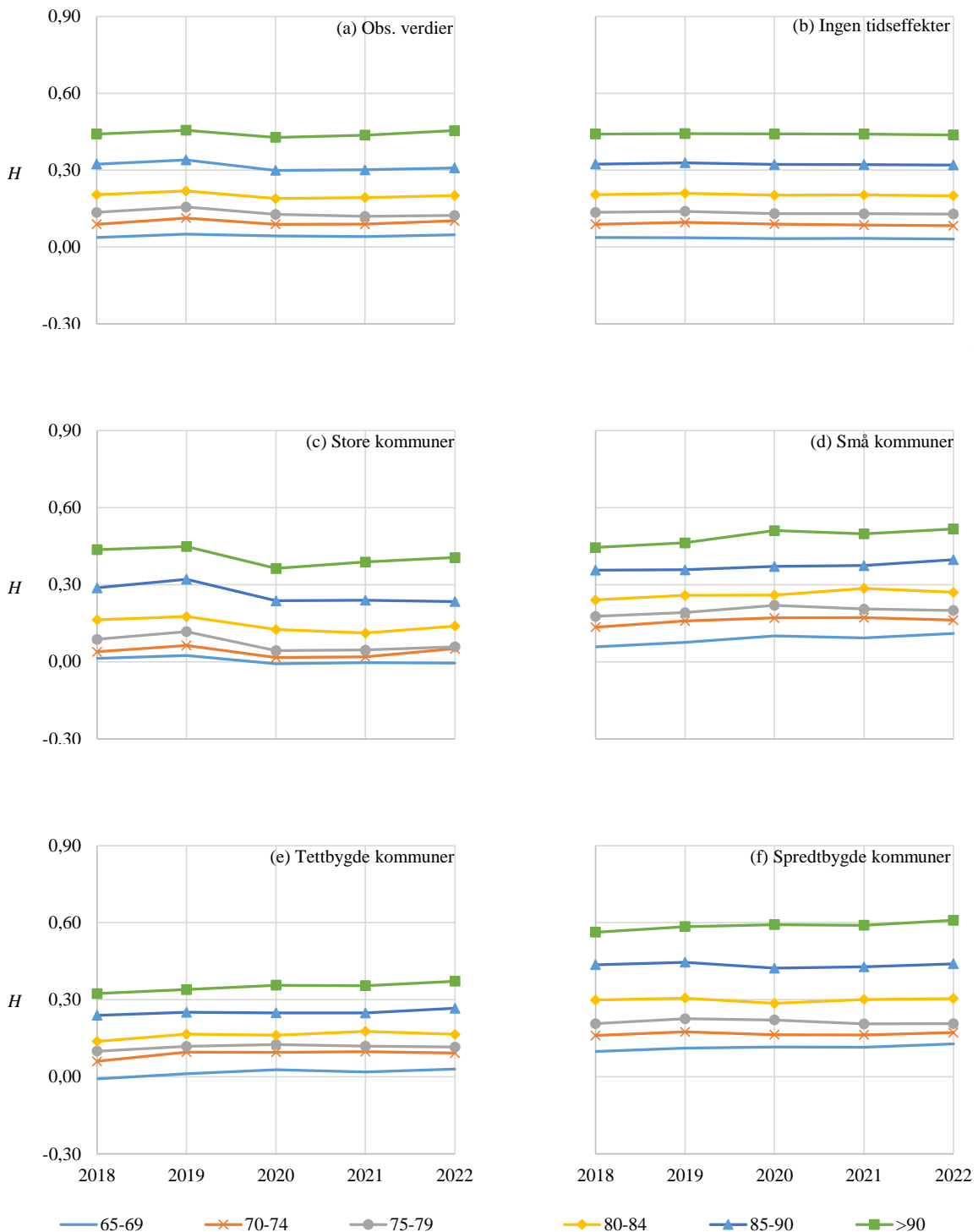
<sup>32</sup> Dette er i tråd med den generelle oversikten innledningsvis. Dette gjelder også for *I*- og *A*-tjenestene (panel (b) i figur 4.8 og 4.9).

<sup>33</sup> Der en altså tenker seg «hva som ville skje» dersom de fleste kommuner var store (eller små) *alt annet likt*.

<sup>34</sup> Muligens som følge av større omlegginger i forbindelse med korona-pandemien i slike kommuner.

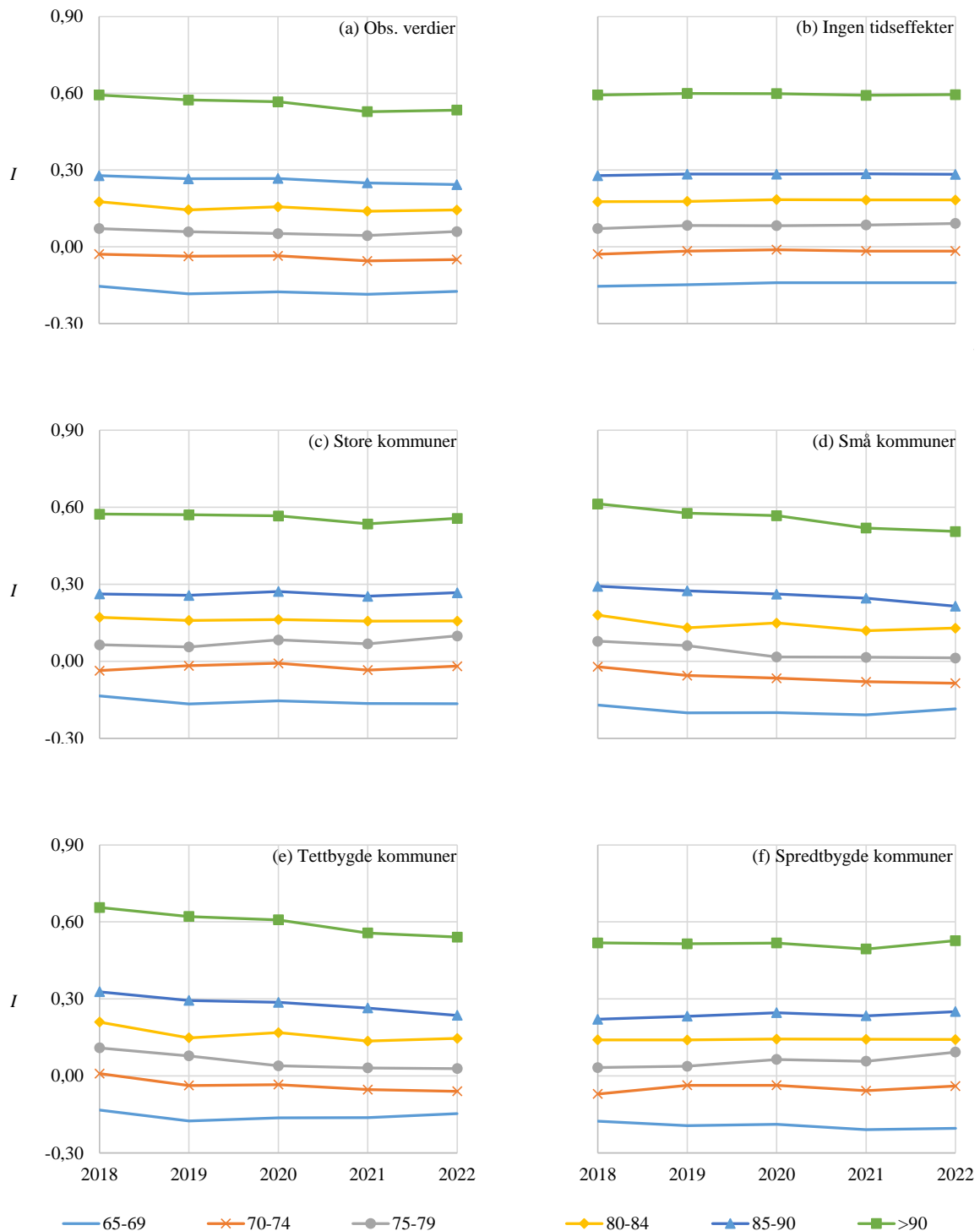
<sup>35</sup> Dette har trolig sammenheng med at hjemmetjenester etterspørres mer (relativt sett) opp mot institusjonstjenester der sistnevnte må ha en ulempe i og med at de ytes «lenger unna» et nærmiljø.

Figur 4.7: Simulert omfang av hjemmetjenester mv. ( $H$ ) hos ulike aldersgrupper under ulike forutsetninger (N=1 599 039).



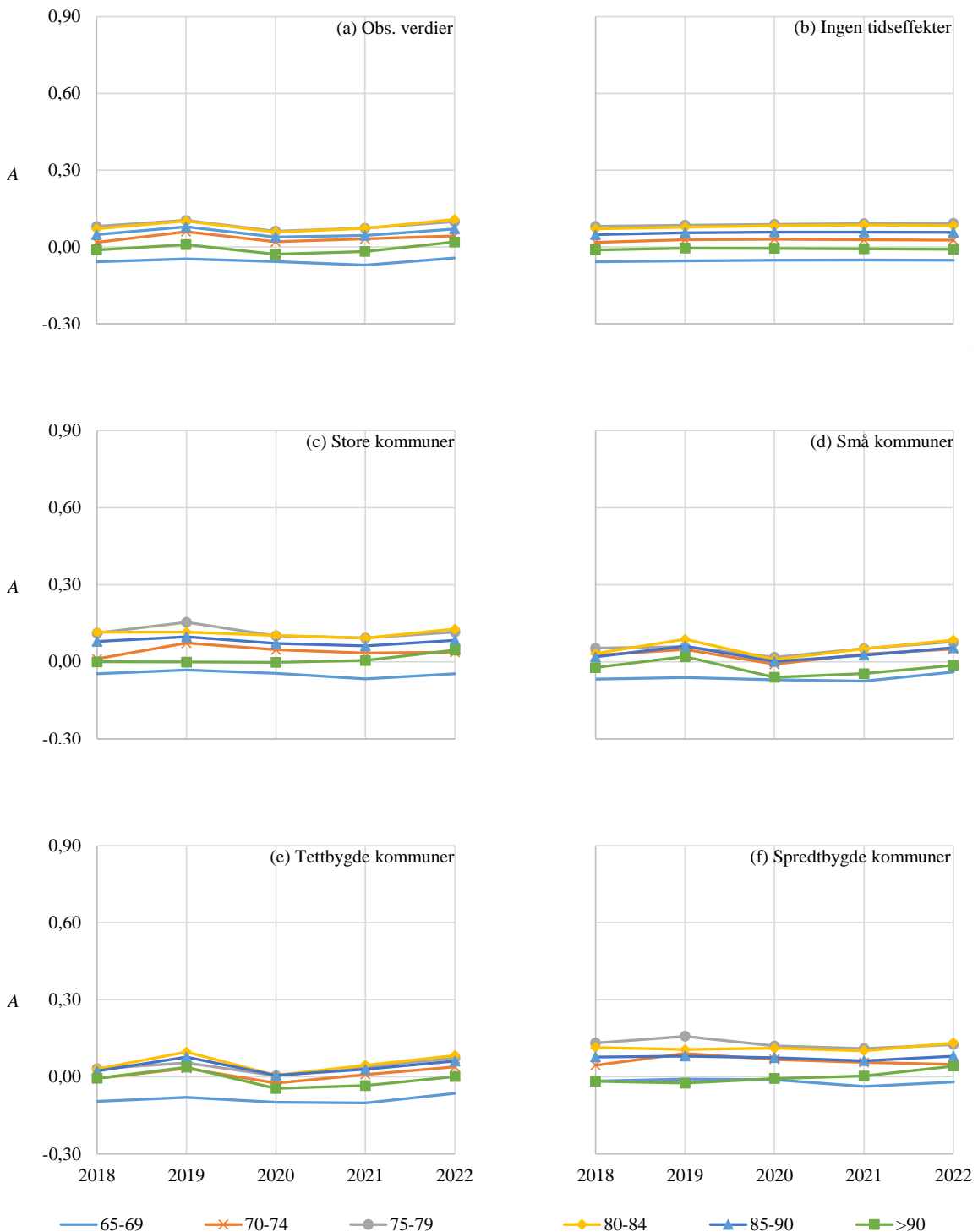
**Forklaring:** (a) Gjennomsnittlige predikerte verdier fra modell V; (b) som (a) men med alders- og kommunistørrelsesforskjeller som estimert for 2018 (dvs. uten tidseffekter og uten tidsspesifikke alders-, størrelses- eller spredtbygdhetsforskjeller); (c) som (a) men med alle kommunistørrelser mindre enn 75-persentilen justert opp til denne (83 592 innb.); (d) som (a) men med alle kommunistørrelser større enn 25-persentilen justert ned til denne (10 556 innb.). (e) som (a) men med andel i spredtbygde strøk større enn 25-persentilen justert ned til denne (3,8 prosent); (f) som (a) men med andel i spredtbygde strøk mindre enn 75-persentilen justert opp til denne (33,1 prosent).

Figur 4.8: Simulert omfang av institusjonstjenester ( $I$ ) hos ulike aldersgrupper under ulike forutsetninger (N=1 599 039).



**Forklaring:** (a) Gjennomsnittlige predikerte verdier fra modell V; (b) som (a) men med alders- og kommunestørrelsesforskjeller som estimert for 2018 (dvs. uten tidseffekter og uten tidsspesifikke alders-, størrelses- eller spredtbygdhetsforskjeller); (c) som (a) men med alle kommunestørrelser mindre enn 75-persentilen justert opp til denne (83 592 innb.); (d) som (a) men med alle kommunestørrelser større enn 25-persentilen justert ned til denne (10 556 innb.). (e) som (a) men med andel i spredtbygde strøk større enn 25-persentilen justert ned til denne (3,8 prosent); (f) som (a) men med andel i spredtbygde strøk mindre enn 75-persentilen justert opp til denne (33,1 prosent).

Figur 4.9: Simulert omfang av avlastningstjenester mv. (A) hos ulike aldersgrupper under ulike forutsetninger (N=1 599 039).



**Forklaring:** (a) Gjennomsnittlige predikerte verdier fra modell V; (b) som (a) men med alders- og kommunestørrelsesforskjeller som estimert for 2018 (dvs. uten tidseffekter og uten tidsspesifikke alders-, størrelses- eller spredtbygdhetsforskjeller); (c) som (a) men med alle kommunestørrelser mindre enn 75-persentilen justert opp til denne (83 592 innb.); (d) som (a) men med alle kommunestørrelser større enn 25-persentilen justert ned til denne (10 556 innb.). (e) som (a) men med andel i spredtbygde strøk større enn 25-persentilen justert ned til denne (3,8 prosent); (f) som (a) men med andel i spredtbygde strøk mindre enn 75-persentilen justert opp til denne (33,1 prosent).



spredtbygde kommuner, men uten at disse er svært fremtredende. Muligens kan dette ha sin bakgrunn i at mindre kommuner er mer fleksible (enn større organisasjoner, og derfor lettere kan legge om praksis) og at tettbygde har et potensial (mer enn spredtbygde kommuner) for lettere også å yte hjemmebaserte tjenester på en rimeligere måte (siden geografiske avstander er mindre).

I figur 4.9 er bildet mer uoversiktlig: Typiske avlastningstjenester brukes ikke svært ulikt av de ulike aldersgruppene,<sup>36</sup> og dette gir seg også utslag i at nivåforskjeller over tid heller ikke er svært substansielle.<sup>37</sup> Også her er det fremtredende trekket at tildeling av A-tjenester ser ut til å øke generelt over tid, med en mulig «korona-knekk» i 2020,<sup>38</sup> om enn moderat.

## 4.5 Oppsummering og hovedfunn

I dette kapittelet har vi brukt data fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) for å undersøke hvordan den kommunale helse- og omsorgstjenesten tildeler ulike tjenester i perioden 2018-2022. En enkel oversikt over datamaterialet viser at:

- Andelen av befolkningen som mottar tjenester fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten øker svakt i perioden, og at tjenestemottak øker noe for yngre personer (særlig 20-34-åringer). En ser en svak tendens til at tjenestetilbudet totalt sett legges om fra institusjonsomsorg til mer hjemmetjenestebasert omsorg. Hovedinntrykket er at hverken tjenestetilbudet eller behov endrer seg svært mye gjennom perioden.

I videre analyser finner vi holdepunkter for å dele enkelttjenester inn i grupper som omfatter typiske «hjemmebaserte tjenester», «institusjonstjenester» og «avlastningstjenester», og i analyser som sammenligner grupper av mottagere finner vi moderate tendenser til at:

- Tildelingen av typiske «hjemmebaserte tjenester» øker noe for eldre aldersgrupper, samt for de aller yngste, sett opp mot andre aldersgrupper.
- Tildelingen av typiske «institusjonstjenester» avtar særlig for de eldste aldersgruppene (samt den yngste) gjennom perioden.
- Tildelingen av typiske «avlastningstjenester» øker særlig for de eldste aldersgruppene (samt den yngste) gjennom perioden.

Vi finner moderate til svake tendenser til at:

- Kommuner med mange bosatt i spredtbygde strøk tildeler «hjemmebaserte tjenester» i større grad enn andre kommuner.
- Over tid tildeler små og tettbygde kommuner «institusjonstjenester» i noen mindre grad enn andre kommuner.

---

<sup>36</sup> Se note 24.

<sup>37</sup> Selv om en allikevel kan spore enkelte signifikante forskjeller, jf. tabell A3.2.

<sup>38</sup> Se note 21 og 25.

## 5 Survey til kommunene

I dette kapitlet presenteres resultater fra spørreundersøkelsen til alle landets kommuner som ble sendt ut høsten 2023. Med kun 96 innkomne svar fra landets 356 kommuner (27 pst.) er grunnlaget for å kunne generalisere funn eller sammenligne resultatene på tvers av kommunegrupper begrenset. Resultatene presenteres derfor i hovedsak samlet for samtlige kommuner.

På tross av lav svarprosent finner vi ikke store skjevheter i utvalget sammenlignet med kommune-Norge ellers når det gjelder vanlige karakteristika (som befolkningsstørrelse, sentralitet, aldersfordeling, fylkestilhørighet mv.). I avsnitt 5.1 gir vi en kort diskusjon av dataenes representativitet og grad av sammenlignbarhet med forrige undersøkelse før vi videre i kapitlet presenterer resultatene fra undersøkelsen.

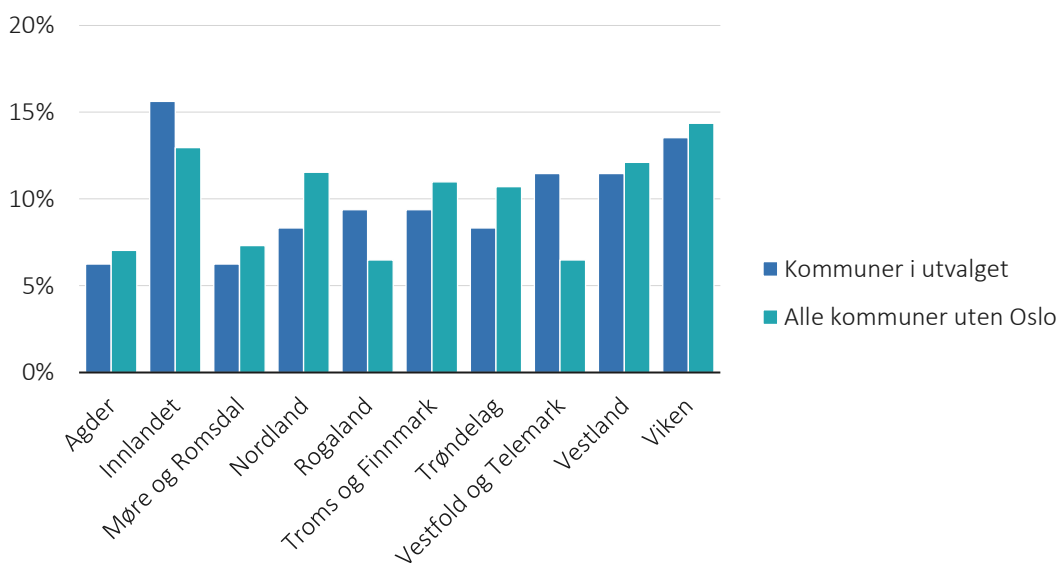
### 5.1 Utvalget og vurdering av representativitet

Med svar fra kun 96 av 356 kommuner er det statistiske grunnlaget for å kunne sammenligne grupper av kommuner etter strukturelle kjennetegn som befolkningsstørrelse, alderssammensetning, sentralitet og kommuneøkonomi mv. svært begrenset. Dette fordi hver gruppe vil bli liten, og dermed sårbar for enkelttilfeller som ikke nødvendigvis er representative for gruppen kommunen inngår i. Med små grupper vil eventuelle observerte variasjoner også kun unntaksvis kunne gi grunnlag for å konkludere med statistisk utsagnskraftige forskjeller. Vi presenterer derfor, med noen unntak, resultatene for alle kommunene samlet.

For å vurdere hvor utsagnskraftige og representative svarene er, har vi undersøkt kommunenes representativitet samlet mot noen strukturelle kjennetegn.

Figuren under viser hvordan utvalget fordeler seg på fylkene. Som vi ser av figuren, følger mønsteret i fylkesfordelingen i utvalget det tilsvarende mønsteret i kommune-Norge, selv om kommuner fra enkelte fylker er over- eller underrepresentert i utvalget. Vestfold og Telemark, Innlandet og Rogaland er noe overrepresentert mens de tre nordligste fylkene er noe underrepresentert i utvalget som har besvart undersøkelsen. Den geografiske bredden er likevel godt ivaretatt, noe som tilsier at hensynet til eventuelle geografiske variasjoner er ivaretatt.

Figur 5.1: Kommuner i utvalget (N=96) og kommune-Norge (N=356). Etter fylke.



En sammenligning av utvalget med kommune-Norge langs andre karakteristika bekrefter at utvalget gir en rimelig representasjon. Snittverdiene for, og spredningen i (gitt ved standardavviket, samt minimums- og maksimumsverdiene), for ulike kommunekarakteristika i utvalget, ligger nær de tilsvarende målene i kommune-Norge som sådan.

Snittverdien for størrelse målt i antall innbyggere er på nivå med gjennomsnittet i kommune-Norge. Det samme er andelen innbygger over hhv 65 år og 80 år. Også når det gjelder representasjon fra kommuner med ulik sentralisering ser vi at gjennomsnittet er på noenlunde samme nivå som for kommune-Norge samlet.

Maks og min verdiene viser at utvalget dekker noe smalere kommunekategorier enn hele kommune-Norge, det vil si at de aller største og aller minste kommunene ikke inngår i utvalget.

Tabell 5.1: Kommunekarakteristika i utvalget (N=96) og i kommune-Norge (N=355)

	Min.	Gjennomsnitt	Maks.	Std.avv.
<b>Alle kommuner:</b>				
Antall innbygger	208	15418	709037	45332
Sentralitetsindeks	295	643	1000	143
Andel 65 år og eldre	0,1293	0,2281	0,3378	0,04
Andel 80 år og eldre	0,0267	0,0575	0,1048	0,01
<b>Kommuner i utvalget:</b>				
Antall innbyggere	753	15777	146011	24238
Sentralitetsindeks	350	669,5	971	134
Andel 65 år og eldre	0,1386	0,2251	0,3274	0,041
Andel 80 år og eldre	0,0277	0,0565	0,0969	0,014

Figur 5.1 og tabell 5.1 viser at variasjoner i strukturelle og geografiske variabler i stor grad er fanget opp, men at vi mangler ytterpunktene.

Hvorvidt kommuner som har engasjert seg i reformen har vært mer eller mindre tilbøyelige til å svare på undersøkelsen enn andre kommuner, kommer vi tilbake til i neste avsnitt. I utgangspunktet er det rimelig å anta at kommuner som har erfaring fra arbeid med reformen, også er de som vil være mest tilbøyelige til å svare på undersøkelsen. I en evalueringssammenheng, der vi ønsker å få kunnskap om hva som har fungert og eventuelle effekter av reformarbeidet, vil det være kommuner som sitter med erfaringer som er mest relevante. Svarene fra undersøkelsen tyder på at kommunene som har besvart undersøkelsen har erfaring fra arbeid med reformen. Når utvalget som har besvart undersøkelsen har en rimelig representativitet av strukturelle kjennetegn, kan vi legge til grunn at tendensene og erfaringen som presenteres i videre i dette kapitlet er rimelige representative for kommuner som har arbeidet med reformen.

Med en svarprosent på 27 pst. har vi derimot ikke grunnlag for å kunne si noe om hvor stor andel av kommunene som har arbeidet med reformen.

## 5.2 Om Leve hele livet – deltagelse og vurderinger

I spørreundersøkelsen fra midtveiseevalueringen svarte nesten samtlige respondenter at de hadde planer om å gjennomføre Leve hele livet, men bare halvparten oppga at de hadde fattet vedtak om gjennomføring. I sluttevalueringens undersøkelse fra høsten 2023, har vi gjentatt spørsmålet om vedtak og spurt om kommunen har gjennomført tiltak i tråd med vedtaket.

Resultatene viser at 83 pst. av kommunene i utvalget oppgir at de har fattet vedtak om deltagelse. Kun 8 pst. svarer nei på dette spørsmålet mens nesten like mange (7,4 pst.) svarer vet ikke. Vi har ikke grunnlag for å kunne vurdere om kommuner som ikke har fattet vedtak om deltagelse har vært mindre tilbøyelige til å svare på undersøkelsen enn kommuner som har fattet et vedtak om deltagelse. Dersom kommuner som ikke har fattet vedtak har vært mindre tilbøyelig til å svare på undersøkelsen, er det rimelig å anta at det samme også gjaldt for undersøkelsen fra 2020. Vi tolker derfor resultatene som at det har vært en økning i andelen kommuner som har fattet vedtak om å deltagelse, men at det fremdeles kan være opp mot 15-20 pst. av kommunene som ikke har fattet vedtak om deltagelse. I kapittel 6 ser vi nærmere på vedtak og planer i tre fylker. Her finner vi at 84 pst. av kommunene har fattet et vedtak som på en eller annen måte omtaler Leve hele livet, mens 40 pst. har fattet et vedtak på reformens fem innsatsområder og ytterligere 19 pst. har fattet et vedtak som skal lede opp til en plan for arbeidet med Leve hele livet. Det er dermed stor variasjon i vedtakene, og det er vanskelig å fastslå hva et vedtak betyr for gjennomføring.

De som svarte ja på undersøkelsens spørsmål og vedtak, fikk et oppfølgingsspørsmål om kommunen hadde fulgt opp med tiltak i tråd med vedtaket. Av de som har besvart dette spørsmålet, er det kun 2 kommuner som har svart nei mens de resterende svarene viser ja. Over 20 pst. av de som fikk dette spørsmålet, har ikke besvart dette spørsmålet. Vi kan dermed ikke konkludere med at et vedtak om deltagelse alltid følges opp med tiltak, men resultatene tyder på at kommunene i stor grad har gjennomført tiltak i tråd med vedtaket. Igjen må resultatene leses med forsiktighet. I kapittel 6 har vi sett nærmere på innholdet i vedtakene i tre fylker. Flere av vedtakene handler om oppfølging av allerede igangsatte tiltak. Dette er i tråd med tilbakemeldinger fra ansatte i helse- og omsorgstjenestene, som mener det er vanskelig å skille Leve hele livet fra allerede igangsatte tiltak og initiativ (se kapittel 10). Dette bekreftes også videre i spørreundersøkelsen på spørsmål om konkrete tiltak er gjennomført som en del av reformen. Resultatene på disse spørsmålene bekrefter i stor grad at en stor andel av kommunene har gjennomført tiltak uavhengig av reformen. I praksis er det, med andre ord, vanskelig å vurdere hvorvidt og i hvilken grad kommunenes oppfølging også innebærer nye satsninger.

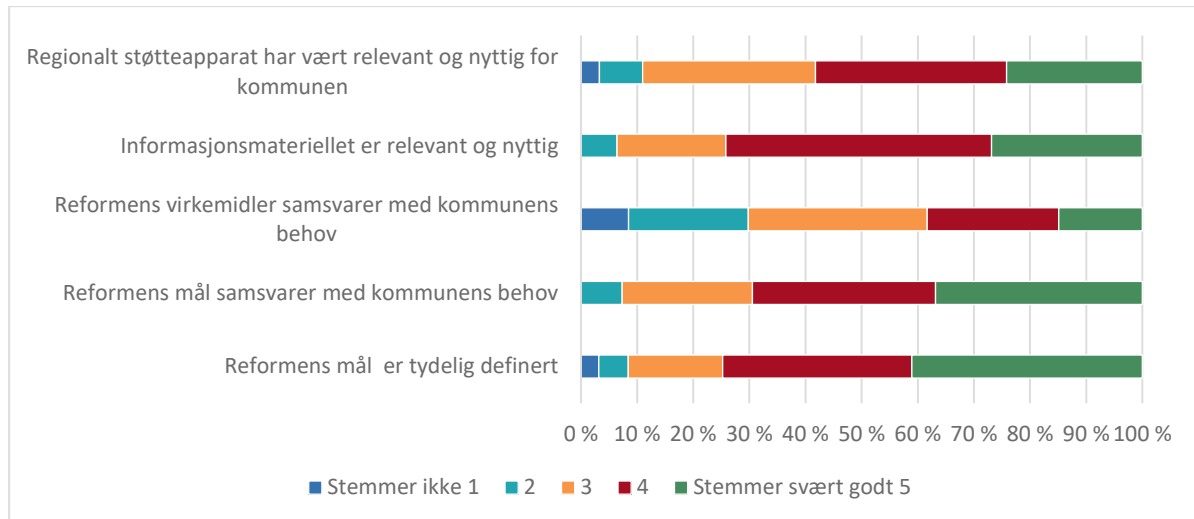
I likhet med undersøkelsen fra 2020 ble kommunene bedt om å gi en samlet vurdering av reformen gjennom å vurdere noen utsagn. Resultatene vises i figur 5.2 under.

De aller fleste støtter at reformens mål er tydelig definert (75 pst.). I 2020-undersøkelsen ble det spurt samlet om mål og virkemidler var tydelig definert der noe færre (70) pst. støttet dette. Svarene er derfor ikke direkte sammenlignbare, men må likevel kunne sies å være på samme nivå.

Det er også en solid støtte til utsagnet om at reformens mål samsvarer med kommunens behov der 70 pst. mener dette stemmer eller stemmer svært godt. Når det gjelder utsagnet om at virkemidlene samsvarer med kommunes behov, er det langt færre som mener at dette stemmer (38 pst.). Undersøkelsen viser med andre ord at reformens mål treffer godt, mens virkemidlene ikke vurderes som treffende. Resultatene på dette punktet stemmer godt med vurderinger fra det regionale støtteapparatet (jf. kap. 8).

Reformens informasjonsmateriell vurderes derimot som nyttig og relevant av over 70 pst. av kommunene. Informasjonsmateriell er en del av reformens virkemidler. Det ser imidlertid ikke ut til at et nyttig og relevant informasjonsmateriell i vesentlig grad har bidratt til at virkemidlene samlet sett samsvarer med kommunens behov.

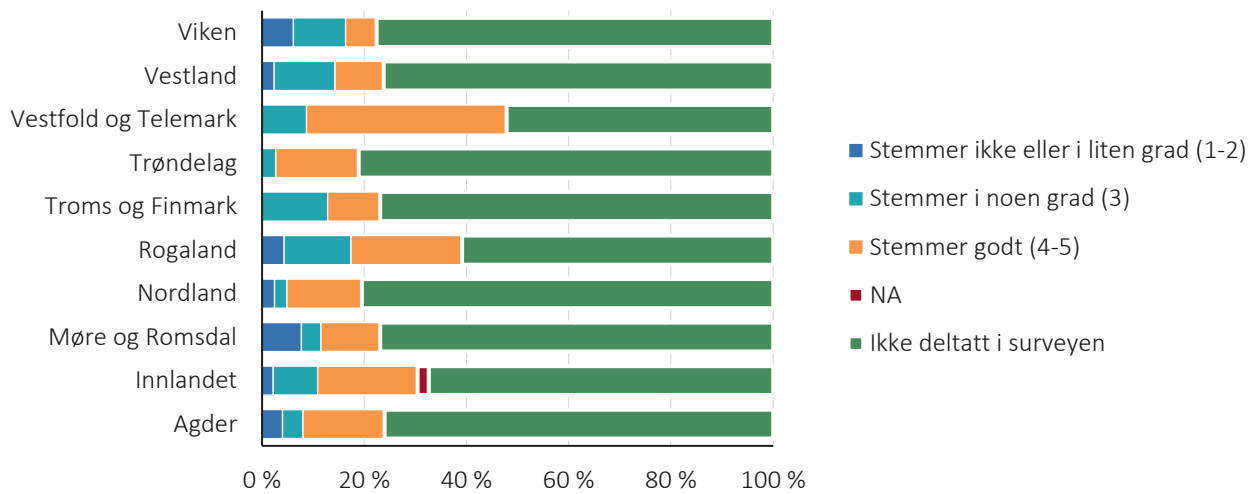
Figur 5.2: Utsagn om reformen. Svar fra 1 (stemmer ikke) til 5 (stemmer svært godt). N=95. Vet ikke er utelatt fra figuren



Kapittel 3 viser at de regionale støtteapparatene har hatt noe ulik organisering og tilnærming til reformen. I figur 5.3 ser vi nærmere på om det er variasjoner på tvers av fylkene på kommunenes vurderinger av regionalt støtteapparat. I figuren har vi inkludert kommuner som ikke har deltatt i spørreundersøkelsen og kommuner som ikke har besvart spørsmålet om det regionale støtteapparatet. Dette er gjort for å unngå at enkeltkommuner skal få for stor betydning i tolkningen av svarene. Eksempelvis er det 19 kommuner i Agder som ikke har deltatt i undersøkelsen. Blant de som har deltatt er det en kommune som har svart *stemmer i liten grad*. Dersom vi kun hadde inkludert kommuner som har besvart undersøkelsen, ville denne ene kommunen utgjøre en høy prosentandel.

På tross av større usikkerhet når dataene brytes ned på fylkesnivå, ser vi at det kan være variasjoner i vurderinger av om regionalt støtteapparat har vært nyttig. Vestfold og Telemark skiller seg ut, både fordi de har den høyeste andelen kommuner som har besvart undersøkelsen, og fordi de har den største andelen som mener at regionalt støtteapparat har vært relevant og nyttig for kommunen. De har heller ingen kommuner som har svart stemmer ikke eller i liten grad på påstanden om regionalt støtteapparat har vært nyttig. Dataene kan tyde på at det kan være en sammenheng mellom grad av tilfredshet med regionalt støtteapparat og andelen kommuner i fylket som har besvart undersøkelsen. Tallene gir imidlertid ikke grunnlag for en statistisk vurdering av en mulig sammenheng.

Figur 5.3: Regionalt støtteapparat har vært relevant og nyttig for kommunen



### 5.3 Deltagelse i nettverk

Deltagelse i Leve hele livet nettverk har vært et sentralt element i reformen, og det har også vært stilt krav til kommunene om deltagelse i reformens nettverk (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

I kapittel 9 vises det til at det basert på intervjuene kan virke som at allerede eksisterende nettverk blir flittigere anvendt enn de som har oppstått i forbindelse med implementeringen av Leve hele livet-reformen. Som en del av spørreundersøkelsen ønsket vi å kartlegge deltagelse i kjente nettverk med relevans for temaene i Leve hele livet. Kartleggingen bekrefter en omfattende deltagelse i ulike nettverk.

En fellesnevner for nettverkene kommunene deltar i, er at de dreier seg om kompetansesamarbeid, kompetanse- og erfaringsoverføring eller samarbeid på tvers av kommunegrensene om utvikling av tjenester innenfor ulike deler av helse- og omsorgssektoren. Som det framgår av tabellen under er det kommunenettverket for velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging flest oppgir at de deltar i, med nettverk for aldersvennlig lokalsamfunn og helsefelleskap på de neste plassene.

Tabell 5.2: Kommunenes deltagelse i ulike nettverk

Nettverk	Deltagelse. N=94
Nettverk for aldersvennlige lokalsamfunn	63 %
Nettverk for klinisk observasjonskompetanse (KlinObsKommune)	31 %
Kommunenettverk for velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging	79 %
Kommunenettverk for universell utforming	11 %
KS kompetansenettverk for e-helse	33 %
TØRN-prosjektet (sammen om fremtidens helse og omsorg)	34 %
Helseledernettverk	64 %
Hesefellesskap	74 %
Andre interkommunale nettverk	45 %

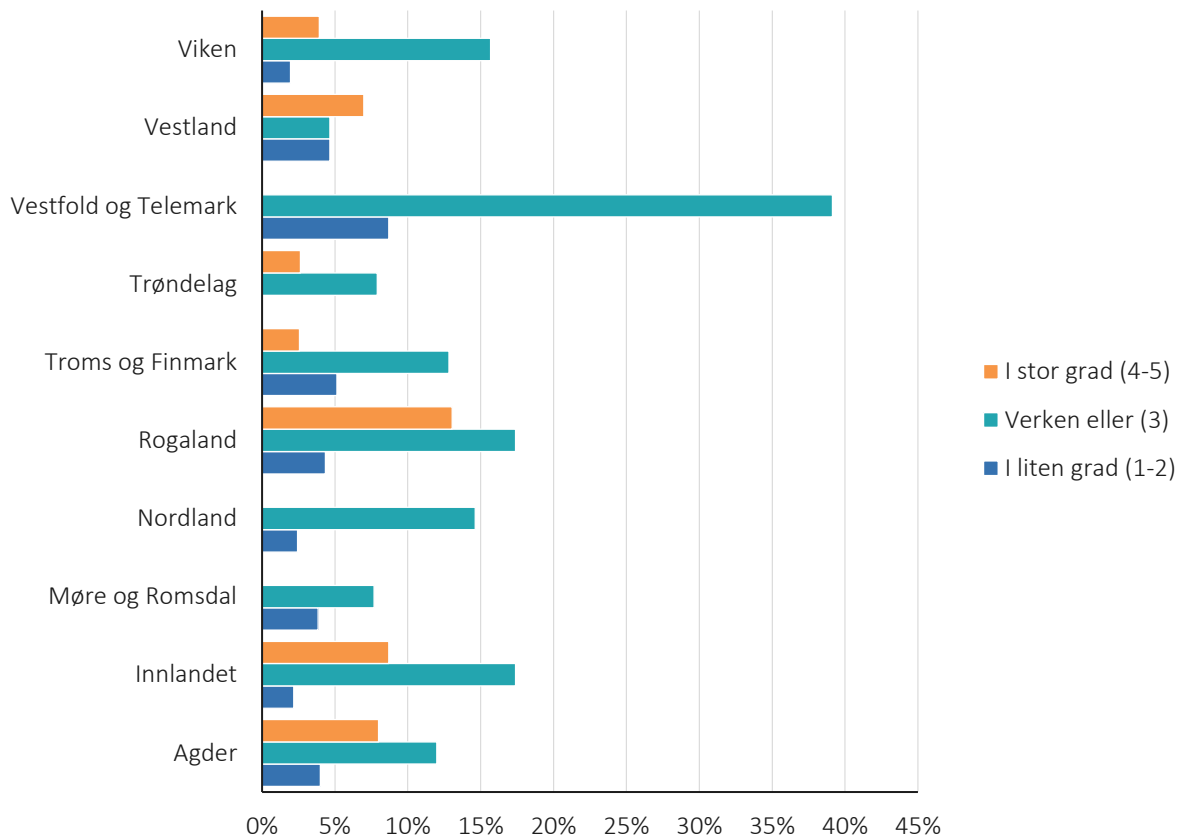
## 5.4 Kommunes rammebetingelser

Kommunenes rammebetingelser er vesentlige med tanke på hvilke muligheter de har til å følge opp forventningene og realisere målene som ligger i Leve hele livet-reformen.

Vi spurte først om en vurdering av kommunenes rammebetingelser totalt sett ligger til rette for en liste med tiltak som også ble vurdert hver for seg. Figur 5.4 viser hvordan svarene fordeler seg fylkesvis. I figuren har vi slått sammen kategori 4 og 5 (i stor grad) og kategori 1- og 2 (i liten grad). Som vi ser av figuren, er det variasjoner på tvers av fylkene. Møre og Romsdal, Vestfold og Telemark og Nordland, har ingen kommuner som svarer positivt på spørsmålet om rammebetingelsene ligger til rette for å gjennomføre rammen. For Vestfold og Telemark svarer 39 pst. verken eller. Vestland er det eneste fylket der det er en svak overvekt av respondenter som svarer positivt om rammebetingelser.

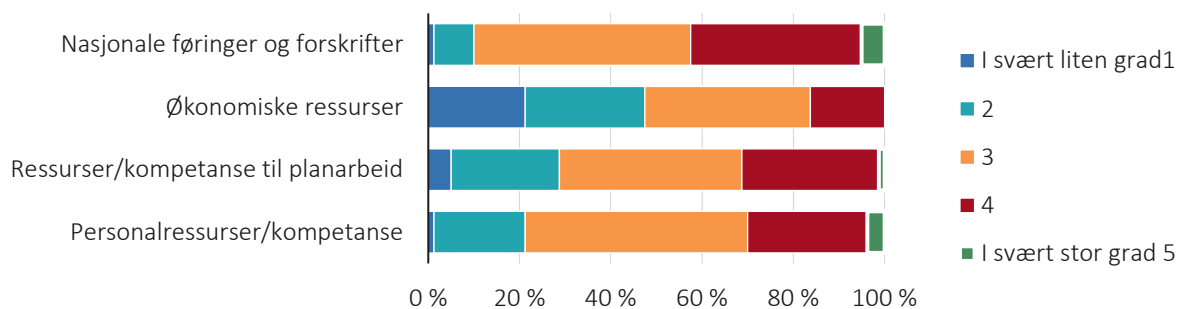
Resultatene og sammenligningene på tvers av fylkene må tolkes med varsomhet som følge av at det blir få respondenter når vi bryter ned på fylkesnivå. Samlet sett er det likevel en klar overvekt (68 pst.) som svarer verken eller (3) på spørsmålet om rammebetingelsene ligger til rette for å gjennomføre reformtiltak.

Figur 5.4: Ligger kommunens rammebetingelser til rette for å gjennomføre reformen?  
Fylkesfordelt. N=78



Figur 5.5 viser kommunenes vurderinger av rammebetingelser på konkrete områder. Kommunene vurderer rammebetingelsene som best på område nasjonale føringer og forskrifter og dårligst på økonomiske ressurser til å gjennomføre reformen.

Figur 5.5: Ligger kommunens rammebetingelser på områdene som er listet opp nedenfor til rette for å gjennomføre reformen? N=80



Samlet sett må det kunne konkluderes med at kommunene, etter egne vurderinger, i svært begrenset grad har hatt rammebetingelser som legger til rette for å gjennomføre reformen.



## 5.5 Tiltak og effekt av Leve hele livet

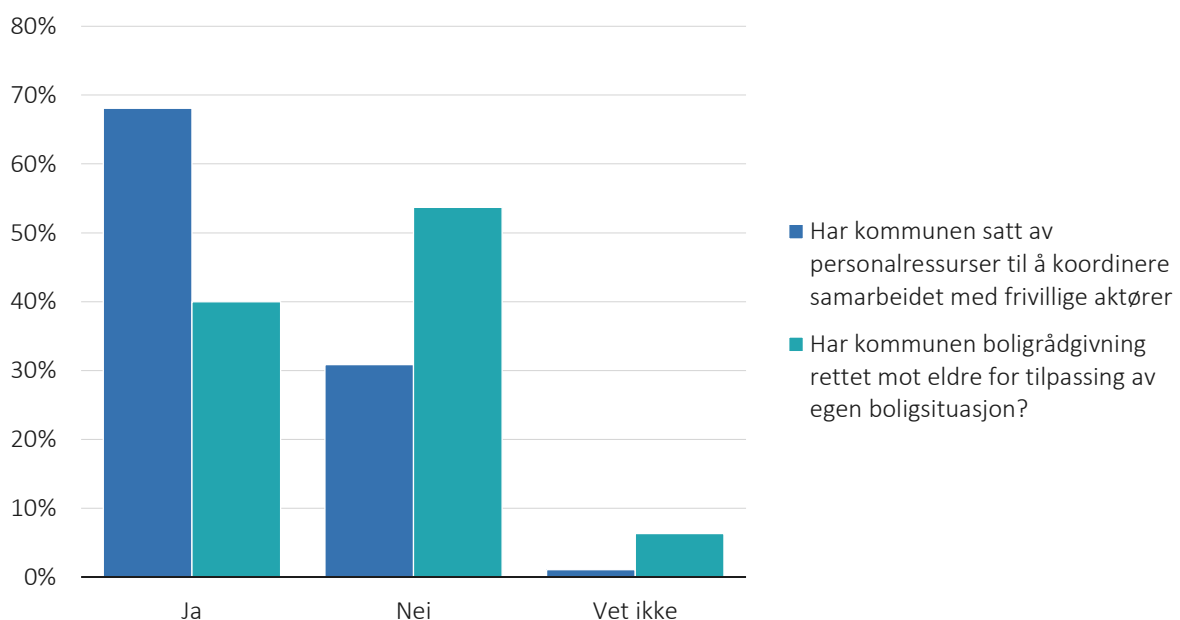
Leve hele livet handler om de grunnleggende tingene som oftest svikter i tilbudet til eldre: mat, aktivitet og fellesskap, helsehjelp og sammenheng i tjenestene. Løsningene som fremmes og foreslås som en del av reformen, er forslag til endringer som blant annet handler om samarbeid med andre tjenesteområder, frivillig sektor og andre aktører i lokalsamfunnet. For å utløse samarbeid med andre sektorer kreves det ressurser. Det samme gjelder for tiltak som legger til rette for at eldre skal kunne ta et større ansvar for egen alderdom.

Vi har stilt kommunene to konkrete spørsmål om ressurser. Det ene handler om personalressurser til å koordinere samarbeid med frivillige aktører. Det andre handler om boligrådgivning rettet mot eldre for tilpasning av egen boligsituasjon.

Figur 5.4 viser at et stort flertall av kommunene (68 pst.) har satt av personalressurser til å koordinere samarbeidet med frivillige aktører. Når det gjelder boligrådgivning rettet mot eldre for tilpasning av egen boligsituasjon, er det godt under halvparten (40 pst.) som oppgir at de har dette tiltaket.

Respondentene som svarte ja på spørsmålene over, fikk spørsmål om tiltaket er gjort som en del av reformen Leve hele livet. I begge tilfellene svarer flertallet (hhv. 72 og 82 pst.) nei på dette spørsmålet. Leve hele livet reformen har dermed hatt en begrenset effekt på disse to områdene. Kun 22 pst. svarer at ressurser til å koordinere samarbeid med frivillige er gjort som en del av reformen, mens 12 pst. av kommunene som har boligrådgivning rettet mot eldre svarer at tiltaket er en del av reformen. Sett i lys av at hhv. 31 og 54 pst. svarer nei på spørsmål om de har disse to tiltakene, må det kunne konkluderes med at reformen i liten grad har bidratt på disse to områdene. Resultatene på disse spørsmålene støtter dermed funnene fra kommunecasene om at mange tiltak gjøres uavhengig av reformen.

Figur 5.6: Ressurser til å koordinere samarbeid med frivillige og boligrådgivning. N=94, 95.

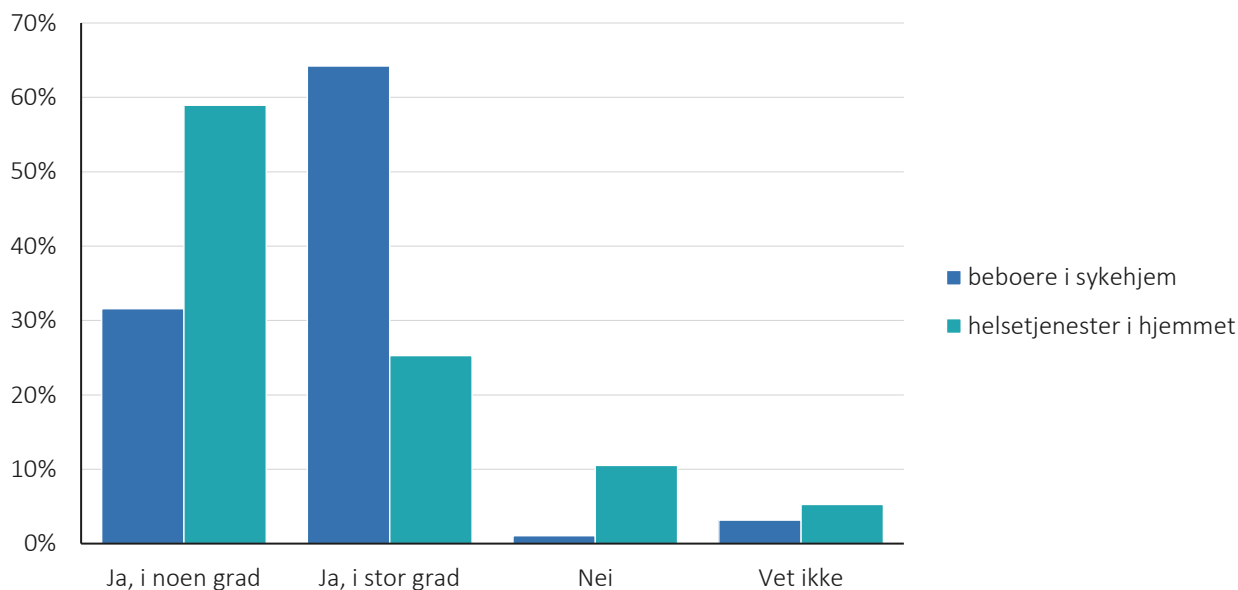


Ernæring er et annet område som vektlegges i Leve hele livet-reformen. Vi har spurt kommunene om de har innført systematisk ernæringskartlegging av beboere i sykehjem og mottakere av helsetjenester i hjemmet. På samme måte som for spørsmålet over, har respondenter som har svart positivt fått spørsmål om tiltaket er gjort som en del av reformen.

Figur 5.5 viser fordelingen mellom kommuner som har svart i noen grad, stor grad og nei på spørsmålene om ernæringskartlegging. Som det framgår av figuren svarer de aller fleste

kommunene (96 pst.) at de i noen eller stor grad har innført systematiske ernæringskartlegginger av beboere i sykehjem. Tilsvarende er det 84 pst. som svarer positivt på om de har innført ernæringskartlegging av mottakere av helsetjenester. For beboere i sykehjem er det flest som svarer i stor grad, mens det for helsetjenester i hjemmet er flest som svarer i noen grad. Dette kan tyde på at kartleggingen som gjøres av beboere i sykehjem er mer systematiske og har kommet lengre enn kartleggingen av mottakere av helsetjenester i hjemmet.

Figur 5.7: Har kommunen innført systematisk ernæringskartlegging av beboere i sykehjem og av mottakere av helsetjenester i hjemmet? N=95

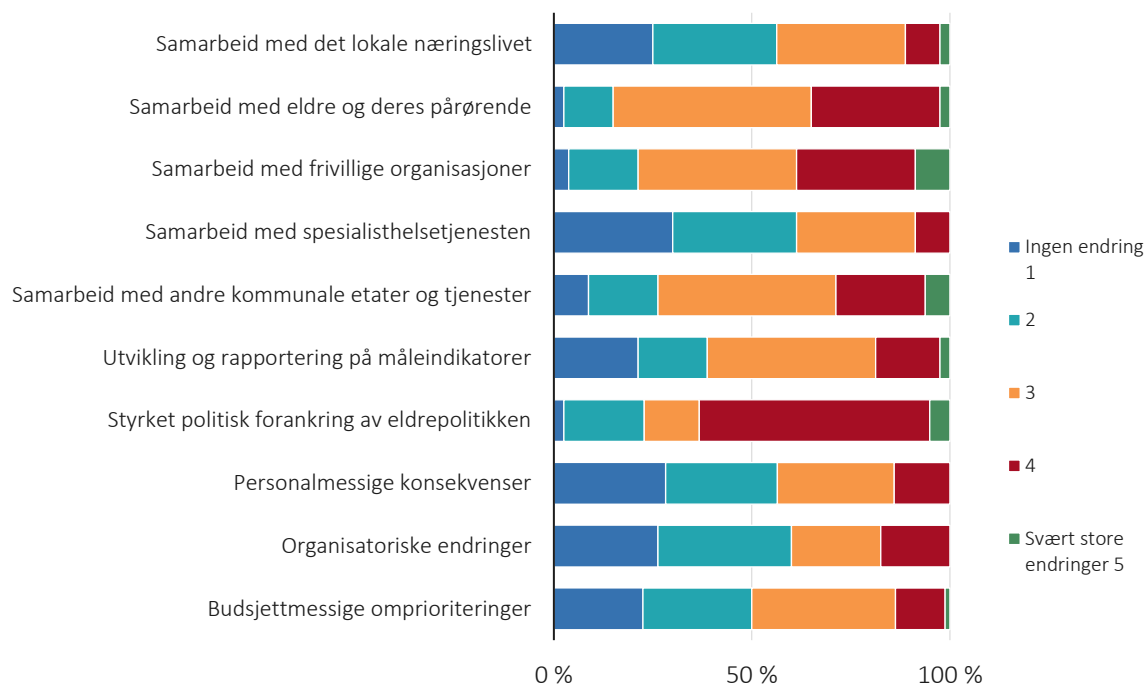


På spørsmål om ernæringskartlegging ble innført som en del av reformen, svarer kun 20 pst. at dette er innført som en del av reformen mens 75 pst. svarer nei og 4 pst. vet ikke. For mottakere av helsetjenester i hjemmet, er det omtrent samme andel som svarer at kartleggingen er innført som den av Leve hele livet (22 pst.). Resultatene viser dermed at de aller fleste kommunene som gjennomfører systematiske ernæringskartlegginger av beboere i sykehjem eller mottakere av helsetjenester i hjemmet, gjør dette uavhengig av reformen.

I motsetning til spørsmålene om ressurser til å koordinere samarbeid med frivillige og boligrådgivning, ser vi av figur 5.7 at så godt som samtlige kommuner har innført systematisk ernæringskartlegging av beboere på sykehjem. Hvis i en stor andel av disse hadde innført ernæringskartlegging for beboere i sykehjem før reformen startet, er det rimelig at reformen har hatt en begrenset effekt på dette området. Når det gjelder ernæringskartlegging av mottakere av helsetjenester i hjemmet, er det noen flere, men fremdeles en liten andel som svarer nei spørsmål om kommunen har dette tiltaket. Potensialet for effekt av reformen burde derfor være større for dette tiltaket.

Kommunene ble også spurt direkte om i hvilken grad deltagelse i Leve hele livet har innebåret endringer eller nye tiltak. Resultatene vises i figur 5.8.

Figur 5.8: I hvilken grad har deltakelse i 'Leve hele livet' innebåret endringer og/eller nye tiltak på områdene listet opp under? N=78-80



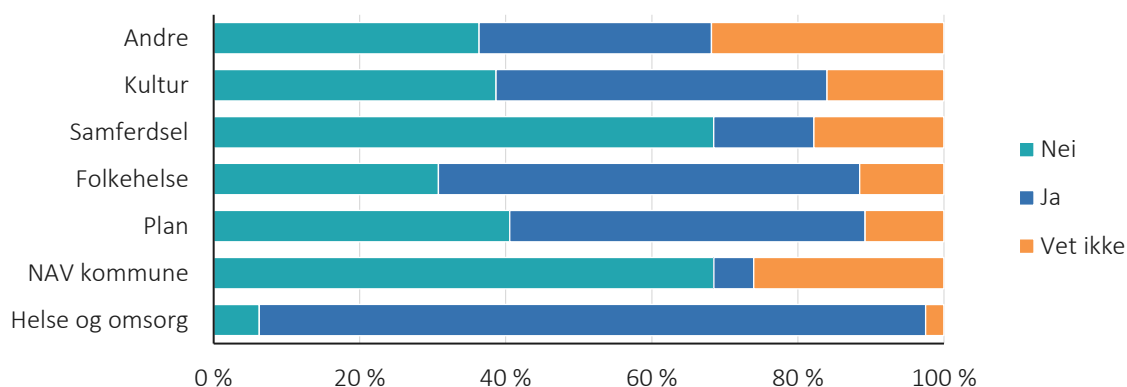
Som vi ser av figuren er det særlig ett område som skiller seg ut med positiv effekt: *Styrket politisk forankring av eldrepolitikken*. Her er oppgitt 63 pst. av respondentene at deltakelse i reformen har innebåret store endringer (4 og 5). Det er betydelig færre som oppgir at reformen har gitt budsjettmessige omprioriteringer (14 pst.), organisatoriske endringer (18 pst.) eller personalmessige endringer (14 pst.). Med en styrket politisk forankring hadde det muligens vært rimelig å forvente at dette også skulle bidra til noe større endringer på disse områdene. På den andre siden, politisk arbeid, endringer og omprioriteringer, tar tid. Det kan derfor ikke utelukkes at det vil komme budsjettmessige eller organisatoriske endringer på noe lengre sikt som kan tilskrives reformen.

Svært få mener at reformen har hatt effekter for samarbeid med spesialisthelsetjenesten og de lokale næringslivet. Noen flere (39 pst.) mener at reformen har hatt virkninger for samarbeid med frivillig sektor.

## 5.6 Hvilke enheter har deltatt i reformen?

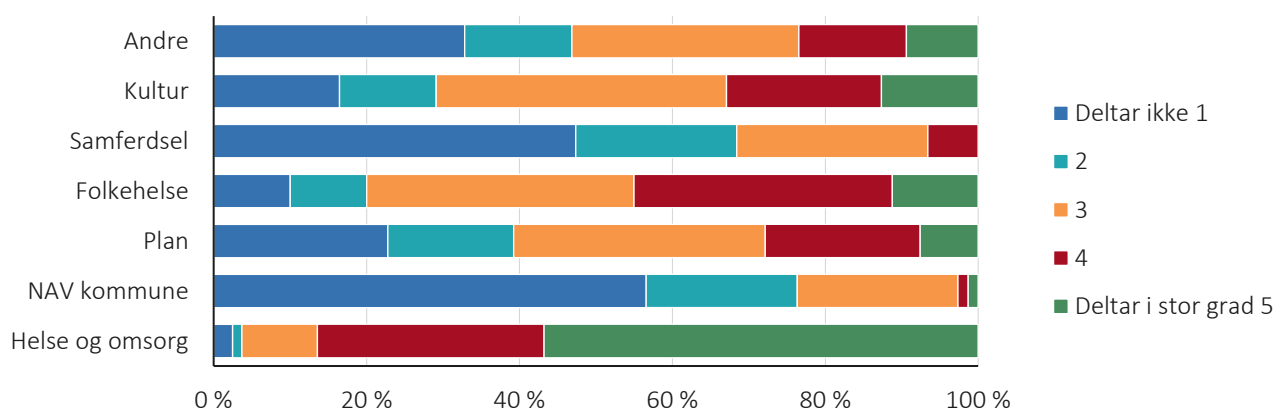
I det følgende skal vi se på hvilke enheter i kommunen som arbeidet med reformen i første fase, og hvilke enheter som arbeider med reformen nå. Den første figuren viser at det i første rekke var Helse- og omsorg som deltok i reformarbeidet i den første fasen. Det er kun 6 pst. av kommunene som har svart at denne sektoren ikke deltok i den første fasen av reformen. Folkehelse og plan kommer på de neste plassene der hhv. 58 pst. og 49 pst. oppgir at disse enhetene deltok i første fase.

Figur 5.9: Deltok følgende enhet i arbeidet med første fase av reformen? N=66 – 80



Spørsmålet om hvilke enheter som deltar nå, er stilt som et gradsspørsmål der svaralternativene går fra deltar ikke til deltar i stor grad. Deltar ikke, samsvarer da med nei på spørsmålet om deltagelse i første fase.

Figur 5.10: Hvilke områder/enheter deltar nå i gjennomføringen av reformen  
Leve hele livet?

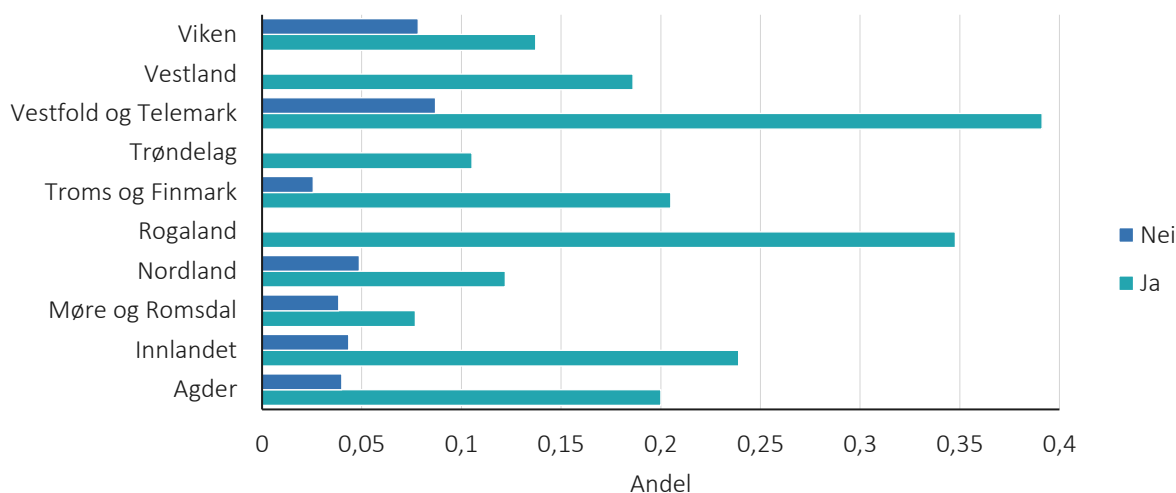


Vi ser at Helse og omsorg er den dominerende sektoren også nå. Av de med lav deltagelse i første del av reformen ser vi at folkehelse og plan er kommet mer med.

## 5.7 Deltagelse i arrangementer

På spørsmål om hvilke arrangementer i kommunene har deltatt i, oppgir de fleste at de har deltatt i noen arrangementer. Det varierer på tvers av fylkene hvilke arranger flest kommuner oppgir at de har deltatt i. Vi har derfor valgt å vise resultatene for ulike arrangementer fylkesvis. De følgende figurene viser andelen kommuner av samtlige kommuner i de respektive fylkene som har svart ja eller nei på spørsmålene om deltagelse i ulike arrangementer. Fylker med høyest andel deltagelse i spørreundersøkelsen vil dermed også ha størst andel som har svart på disse spørsmålene.

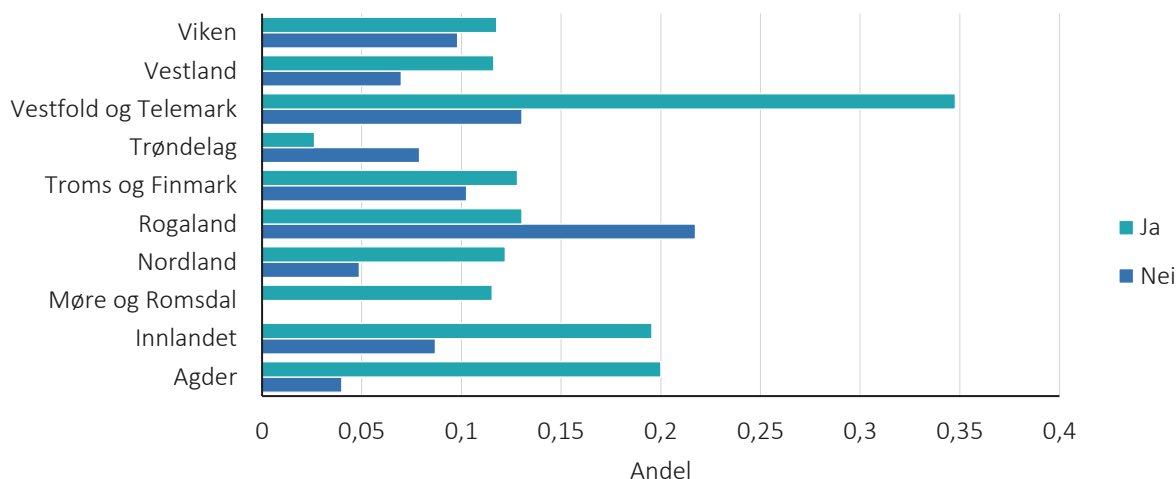
Figur 5.11: Deltagelse på dialogmøter i regi av det regionale støtteapparatet



Vestfold og Telemark, Rogaland og til dels Innlandet og Vestland, skiller seg ut med de største andelen som oppgir at de har deltatt i dialogmøter i regi av det regionale støtteapparatet. Kommunene som har besvart undersøkelsen og som oppgir at de har deltatt i dialogmøter i det regionale støtteapparatet, utgjør nær 40 pst. av kommunene i Vestfold og opp mot 35 pst. av kommunene i Rogaland. Kommuner som ikke har besvart undersøkelsen kan også ha vært deltager i arrangementer. Andelen presenteres i figuren viser derfor en nedre grense for andelen kommuner som har, eller ikke har deltatt i de ulike arrangementene.

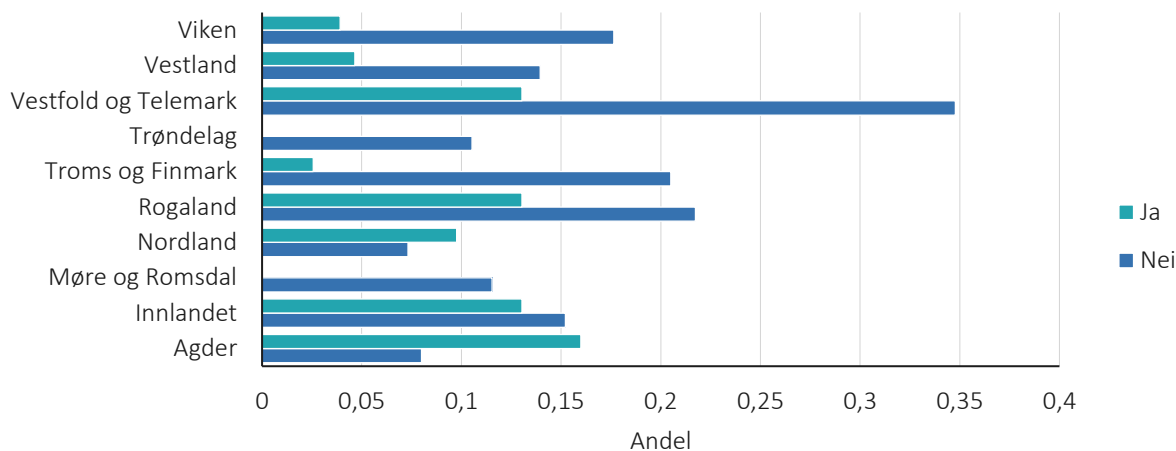
Vestfold og Telemark har også den høyeste andelen som oppgir at de har deltatt i læringsnettverk for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (figur 5.12). Rogaland, som ligger med en høy andel deltagelser på dialogmøter, har derimot den høyeste kommuneandelen som svarer at de *ikke* har deltatt i læringsnettverk for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

Figur 5.12: Deltagelse i læringsnettverk for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring



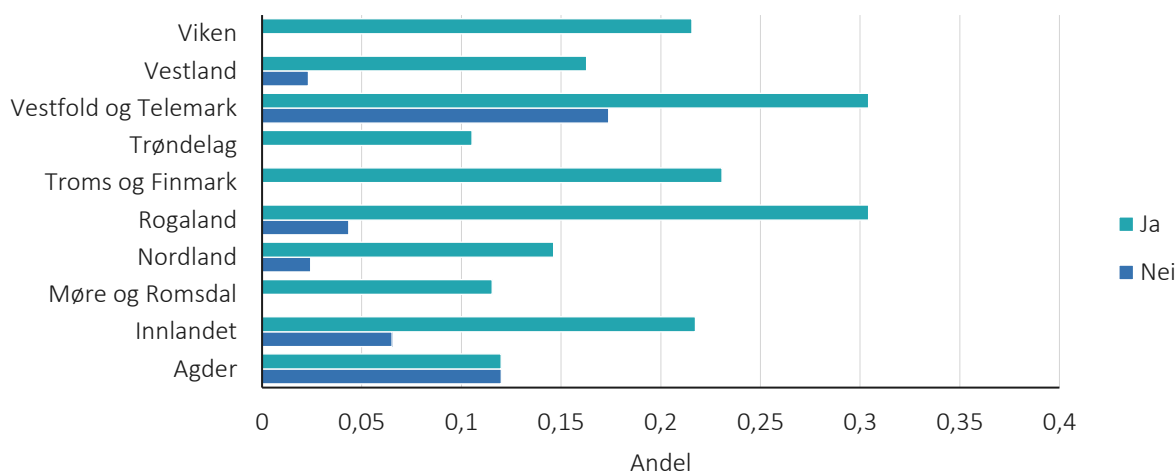
Vestfold og Telemark skiller seg også ut på deltagelse i læringsnettverk for systematisk ernæringsarbeid, men i motsetning til arrangementene over, har fylket her den desidert laveste andelen kommuner som oppgir at de har deltatt i denne type arrangementer. Generelt må det sies å være en relativt lav deltagelse i dette læringsnettverket.

Figur 5.13: Deltagelse i læringsnettverk for systematisk ernæringsarbeid (forebygging og behandling av underernæring)



Webinar er ofte enkelt å delta på, noe som også gjenspeiles et betydelig større antall kommuner som svarer ja enn nei på deltagelse i denne type arrangementer (jf. figur 5.14)

Figur 5.14: Deltagelse i webinar



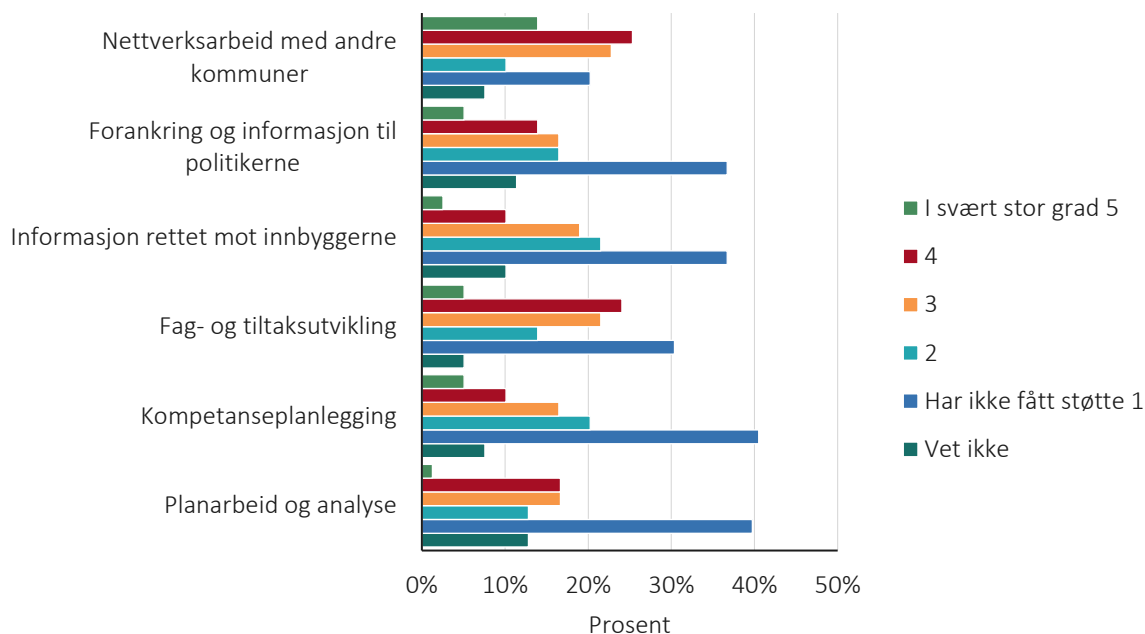
Variasjoner på tvers av fylkene med hensyn til deltagelse i ulike type arrangementer kan reflektere kommunenes interesseområder, men det kan også reflektere hvilke tilbud som er tilgjengelig for de ulike støtteapparatene.

## 5.8 Støtte fra regionalt støtteapparat

Avslutningsvis ble kommunene spurt om de har fått støtte fra regionalt støtteapparat for å sette i verk reformen Leve hele livet. Som vi så i kapittel 3.2 peker de regionale støtteapparatene selv på Leve hele livet er en reform omtrent uten økonomiske virkemidler. Også casekommunene opplever at koblingen mellom mål og virkemidler er uklar. Kommunene etterspør også en bedre oppfølging og støtte til å tilpasse reformarbeidet til egen kontekst (kapittel 8.3).

Resultatene som vises i Figur 5.15 bekrefter at kommunene i liten grad opplever at de har fått støtte fra regionalt støtteapparat. Støtte til nettverksarbeid med andre kommuner er et unntak.

Figur 5.15: Støtte fra regionalt støtteapparat (N=78-79)



Nær samtlige som har besvart undersøkelsen har oppgitt at de tilhører helse- og omsorg<sup>39</sup> som sektor eller avdeling (80 prosent). De resterende fordeler seg på kommunalsjef, rådmann, administrasjon og stab. Det er en høy andel kommunalsjefer, leder, eller assisterende leder for helse- og omsorg eller tilsvarende sektorer. Om lag halvparten av respondentene er i denne kategorien. Det er også noen enhetsledere for pleie-omsorg, hjemmetjeneste, sykehjem som har besvart undersøkelsen. Under 10 prosent av respondentene er i kategorien rådgiver, fysioterapeut, frivillighetskoordinatorer etc.

Det er ingen systematikk med hensyn til hvilke stillingskategorier som har svart hva på spørsmålene om støtte fra regionalt støtteapparat. I og med statsforvalteren eksplisitt har hatt i oppdrag å prioritere "planarbeid og analyse" i dialog med kommunene, framstår andelen kommuner som oppfatter at de har fått støtte på dette området som lav. Det kan ikke utelukkes flere hadde svart positivt på dette spørsmålet dersom respondentene hadde kommet fra planavdeling. Respondentene kan også ha svart med utgangspunkt i erfaringer fra siste år. Hvis de tidligere i perioden fikk støtte til planarbeid og analyse, kan denne støtten være underkommunisert. På den andre siden samsvarer funnet med tidligere funn fra midtveisevalueringen og fra de kvalitative undersøkelsene i sluttevalueringen. Kommunenes opplevelse av støtte fra det regionale støtteapparatet kan også ha sammenheng med forventningene til støtte i reformen. Med en høy forventning om støtte, vil kommunene kunne oppleve lite støtte selv om de fra statsforvalterens ståsted kan ha fått mer støtte flere områder enn de ville fått uten reformen.

Utfra en samlet vurdering av evalueringens øvrige funn, framstår likevel ikke svarene på spørsmålene om støtte som urimelige.

<sup>39</sup> Kommunene bruker ulike benevnelser: Pleie- og omsorg, Helse, Helse og velferd, Helse- og aldring, osv. Helse- og omsorg er en samlebetegnelse for disse begrepene.

## 5.9 Oppsummering

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at 84 pst. av kommunene har fattet vedtak om deltagelse i Leve hele livet. Undersøkelsen bekrefter således funnene fra dokumentanalysen (kapittel 8). Kommunene støtter reformenes mål, men er tydelige på at virkemidlene ikke treffer. Videre bekrefter undersøkelsen funnene fra casestudien fra kommune om at tiltakene kommunene gjennomfører i stor grad er iverksatt uavhengig av reformen. Den mest synlige effekten fra selve reformen synes å være en styrket politisk forankring av eldrepolitikken. Dette synes så langt ikke å ha gitt seg utslag en endrede prioriteringer eller budsjettmessige disposisjoner i kommunene.



## 6 Plan som virkemiddel

Gjennom hele reformperioden har sentrale aktører fremholdt planlegging som et viktig virkemiddel i Leve hele livet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a, 2018b; Helsedirektoratet, 2021b, 2022), og veiledning i kommunal planlegging har også vært et prioritert område for de nasjonale støtteapparatene (se Zeiner et al., 2022; Zeiner et al., 2021). Som vi har sett, kan de nasjonale føringene forstås både som en forventning om *form* – at det skal utarbeides lokale planer for gjennomføring som skal integreres i kommunenes planverk (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a) – og en forventning om *substans* – at planene skal være knyttet til Leve hele livets fem hovedområder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019b, s. 185).

I dette kapittelet vil vi se nærmere på hvordan disse føringene har satt sitt preg på kommunenes arbeid med Leve hele livet. Vi oppdaterer og bygger videre på analysene fra underveisrapporten «Leve hele livet i kommunene» (Zeiner et al., 2022), hvor vi gjennomgikk kommunale vedtak og planer i de tre fylkene Agder, Innlandet og Nordland. Vi har samlet inn vedtak og planer som er offentlig tilgjengelige på kommunenes hjemmesider til og med juni 2023. Enkelte kommuner har gode søkefunksjoner som gjør det mulig å gjennomføre gode søk i kommunenes politiske møtekalendre, i andre kommuner har det vært nødvendig å gå gjennom alle kommunestyremøter i perioden 2019-2023. Til sist er det noen kommuner hvor vi av ulike grunner ikke har hatt tilgang til møtekalenderen i hele reformperioden. Vi tar derfor forbehold om at vi ikke har fanget opp alle relevante vedtak og planer for alle kommuner i utvalget i perioden.

For kommunene i de tre fylkene analyserer vi innholdet i de tre formene for kommunale planer som nevnes i stortingsmeldingen: kommunal planstrategi, planer for gjennomføring av Leve hele livet, og kommunenes økonomi- og handlingsplaner.<sup>40</sup> Vi undersøker hvorvidt og i hvilken grad kommunene har fattet vedtak om gjennomføring av Leve hele livet, og hvordan Leve hele livet integreres i planverket. Til sist vil vi diskutere hvordan plankravet har fungert som virkemiddel i Leve hele livet.

### 6.1 Kommunenes planstrategier

Planstrategien skal klargjøre hvilke planoppgaver kommunene skal prioritere i valgperioden, og bør inneholde en drøfting av kommunenes utfordringer og prioriteringer knyttet til samfunnsutvikling og arealbruk, samt en vurdering av planbehovet for perioden (Miljøverndepartementet, 2011). I underveisrapporten fra 2022, fant vi at om lag en tredjedel av kommunene omtalte Leve hele livet i sine planstrategier, og at det var en variasjon mellom fylkene. 57 pst. av kommunene i Agder omtalte Leve hele livet i planstrategien, mot kun 23 pst. av kommunene i Nordland (Zeiner et al., 2022, s. 36).

Kommunene skal utarbeide og vedta kommunal planstrategi senest ett år etter at kommunestyret er konstituert (Miljøverndepartementet, 2011). I utgangspunktet skal det derfor ikke være behov for å oppdatere analysene fra underveisrapporten (Zeiner et al., 2022). Når vi likevel har valgt å gjøre det, skyldes dette at vi har oppdatert oversikten over planstrategier for å inkludere planstrategier som av ulike grunner ikke hadde informasjon

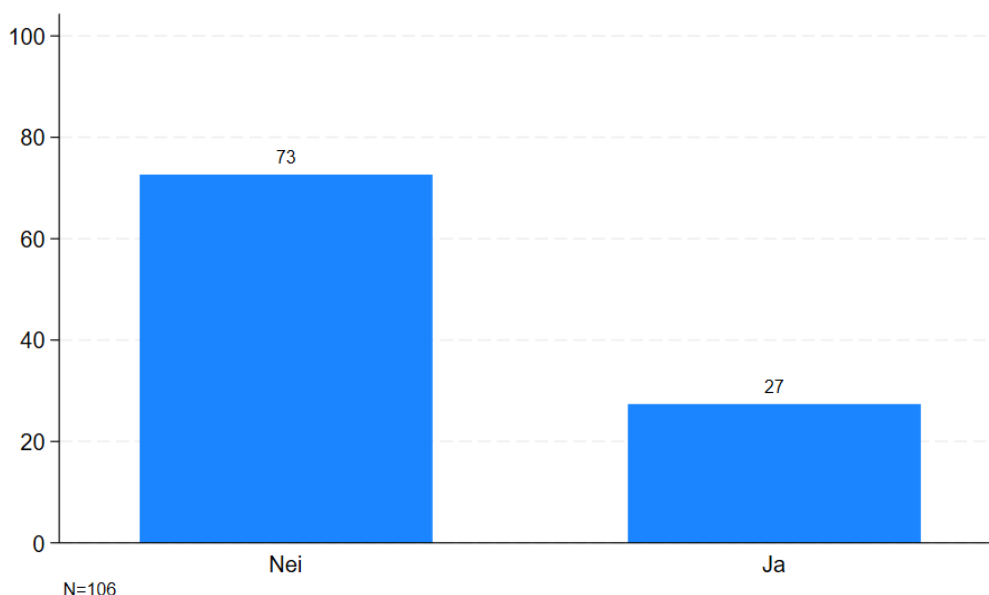
---

<sup>40</sup> I budsjettproposisjonen for 2021 stilles det krav om at kommunene må synliggjøre hvordan de vil innarbeide Leve hele livet i kommuneplanens samfunnsdel for å bli prioritert i tildeling av tilskudd (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020), et krav som videreføres i 2022 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Vi har ikke undersøkt hvorvidt kommunene faktisk omtaler Leve hele livet i samfunnsdelen av kommuneplanen. Dette skyldes at informanter både i de regionale støtteapparatene og i kommunene har gitt uttrykk for at dette kravet harmonerer dårlig med kommunenes egne planprosesser, og at en slik analyse vil gi et skjevt bilde av kommunenes innsats.

om i november 2021.<sup>41</sup> I november 2021 manglet vi informasjon om 19 kommuner i utvalget, det vil si 17 pst. av kommunene, i november 2023 er denne andelen redusert til fem pst., det vil si seks kommuner. Fordelingen mellom kommuner som omtaler Leve hele livet i planstrategien og kommuner som ikke omtaler Leve hele livet i planstrategien er imidlertid mer eller mindre uendret, om lag en tredjedel omtaler Leve hele livet, mens om lag to tredjedeler ikke gjør det. At så mange kommuner ikke omtaler Leve hele livet i planstrategien kan tolkes på ulike måter. I og med at gjennomføring av Leve hele livet er frivillig for kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a), kan manglende omtale være en indikasjon på at kommunene ikke har hatt til hensikt å gjennomføre Leve hele livet. En annen tolkning kan være at omtale i planstrategien leses som en anbefaling heller enn et pålegg.

Det er heller ikke en forventning i stortingsmeldingen at Leve hele livet skal omtales i planstrategien. Forventningen er snarere at planstrategien skal sette aldersvennlige lokalsamfunn på agendaen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a). Figur 6.1 gir en oversikt over andelen kommuner som, på en eller annen måte, omtaler aldersvennlige lokalsamfunn i sine planstrategier.

Figur 6.1: Kommunale planstrategier og omtale av aldersvennlige lokal-samfunn, tre fylker, N=106



Det er færre kommuner som omtaler aldersvennlige lokalsamfunn i sine planstrategier enn som omtaler Leve hele livet (henholdsvis 27 og 34 pst.). 17 pst. av planstrategiene omtaler bare Leve hele livet, 10 pst. omtaler bare aldersvennlige lokalsamfunn, og 17 pst. omtaler både Leve hele livet og aldersvennlige lokalsamfunn. Over halvparten av planstrategiene i utvalget omtaler hverken Leve hele livet eller aldersvennlige lokalsamfunn. Igjen kan tallene tolkes på ulike måter. Manglende omtale kan være et tegn på at kommunene i utgangspunktet ikke tenker å gjennomføre Leve hele livet i perioden, men det kan også handle om nasjonale myndigheters forventninger og hvordan disse omtales. I stortingsmeldingen formuleres ikke omtale i planstrategien som et krav, men som et ønske. Det er «naturlig», heter det, «at arbeidet med å bli en aldersvennlig kommune tematiseres i

<sup>41</sup> Årsaken til at manglende informasjon er todelt: For det første er det enkelte kommuner i utvalget som har vedtatt en planstrategi så sent som i 2022, for det andre varierer det hvor enkelt det er å finne frem på kommunenes hjemmesider. I 2023 har vi gjennomført et nytt søk etter kommunale planer og vedtak, og dermed identifisert både planstrategier som er vedtatt etter november 2021, og planstrategier som vi tidligere ikke har funnet frem til.

den kommunale planstrategien» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a, s. 12). Det er dermed ikke primært i kommunenes planstrategier vi bør lete etter tegn på at kommunene gjennomfører Leve hele livet.

## 6.2 Kommunenes vedtak

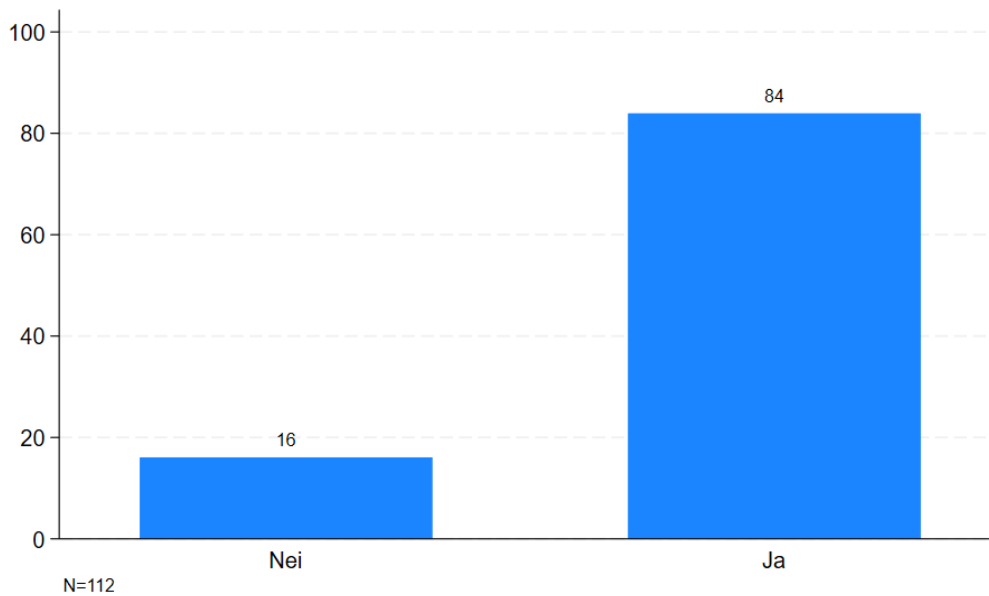
Gjennomføring av Leve hele livet er i stor grad basert på frivillighet. I utgangspunktet står kommunene fritt til å bestemme *om* og *hvordan* de vil gjennomføre reformen. I utgangspunktet var det kun ett krav; at kommuner som gjennomfører Leve hele livet skal fatte et politisk vedtak om hvordan kommunen skal arbeide med reformen på de fem innsatsområdene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a). I underveisrapporten fra 2022 fant vi at kun 28 pst. av kommunene hadde fattet et slikt vedtak, mens ytterligere 16 pst. hadde fattet et vedtak knyttet til prosessen frem mot formulering av et endelig vedtak (Zeiner et al., 2022). Samtidig rapporterte statsforvalterne at 86 pst. av kommunene sa at de ville ha vedtatt en plan innen utgangen av 2021, mens nesten halvparten av kommunene oppga at de var i gang med gjennomføring av vedtatte tiltak (Helsedirektoratet, 2021c). Det er dermed et stort avvik mellom våre funn og hva kommunene selv har rapportert til statsforvalter.

På denne bakgrunn har det vært nødvendig å gjennomgå kommunenes vedtak på nytt. Som nevnt tidligere, har vi gjennomgått kommunenes politiske møteplaner, ved å bruke en søkefunksjon der det er mulig eller ved å gjennomgå alle saker behandlet i kommunestyret i perioden august 2019 til mai 2023. Det er en svært tidkrevende prosess, og innebærer en risiko for at vi ikke har fanget opp alle relevante vedtak. Som vi vil vise under, har vi i denne omgang fanget opp flere vedtak, noen som vi tidligere hadde oversett og noen som ble behandlet etter at første runde med datainnsamling var avsluttet. I tillegg har vi vært åpne for at kommunenes definisjon av hva som utgjør et vedtak kan ha vært annerledes enn vår. Vi har derfor søkt både etter vedtak som tilfredsstillende vår strenge definisjon, og etter vedtak som på en eller annen måte omtaler Leve hele livet eller aldersvennlige lokalsamfunn. I det følgende vil vi presentere funn fra begge søkene.

### 6.2.1 Vedtak som omtaler Leve hele livet

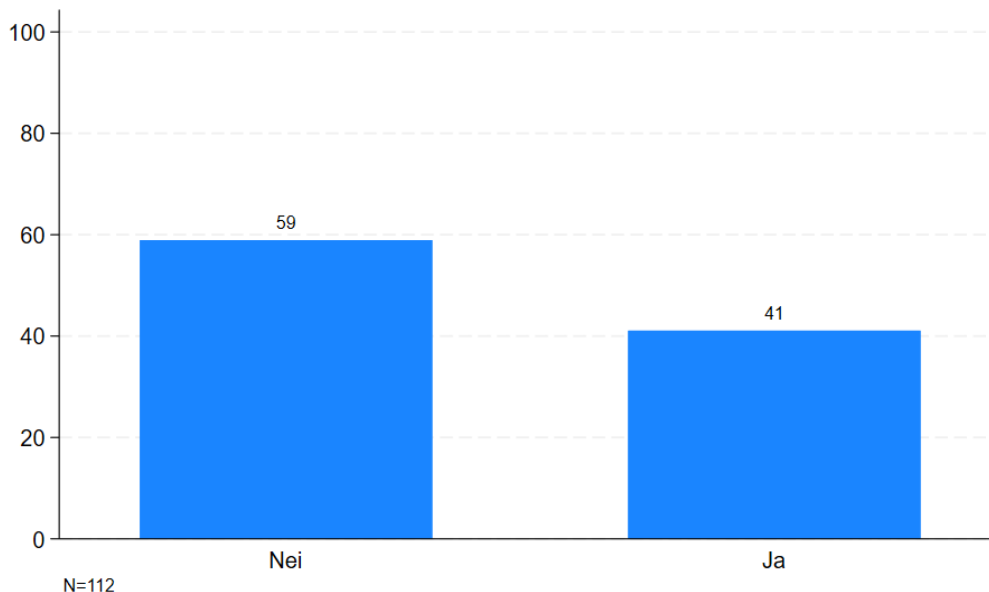
Som det fremgår av figur 6.2 har 84 pst. av kommunene i vårt utvalg fattet ett eller flere vedtak som omtaler Leve hele livet og/eller aldersvennlige lokalsamfunn.

Figur 6.2: Kommuner som har vedtak som omhandler eller berører Leve hele livet, N=112



Bak dette tallet finner vi en lang rekke forskjellige vedtak og tilnærminger, som inkluderer alt fra vedtak på reformens fem innsatsområder til vedtak, planer og strategier som viser til Leve hele livet eller aldersvennlige lokalsamfunn som en nasjonal føring. Det kan dreie seg om kommuneplanens areal- eller samfunnsdel, ulike temaplaner, for eksempel for helse og omsorg, folkehelse- eller demensplan, eller ulike strategier, som boligpolitisk strategi eller pårørendestrategi. Det kan også dreie seg om allerede pågående omstillingsprosesser, som kommunen definerer under Leve hele livet-paraplyen.

Figur 6.3: Kommuner som har vedtatt en plan for Leve hele livet, N=112



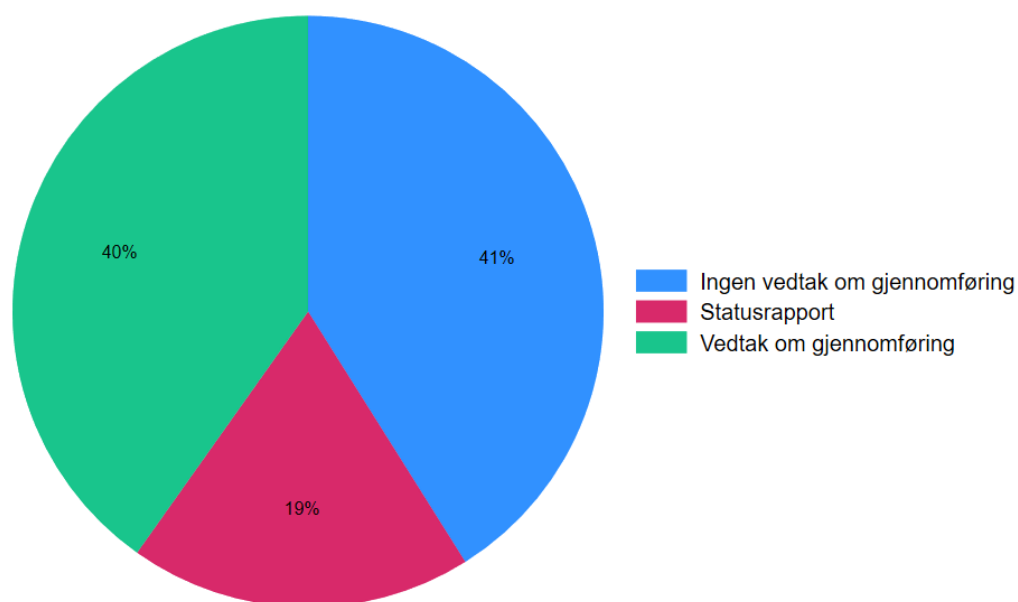
At såpass mange kommuner i vårt utvalg omtaler Leve hele livet eller aldersvennlige lokalsamfunn i sine planer, strategier eller vedtak, viser at kommunene både har en bevissthet om Leve hele livet og en tanke om hvilke sammenhenger Leve hele livet inngår i. Vi kan likevel ikke slutte fra dette at fire av fem kommuner i utvalget gjennomfører Leve hele livet. Til det er spennet i engasjement og forpliktelse for stort. Dette illustreres blant

annet ved at kun 41 pst. av kommunene i utvalget har vedtatt en plan for gjennomføring av Leve hele livet (figur 6.3).<sup>42</sup> For å få et bedre bilde av kommunenes arbeid med Leve hele livet har vi også undersøkt hvor mange kommuner som faller inn under Stortingsmeldingens definisjon av kommuner «som omstiller seg i tråd med reformen» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a, s. 7; jf. Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

## 6.2.2 Streng definisjon

I Stortingsmeldingen stilles det krav om at kommunene skal «ta stilling til løsningene i reformen, planlegge hvordan disse skal utformes og gjennomføres lokalt» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a, s. 11); et krav som ble ytterligere spisset i Helse- og omsorgsdepartementets budsjettproposisjon for 2021 hvor kommunene i tillegg ble bedt om å vise hvordan reformen er tenkt integrert i kommuneplanens samfunnsdel og at kommunene har deltatt eller planlegger å delta i regionale nettverk i regi av Leve hele livet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

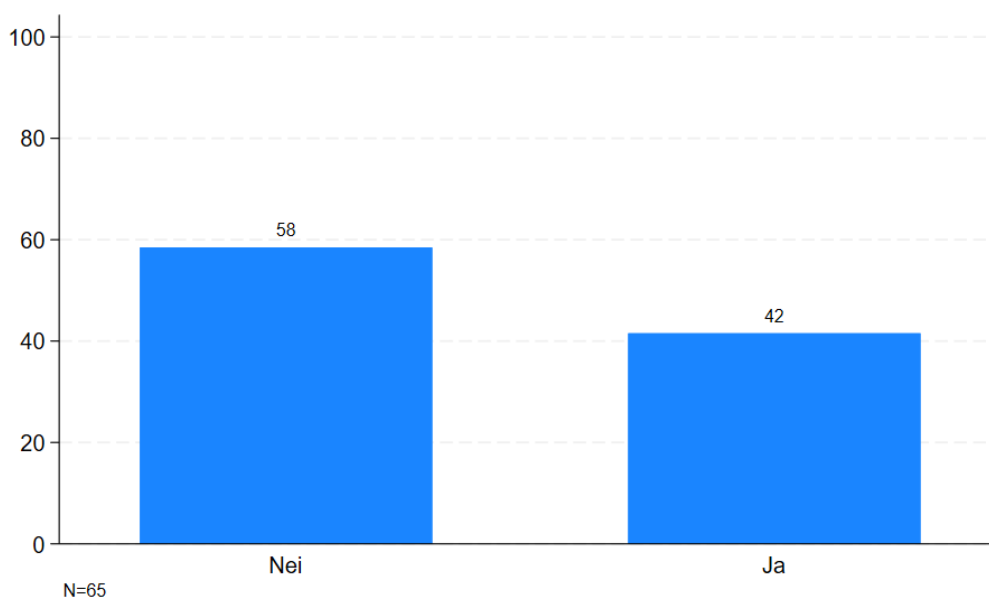
Figur 6.4: Kommuner som har fattet vedtak om gjennomføring av Leve hele livet, N=112



40 pst. av kommunene i vårt utvalg har fattet vedtak om gjennomføring av Leve hele livet innen juni 2023, og ytterligere 19 pst. har behandlet en fremdrifts- eller statusrapport for arbeidet med Leve hele livet i samme periode (figur 6.4). Enkelte av kommunene har behandlet Leve hele livet som del av en større plan, for eksempel temaplan for helse og omsorg eller folkehelse, eller kommuneplanens samfunnsdel, men de fleste av vedtakene er ikke knyttet til en spesifikk plan. 42 pst. av kommunene som har fattet vedtak om gjennomføring legger imidlertid til grunn at Leve hele livet skal innlemmes i og følges opp i kommunens planverk (figur 6.5).

<sup>42</sup> Her har vi inkludert både planer som beskriver tiltak som skal gjennomføres, og planer som beskriver prosessen for å komme frem til slike tiltak.

Figur 6.5: Skal Leve hele livet følges opp i kommunenes planer?



Som tidligere vist (Zeiner et al., 2022; Zeiner et al., 2021), har forståelsen av hva Leve hele livet er og bør være endret seg over tid, fra kvalitetsreform til samfunnsreform. Denne endringen har imidlertid ikke medført endringer i kravet til hva et vedtak skal inneholde. Gjennom hele reformperioden er forventningen at kommunene skal identifisere og iverksette «gode løsninger i tjenestene på reformens fem hovedområder» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019b, s. 185). I og med at fire av fem innsatsområder i reformen i all hovedsak retter seg mot helse- og omsorgstjenestene, vil også de tiltak og prosesser som beskrives i vedtakene primært omhandle denne sektoren. Likevel er det variasjoner i hvordan kommunene beskriver innhold og gjennomføring av Leve hele livet. I de neste avsnittene vil vi se nærmere på hvordan kommunene operasjonaliserer Leve hele livet som substans og prosess.

### 6.2.3 Substans og prosess i kommunale vedtak

Det er vanskelig å gi en god oversikt over substansen i de kommunale vedtakene og handlingsplanene for Leve hele livet. Mange av vedtakene bærer i hovedsak preg av å være et knippe enkelttiltak innenfor de fem innsatsområdene, uten at kommunens overordnede mål med Leve hele livet diskuteres. Det dreier seg om en rekke større og mindre tiltak, fra innføring av «Min historie» på sykehjem til omlegging av turnus eller bygging av nye omsorgsboliger eller institusjoner. Videre inneholder de fleste vedtakene en lang rekke foreslåtte tiltak, uten at disse nødvendigvis settes inn i en større ramme eller at det foretas en prioritering mellom dem. For mange av kommunene handler det i tillegg om å videreføre allerede etablerte løsninger og tiltak (se blant annet Etnedal kommune, 2020; Evje og Hornnes kommune, 2021; Froland kommune, 2021; Narvik kommune, 2021; Risør kommune, 2021; Søndre Land kommune, 2021; Sør-Odal kommune, 2021), og det kan være vanskelig å skille nye tiltak fra allerede igangsatte tiltak.

Noen vedtak og tilhørende planer setter imidlertid de ulike tiltakene inn i en større ramme; en ramme som kan oppsummeres under overskriften «mestring». Innenfor denne rammen, finner vi to fortellinger: Mestring og (livs-)kvalitet og mestring og økonomisk bærekraft. Blant de kommunene som vektlegger mestring, er hovedregelen at mestring fremstilles som en strategi både for å øke den enkeltes livskvalitet og for å begrense etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester (se for eksempel Bindal kommune, 2022). De to fortellingene er altså ikke gjensidig utelukkende, men vektleggingen av dem varierer.

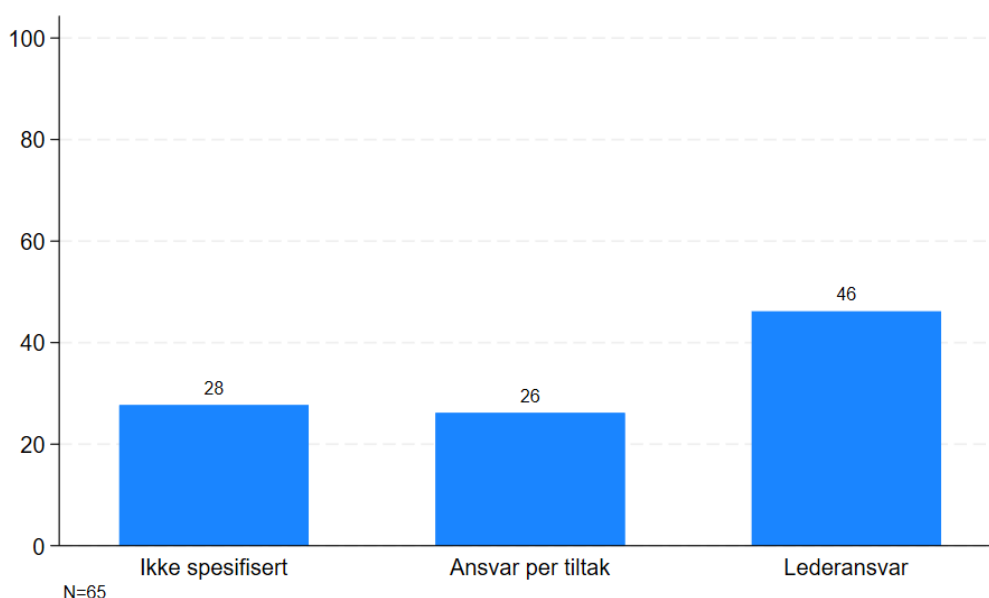
Løten kommunes vedtak kan stå som eksempel på førstnevnte fortelling:

Folks holdninger og forventninger til innhold og livskvalitet i alle livets faser har gjort at helsetjenestenes tradisjonelle omsorgskultur er byttet ut med mestringstankegang og individuelt fokus; «hva er viktig for deg». Kvalitetsreformen Leve hele livet er i stor grad et svar på disse endringene og utfordrer oss på helhetstankegang, samhandling mellom tjenestenivåer og større fokus på innholdet i tjenesten for den enkelte (Løten kommune, 2021).

Vedtakene til Gjøvik og Flekkefjord kan stå som eksempel på sistnevnte fortelling. De to kommunene har innlemmet Leve hele livet i sine respektive delplaner for helse og omsorg, og begge har en tydelig målsetting om å begrense etterspørselen etter helse og omsorgstjenester i kommunen gjennom å kommunens innsats fra reparasjon til forebygging (Flekkefjord kommune, 2022; Gjøvik kommune, 2022). Begge temaplanene handler om ansvar. Kommunens ansvar for å sikre god og effektiv organisering av tjenester og tilbud, og innbyggernes ansvar for egen alderdom og for å bidra til utviklingen av gode og aldersvennlige lokalsamfunn.

Når det gjelder prosess for gjennomføring, kan vi skille mellom kommuner som organiserer Leve hele livet som et prosjekt, hvor de enkelte tiltakene settes inn i en større ramme, og kommuner som organiserer Leve hele livet som et knippe mer eller mindre frittstående tiltak. De to tilnærmingene skiller seg fra hverandre i hvorvidt og hvor de plasserer ansvaret for gjennomføringen av reformen. I kommuner som organiserer Leve hele livet som prosjekt er ansvaret tydelig plassert i organisasjonen, hos kommunedirektør, kommunalsjef, eller virksomhetsledere. I kommuner som behandler Leve hele livet som et knippe enkelttiltak følger også ansvaret det enkelte tiltak, for eksempel ved at avdelingsleder og ansatte på institusjon får ansvar for å følge opp ernærings tiltak i institusjon, mens Frivilligsentralen får ansvar for tiltak rettet mot frivillighetene. Enkelte kommuner plasserer også ansvaret utenfor kommuneorganisasjonen, for eksempel hos spesialisthelsetjenesten eller ulike frivillige aktører.

Figur 6.6: Ansvar for gjennomføring av Leve hele livet, N=65



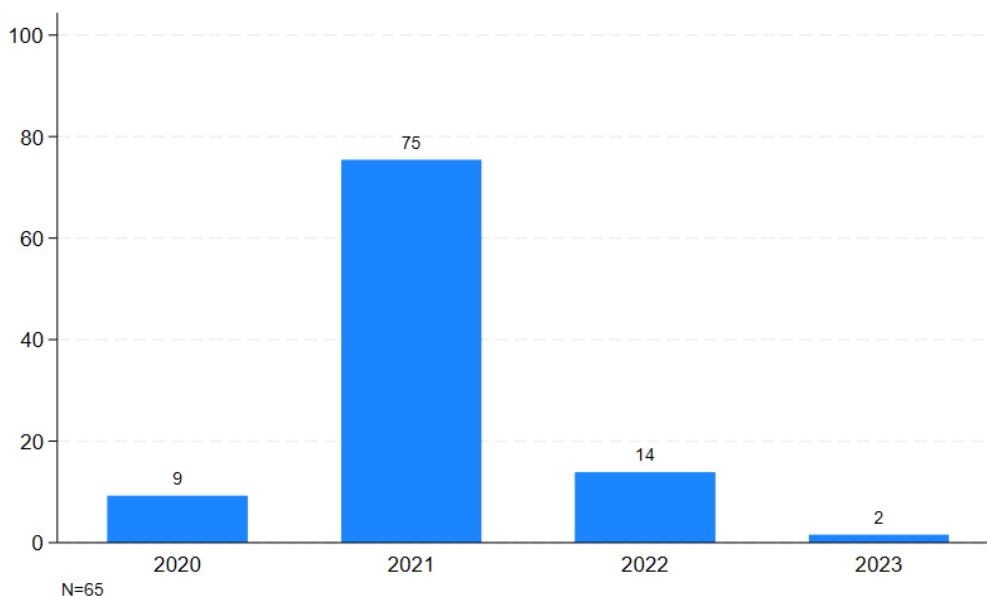
Figur 6.6 illustrerer de to tilnærmingene. Vi ser at færre enn en av to kommuner plasserer ansvaret for gjennomføring hos topp- eller mellomledere i kommunen, mens en av fire fordeler ansvar per tiltak. 28 pst. av vedtakene inneholder ingen spesifisering av ansvar.

Dette dreier seg om kommuner som operasjonaliserer Leve hele livet som et knippe enkelttiltak uten at det spesifiseres hvem som skal gjennomføre tiltakene.

Det er rimelig å anta at forankringen i kommuneorganisasjonen vil være svakere i kommuner som ikke har spesifisert et overordnet ansvar for arbeidet. Jo lenger nede i kommuneorganisasjonen ansvaret er plassert, og jo mer fragmentert ansvaret er, jo vanskeligere er det å sikre god informasjonsflyt mellom ulike sektorer og tjenester. Som vi vil se, viser undersøkelsene i casekommunene at ansatte i tjenestene har lite inngående kjennskap til Leve hele livet. Det fremstår også som uklart for dem hvem som har ansvaret for å gjennomføre Leve hele livet, og de opplever at arbeidet med Leve hele livet i liten grad drives fremover fra sentralt nivå i kommunen. At så mange kommuner velger å organisere Leve hele livet som et knippe enkelttiltak med eller uten ansvars plassering, kan også være en forklaring på hvorfor ansatte i tjenestene og kommuneadministrasjonen har liten kunnskap om støtteapparatets arbeid (jf. Zeiner et al., 2022). Denne forståelsen synes også å ha vokst fram hos enkelte av kommunene i vårt utvalg. For eksempel er Søndre Lands erfaring at ikke alle tiltakene «var så bevisste rettet til reformen eller satt i sammenheng», og at satsingen derfor bør «spisses og avgrenses mer» (Søndre Land kommune, 2021).

Det kan synes som om prosessen med å fatte et vedtak om gjennomføring av Leve hele livet for enkelte kommuner mest av alt har vært en ren formalitet. I casekommunene kommer dette blant annet til uttrykk ved at det er lite kunnskap om vedtakene, i en av kommunene vet man ikke en gang at det er vedtatt en plan. Statsforvalter i fylke 3 uttrykker det slik: «jeg vet ikke i dybden hva disse planene gikk ut på», men jeg tror det var litt slik at «ja, ja, nå har man skrevet en plan, om det var på to sider eller 15, så det var en plan, ja, ja, alle var enige i det, og så ble den glemt (Intervju Statsforvalter, fylke 3). Det fremkommer også av intervjuene i kommunene, at muligheten for å søke tilskudd har vært en viktig motivasjon. Vi har sett nærmere på tidspunktet for første vedtak knyttet til Leve hele livet, og finner at tre av fire vedtak er gjort i 2021, det vil si det første året hvor det stilles krav om et slikt vedtak for å bli prioritert i tildeling av tilskudd (figur 6.7). At så mange vedtak ble fattet først i 2021 skyldes selvfølgelig også at mange tiltak og prosesser ble satt på vent i pandemiåret 2020. Likevel ser vi at mange av vedtakene fra 2021 blant annet begrunner behovet for et vedtak i ønsket om å bli prioritert i tilskuddsordningene. Det er derfor grunn til å tro at det forsterkede plankravet (jf. Helse- og omsorgsdepartementet, 2020) har bidratt til å motivere kommunene dette året.

Figur 6.7: Tidspunkt for første vedtak (streng definisjon), N=65





Selv om mange av kommunene i vårt utvalg på ulike måter omtaler Leve hele livet i sine planer, strategier og vedtak, finner vi at 41 pst. av kommunene ikke har fattet et vedtak om eller beskrevet en prosess for arbeidet med Leve hele livet i reformperioden. Som vi har sett, er det også grunn til å spørre hvilken betydning slike vedtak har hatt for de kommunene som har fattet et slikt vedtak. En måte å undersøke dette på, er å se nærmere på kommunens øvrige planverk. Avslutningsvis vil vi derfor se nærmere på hvordan Leve hele livet behandles i kommunenes økonomi- og handlingsplaner.

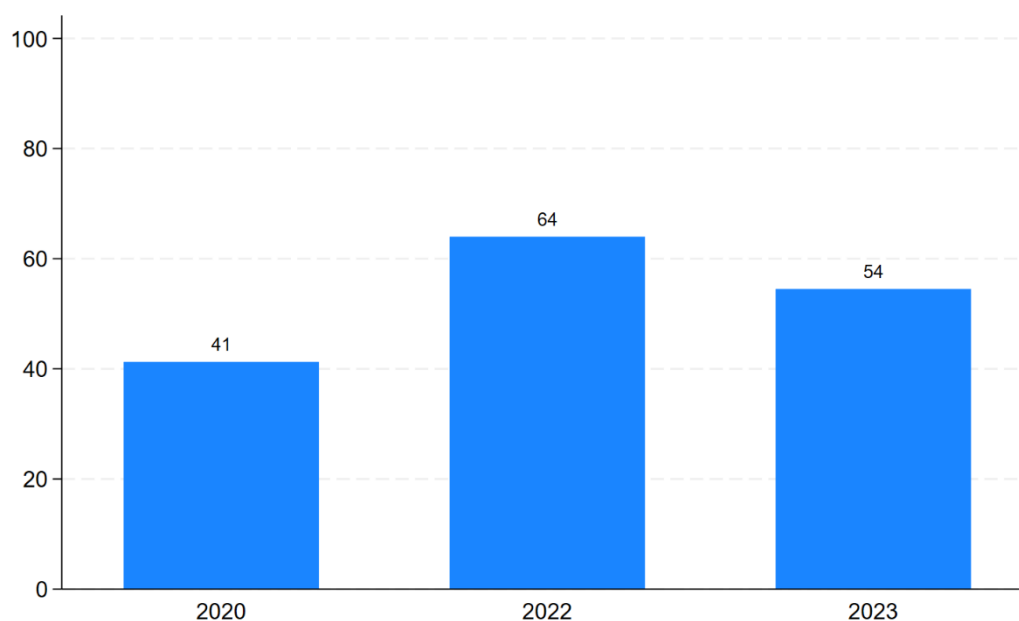
## 6.3 Leve hele livet i kommunenes økonomi- og handlingsplaner

Plan- og bygningslovens §11-1 fastsetter at kommuneplanen skal ha en handlingsdel som angir hvordan planen skal følges opp de fire påfølgende år eller mer, og at denne skal revideres årlig. Videre at kommuneplanens økonomiplan kan inngå i handlingsdelen. Videre presiseres det i §11-3, 2. ledd at kommuneplanens handlingsdel (heretter: økonomiplan) «gir grunnlag for kommunens prioritering av ressurser, planleggings- og samarbeidsoppgaver og konkretiserer tiltakene innenfor kommunens økonomiske rammer» (Plan- og bygningsloven, 2008). Økonomiplanene gir dermed en oppdatert oversikt over kommunenes prioriteringer, samtidig som de skal konkretisere «handlingsmål og tiltak knyttet til samfunnsdelens visjoner, strategier og mål» (Miljøverndepartementet, 2012, s. 34). Således kan kommunenes økonomiplaner være egnet til å gi et bilde av kommunenes innsats gjennom hele reformperioden. I det følgende vil vi gi en beskrivelse av hvordan og i hvilken grad Leve hele livet omtales i økonomiplanene.

### 6.3.1 Omfang

I 2020 er det 41 pst. av kommunene i utvalget som refererer til Leve hele livet i sin økonomiplan. I 2022 har andelen kommuner i utvalget som omtaler Leve hele livet i økonomiplanen steget til 63 pst. I 2023 er det fremdeles flere kommuner som omtaler Leve hele livet i sine økonomiplaner. Riktignok går andelen noe ned fra 2022 til 2023, fra 63 pst. i 2022 til 56 pst. i 2023 (figur 6.8).

Figur 6.8: Kommuner som omtaler Leve hele livet i økonomiplan, tre fylker, N=112



Ikke all omtale av Leve hele livet er substansiell, i den forstand at den omhandler spesifikke prosesser eller tiltak i kommunen. Luker vi bort de kommunene som begrenser seg til å omtale Leve hele livet «som en nasjonal føring i planperioden» eller lignende, gjenstår 29 pst. av kommunene i 2020, 42 pst. i 2022, og 51 pst. i 2023. Selv om den totale andelen av kommuner som omtaler Leve hele livet går ned med 10 prosentpoeng fra 2022 til 2023, tyder dette likevel på at ideene i Leve hele livet har fått større gjennomslag i kommunene i reformperioden.

### 6.3.2 Innhold

Vi har sett nærmere på hvordan kommunene omtaler innsatsområdene i Leve hele livet i sine økonomiplaner. I 2020 er det 40 av kommunene i vårt utvalg som omtaler Leve hele livet, hvorav 32 kommuner omtaler et eller flere av reformens innsatsområder (tabell 6.1).<sup>43</sup>

Tabell 6.1: Omtale av innsatsområder i Leve hele livet i økonomiplaner 2020, 3 fylker, N=32

Omtale	Aldersvennlig	Mat/ernæring	Aktivitet	Helsehjelp	Sammenheng
Ja	11	10	10	20	7
Nei	31	22	22	12	25
Sum	32	32	32	32	32

Blant disse 32 kommunene var det særlig et tema som pekte seg ut, nemlig innretningen på kommunenes helse- og omsorgstjenester. 20 av økonomiplanene knytter Leve hele livet til endringer i omsorgstjenestene, så som økt bruk av hjemmebaserte tjenester, tilpasning av kommunens tjenestetrapp, hverdagsmestring og helsefremmende arbeid, utvikling av lavterskeltjenester, og velferdsteknologi. Noen kommuner knytter disse endringene eksplisitt til nødvendige tilpasninger til strammere økonomiske rammer, hvor målet er å redusere etterspørsel etter tjenester, redusere institusjonsbruk og få en bedre utnyttelse av de samlede ressursene i sektoren. En kommune viser til at dette også vil innebære en lavere bemanningsnorm. Noen få kommuner skiller seg ut, ved at de også er opptatt av å øke kvaliteten på institusjonstilbudet, for eksempel gjennom å satse på Trygghetsstandard i sykehjem eller andre tiltak for å sikre kvalitet og aktivitet. Omtalen av aldersvennlige lokalsamfunn er i all hovedsak konsentrert rundt temaene bolig og ansvar for egen alderdom. I omtalen av aktivitet og fellesskap er det gjerne dagsentertilbud som trekkes fram, mens de øvrige innsatsområdene som hovedregel omtales på en lite spesifikk måte. Ingen av økonomiplanene knytter Leve hele livet til planprosesser i kommunene. Men om lag en tredjedel av økonomiplanene omtaler kommunens videre prosess med Leve hele livet. Det handler om at kommunene skal utrede, kartlegge og forankre, og lage en plan for arbeidet

I 2022 øker antall kommuner som omtaler reformens innsatsområder til 47, det vil si 42 pst. av kommunene i utvalget (tabell 6.2).

<sup>43</sup> For 15 av kommunene har vi ikke funnet økonomi- og handlingsplanen fra 2020.

Tabell 6.2: Omtale av innsatsområder i Leve hele livet i økonomiplaner 2022, 3 fylker, N=47

Omtale	Aldersvennlig	Mat/ernæring	Aktivitet	Helsehjelp	Sammenheng
Ja	9	9	11	14	22
Nei	38	38	36	33	25
Sum	47	47	47	47	47

Det er særlig sammenheng i tjenestene som peker seg ut som tema i 2022. Det handler om individtilpassede tjenester, helhetlige tilbud og pasientforløp, tverrfaglige team, heltidskultur, elektronisk pasientjournal, samt rekruttering og kompetanse. Kun en av kommunene omtaler tilbud til pårørende. I 2022 er det også noen kommuner som omtaler hvordan Leve hele livet er eller skal innlemmes i kommunens planverk. I de fleste tilfeller dreier det seg om ulike temaplaner innenfor helse, omsorg og velferd, eller strategier eller temaplaner for Leve hele livet, men en av kommunene vil behandle Leve hele livet i sin boligstrategi. Selv om det dreier seg om få kommuner, kan det likevel være en indikasjon på at planperspektivet er kommet noe høyere opp på agendaen. I 2020 var det ingen av kommunene i utvalget som koblet Leve hele livet til kommunens øvrige planverk i økonomiplanene.

Ellers er det ikke stor variasjon i tema fra 2020 til 2022, satsing på hjemmebaserte tjenester, velferdsteknologi, hverdagsrehabilitering, dagsenter og ernæring er gjengangere i økonomiplaner fra begge årgangene. I begge årene er det imidlertid stor spredning i kommunenes ambisjoner. I den ene enden av skalaen finner vi kommuner som bruker Leve hele livet til å begrunne et enkelt tiltak, som for eksempel opprettholdelse av aktivitetstjenesten. I den andre enden finner vi kommuner som har svært ambisiøse planer, knyttet til for eksempel samskaping, tverrfaglighet, nye arbeidstidsordninger, og bærekraft.

I 2023 er det fremdeles flere kommuner som omtaler Leve hele livet i sine økonomiplaner. Riktignok går andelen noe ned fra 2022 til 2023 (figur 6.8), men antallet kommuner som omtaler et eller flere innsatsområder i reformen går opp (tabell 6.3)

Tabell 6.3: Omtale av innsatsområder i Leve hele livet i økonomiplaner 2023, 3 fylker, N=57

Omtale	Aldersvennlig	Mat/ernæring	Aktivitet	Helsehjelp	Sammenheng
Ja	18	6	9	29	18
Nei	39	51	48	28	39
Sum	57	57	57	57	57

Som det kommer frem av tabell 6.3, er det innsatsområdet helsehjelp som er mest omtalt i økonomiplanene i 2023. Temaene er velkjente fra tidligere års omtale av Leve hele livet. Fremdeles handler det om en ønsket vridning fra institusjonsbaserte tjenester til hjemmebaserte tjenester, rehabilitering og egenmestring, forebygging og helsefremmende lokalsamfunn, varierte boformer, velferdsteknologi, tverrfaglig og tverrsektorielt arbeid, og samarbeid med sivilsamfunnet. Sett under ett har det ikke kommet nye tema til, det nye

ligger snarere i at flere kommuner har satt disse temaene på dagsorden. Særlig ser vi at kommunene i langt større grad enn tidligere setter Leve hele livet i sammenheng med endringer i bruk av personellressurser og behov for mer effektiv ressursutnyttelse. Sammenheng i tjenestene og aldersvennlige lokalsamfunn omtales i om lag en tredjedel av økonomiplanene, mens henholdsvis 10 og 15 pst. av økonomiplanene omtaler innsatsområdene ernæring og aktivitet. Langt færre kommuner omtaler planarbeid som et ledd i gjennomføringen av Leve hele livet, noe som kan være et uttrykk for at reformperioden nå går mot slutten.

## 6.4 Oppsummering

I dette kapittelet har vi gått gjennom og analysert hvordan og i hvilken grad kommunene har fattet vedtak om gjennomføring av Leve hele livet, og hvordan Leve hele livet omtales og behandles i kommunenes planverk. Vi har sett at om lag en av tre kommuner omtaler Leve hele livet i sine planstrategier, mens andelen som omtaler aldersvennlige lokalsamfunn er noe lavere. En mulig tolkning kan være at oppslutningen om Leve hele livet i kommunene i utgangspunktet var ganske lav, en tolkning som finner en viss støtte i vårt øvrige datamateriale. Som vi skal se, tegner intervjuene både i de regionale støtteapparatene og i kommunene et lignende bilde. En alternativ forklaring, som også finner støtte i vårt datamateriale er at kommunene innledningsvis var svært usikre på hvordan de skulle eller burde gripe an Leve hele livet.

Vi har også gått gjennom kommunenes vedtak knyttet til Leve hele livet og finner at, selv om et flertall av kommunene har fattet politiske vedtak som omtaler eller berører Leve hele livet, er det kun 40 pst. av kommunene som har fattet vedtak som kan sies å tilfredsstille Stortingsmeldingens krav til innhold og form. Ytterligere 19 pst. har fattet et vedtak som beskriver hvordan kommunen skal arbeide for å komme fram til et endelig vedtak. Som vi har sett er det stor variasjon i vedtakenes substans og form, og det er vanskelig å utlede noen tydelige modeller for gjennomføring av reformen. Vi kan likevel si at det er et spenn i kommunenes tilnærming – fra kommuner som primært beskriver Leve hele livet som en videreføring av allerede igangsatte tiltak og prosesser innenfor de fem innsatsområdene til kommuner som beskriver tiltak for å begrense etterspørselen etter kommunale helse- og omsorgstjenester og dermed sikre tjenestenes økonomiske bærekraft. Det er også stor variasjon i hvor i kommuneorganisasjonen ansvaret for gjennomføring av Leve hele livet er plassert. I noen kommuner er gjennomføring et lederansvar, i andre plasseres ansvaret hos førstelinjen, og i relativt mange kommuner er det ikke spesifisert hvor ansvaret ligger.

Til sist har vi analysert kommunenes økonomi- og handlingsplaner. Andelen kommuner hvis omtale av Leve hele livet kan regnes som substansiell øker i reformperioden, samtidig som andelen som omtaler Leve hele livet i økonomi- og handlingsplan går noe ned. Sett under ett fremstår helsehjelp som det mest sentrale innsatsområdet for kommunene, og med et særlig fokus på økonomisk bærekraft, effektiv ressursutnyttelse, samt forebygging og mestring.

Som beskrevet i kapittel 2, er kravet til prosess relativt tydelig, kommunene skal gjennomføre en behovskartlegging, som skal munne ut i et politisk vedtak på reformens fem innsatsområder. Vedtaket skal så innarbeides i planverket, og deretter settes ut i livet. I utgangspunktet er det derfor grunn til å anta at når et flertall av kommunene ikke har fattet et slikt vedtak, så reflekterer det manglende oppslutning om Leve hele livet i kommunene. Som vi skal se i kapittel 8, opplevde aktørene i det regionale støtteapparatet at kommunene, i alle fall innledningsvis, møtte reformen med skepsis. De beskriver også en situasjon hvor både kommuner og støtteapparat oppfattet reformens innhold og krav som utydelige. I intervjuene i casekommunene tegner det seg et litt annet bilde (kapitlene 7 og 9). Blant annet ser vi at det ikke nødvendigvis er en sammenheng mellom kommunenes vedtak og faktiske gjennomføring. Noen kommuner har fattet vedtak som ikke er fulgt opp, mens andre har arbeidet systematisk med reformen uten et endelig politisk vedtak. Det

synes heller ikke å være en sammenheng mellom oppslutning om Leve hele livet og gjennomføring av reformen. Selv om flere av informantene i kommunene opplever reformen som uklar, trekker de likevel først og fremst fram kommunens ressursituasjon som forklaring på at arbeidet med reformen stopper opp eller aldri kommer helt i gang.

# **Del III**

## **Undersøkelser i casekommunene**

## 7 Introduksjon til casekommunene

Vi har gjort casestudier i seks kommuner i tre fylker (tabell 7.1). I hver kommune har vi intervjuet politikere, byråkrater, ansatte i tjenestene, brukere og pårørende, og i enkelte kommuner har vi også intervjuet representanter for frivilligheten i kommunen. Vi har også intervjuet deltakerne i de regionale støtteapparatene i de tre fylkene. Formålet har vært å få dybdekunnskap om hvordan Leve hele livet har vært gjennomført i kommunene, hvordan de regionale støtteapparatene har bidratt til å gi arbeidet form og hvordan de vurderer det arbeidet som er gjort i kommunene, og til sist å vurdere hvilken virkning Leve hele livet har hatt for reformens målgrupper.

Tabell 7.1: Oversikt over casekommunene, innbyggertall i parentes

Kommunens tjenesteorientering	Fylke A	Fylke B	Fylke c
<b>Hjemmetjenesteorientering</b>	Kommune 1A (5000-10 000)	Kommune 1B (<3000)	Kommune 1C (<3000)
	<b>Institusjonsorientering</b>	Kommune 2A (10 000-50 000)	Kommune 2B (<3000)

I de tre etterfølgende kapitlene vil vi gi en fremstilling av undersøkelsen i de regionale støtteapparatene, i kommuneadministrasjonen og -politikken, og av brukere, pårørende og ansatte i kommunene. Her vil vi gi en oversikt over casekommunene, som setter de etterfølgende undersøkelsen inn i en kontekst. Fremstillingen er en oppdatert versjon av beskrivelsen i en tidligere rapportering fra evalueringen (Zeiner et al., 2022).

### 7.1 Kort om casekommunene

Kommunene er valgt ut fra kriteriene hjemmetjeneste versus institusjonsorientering, og aldringsgraden i det fylket de hører hjemme i. Fylkene A og B er fylker med relativt høy grad av aldring sammenlignet med landsgjennomsnittet, mens fylke C har en lavere grad av aldring. I hvert fylke har vi valg en kommune hvor andelen innbyggere 80 år og over som brukere hjemmetjenester er høyere enn landsgjennomsnittet, og en kommune hvor andelen innbyggere 80 år og over som er beboere på sykehjem er høyere enn landsgjennomsnittet. Utover dette hadde vi i utgangspunktet en ambisjon om å rekruttere relativt like kommuner innenfor hvert fylke. Det lyktes vi i liten grad med, kun i fylke B er kommunene relativt like med tanke på innbyggertall, økonomi og grad av sentralitet. Det betyr at kommunene varierer langs mange viktige dimensjoner, så som innbyggertall, utstrekning og sentralitet, demografi, og kommuneøkonomi.

#### 7.1.1 Kommune 1 A

Kommunen har over 5000 innbyggere, og er en av få kommuner i fylket som kan forvente en svak vekst i innbyggertallet frem mot 2050. SSBs framskrivninger tyder imidlertid på at befolknings sammensetningen vil endre seg i samme periode. Antall innbyggere i yrkesaktiv

alder forventes å synke i perioden, samtidig som det vil være en sterk vekst i innbyggere over 67 år. Antall barn og unge forventes å holde seg relativt stabilt. I kommuneadministrasjonen den forventede demografiske utviklingen både som en styrke og et problem

Det positive er jo at vi har en stabil befolkning, og med en liten vekst nå, men så har vi heller ikke muligheten til å ta ned skoleaktiviteten, og vi satser også veldig på det, for vi mener at det er en veldig stor del av det her med å leve hele livet, å ha en veldig god start (Ordfører, kommune 1A, 2023).

I alle kommuner vil grunnskole og omsorgstjenestene være de mest ressurskrevende sektorene. I kommunens politiske og administrative ledelse er det derfor en bevissthet om at kommunen må omstille seg til en fremtid hvor skatteinngangen vil bli lavere.

Informantene i kommuneadministrasjonen beskriver kommunen som en «lavinntektskommune», hvor andelen husholdninger med vedvarende lavinntekt ligger over landsgjennomsnittet og dermed også mange barn som lever i lavinntektsfamilier. Det handler blant annet om at turisme, som er en viktig næring i kommunen, i stor grad er sesongbasert og hvor inntektene er relativt lave. Videre har kommunen tradisjon for å bosette flyktninger, og har i 2022 og 2023 tatt imot et stort antall ukrainere.

Kommuneøkonomien er svært anstrengt, og i kommuneadministrasjonen er det forståelse av at kommunen må ta grep for å redusere driftsutgiftene.

Vi har en kraftig ubalanse i driften vår som vi må få kontroll på. (...) Vi skal sette ned et prosjekt (...) som går på hele kommunen, måten vi jobber på. Vi er nødt til å utnytte ressursene våre bedre (...). Da går det på fremtidens helsetjeneste (...), skole og oppvekst, og organisasjonskultur (Ordfører, kommune 1A, 2021).

Helse- og omsorgstjenestene i kommunen er under press, og har hatt store driftsunderskudd i reformperioden, og det er en økende forståelse at det må tas grep for å sikre fremtidig bærekraft. Informantene beskriver et økende press på tjenestene, og et behov for å dreie innsatsen mer mot forebyggende og hjemmebaserte tjenester.

Kommunen har hatt ambisjoner om å gjennomføre Leve hele livet, og ser reformen i sammenheng med kommunens øvrige omstillings- og effektiviseringsarbeid. I 2022 vedtok kommunen en handlingsplan for Leve hele livet. Denne synes imidlertid å være fort glemt. I 2023 er det ingen av informantene våre som har kjennskap til planen. Mellom 2021 og 2023 har det vært store utskiftninger i personell i kommunen, og i kommuneadministrasjonen har alle som har hatt ansvar for å følge opp Leve hele livet sluttet i sine stillinger.

## 7.1.2 Kommune 2A

Kommune 2A er en bykommune med mellom 10 000 og 50 000 innbyggere. Selv om kommunen har opplevd en nedgang i folketallet i noen år, forventes folketallet å øke fram mot 2030. Andelen eldre forventes å øke kraftig. Samtidig tilsier SSB sine framskrivninger at kommunene vil ha en yngre befolkning i 2050 enn i 2020, og at kommunen dermed vil bevege seg fra kategorien middels til lav aldring. Kommunen har en ambisjon om befolkningsvekst, og er «opptatt av næringsutvikling, (...) byutvikling, og bolyst (...), vi vil jo at småbarnsfamilier skal flytte hit» (Kommunalsjef plan, kommune 2A, 2023).

I likhet med kommune 1A, beskriver kommunen seg som en «lavinntektskommune» (Ordfører kommune 2A, 2023). Kommunen har ingen inntekter utover skatteinntekter og Stortingets rammeoverføringer. Samtidig har en høyere andel barn i lavinntektsfamilier enn landsgjennomsnittet, noe som medfører at den må håndtere ulike utfordringer som følger av dette. Kommunen beskriver en økning i livsstils- og aldersrelatert sykdommer, blant



annet forventes andelen eldre med demens å bli høyere enn landsgjennomsnittet de nærmeste tiårene.

Kommunen vurderer den økonomiske situasjonen som kritisk, og på sikt ikke bærekraftig. Innenfor helse- og omsorgssektoren er det derfor satt i gang et stort omstillingsarbeid, med det formål å begrense etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester. Innsatsen er rettet mot innbyggerne, mot kommunens helse- og omsorgstjenester og mot samfunns- og arealplanlegging mer generelt. Kommunen satser blant annet på å bygge ut tilbudet på de laveste trinnene i omsorgstrappen, på å informere innbyggerne om hva de kan forvente av kommunen og hva de selv må ta ansvar for, samt aldersvennlig by- og stedsutvikling.

Det virker å være en relativt omforent forståelse av at kommunen må omstille seg. Likevel peker informanter, både i politikken og i kommuneadministrasjonen, på at den planlagte venstreforskyvningen i omsorgstjenesten ikke er helt uproblematisk. Dette skyldes blant annet at kommunen fikk ny politisk ledelse i 2019, noe som har medført at «det å komme med kuttforslag i denne perioden, det er kjempevanskelig» (LHL ansvarlig kommune 2A, 2021). Som ordføreren uttrykker det: «det er ikke så mange som går til valg på å gjøre eldreomsorgen dårligere» (Ordfører kommune 2A, 2021).

Tilsynelatende er det et stort sammenfall mellom Leve hele livet og kommunens innsats for å sikre omsorgstjenestenes fremtidige bærekraft. Likevel er dette den kommunen i vårt utvalg som i størst grad har hatt en kritisk innstilling til mål og virkemidler i Leve hele livet. Kritikken handler blant annet om manglende økonomiske virkemidler, men ikke minst om at fokuset på kvalitet bidrar til å heve innbyggernes forventninger til kommunen. Samtidig har reformens endrede innretning medført at den oppleves som mer relevant for kommunen i 2023 enn i 2021:

Jeg har jo vært litt kritisk til hva som har blitt formidlet i Leve-hele-livet-reformen (...). Vi har vært gjennom et par tiår der overskriften har vært service-kommunen, alt du har rett til og alt som skal være verdens beste tjenester. Å snu den trenden til noe som er godt nok, og som vi skal få ressurser til å strekke til, det er en ganske stor dreining, som heldigvis sentrale myndigheter nå har begynt å prøve å formidle, selv om de får mye kjeft for det. Jeg synes det er bra at det ble gjort nå (LHL ansvarlig kommune 2A, 2023)

Kommune 2A er likevel den av kommunene i vårt utvalg som synes å ha kommet lengst i å gjennomføre Leve hele livet. Kommunen har gjennomført en grundig kartlegging på reformens innsatsområder, fattet et vedtak og har integrert Leve hele livet i sitt planverk. To faktorer synes å være avgjørende. For det første har kommunen en tradisjon for å følge opp nasjonale satsinger og tiltak:

Det lønner seg, det er ting vi uansett må jobbe med, og da følger det gjerne med noe oppmerksomhet og penger rundt slike satsinger, det er ikke noe alternative å la være (LHL ansvarlig, kommune 2A, 2021).

For det andre har innretningen på Leve hele livet endret seg over tid (Zeiner et al., 2022; Zeiner et al., 2021), slik at det budskapet som formidles er mer i tråd med kommune 2A sine mål og planer. I så måte kan det argumenteres for at det er Leve hele livet som har beveget seg i retning av kommunens tankegang heller enn motsatt. Det er også grunn til å anta at en relativt stor grad av kontinuitet i kommuneorganisasjonen har hatt betydning for kommunens gjennomføringsevne.

### 7.1.3 Kommune 1B

Kommune 1B er en distriktskommune med svært spredtbygd befolkning, lange reiseveier og dårlige forbindelser mellom kommunens ulike sentra. Hver fjerde innbygger eller mer i kommunen er i alderen 65 eller over, og kommunen forventes å ha en høy aldringsgrad

også i 2050. Ifølge SSB, vil kommunen oppleve en befolkningsnedgang fram mot 2050. Kommunen er blant de sju kommunene i fylket med høyest andel over 80 år som mottar hjemmetjenester, men beskriver selv at kommunens hjemmetjenester er lite utbygd og at lange reiseavstander og dårlig utbygd infrastruktur har medført at kommunen har en svært lav terskel for å tildele institusjonstjenester.

Kommunen har mer enn 70 000 kr. i frie inntekter per innbygger, og både administrasjon og politikere beskriver en kommune med svært god økonomi og liten vilje til å prioritere. Dette kommer blant annet til uttrykk ved at det er liten vilje hos politikerne til å sentralisere, og dermed effektivisere, kommunens tjenester. Informantene i kommunen beskriver en situasjon hvor tjenester opprettholdes i lokalsamfunn selv om befolkningsgrunnlaget er svært tynt. Kommunen har i dag økonomi til å drive på denne måten, men det er flere i administrasjonen som uttrykker bekymring for om denne modellen er bærekraftig i framtiden.

Vi skal gi bedre tjenester samtidig som vi skal ha færre hender og jeg føler at på et tidspunkt kommer det til å bli et krysningspunkt hvor jeg lurer på om det kommer til å gå. Kommer kommune-Norge til å klare dette? (Kommunalsjef helse og omsorg, kommune 1B, 2021).

Imidlertid anser kommunestyret at desentralisert tjenesteyting er nødvendig for å opprettholde bosettingen i kommunen, og den politiske viljen til å endre innretning er liten.

Sånn som situasjonen ligger an nå, så tror jeg ikke det fra politisk hold er et ønske at man skal sentralisere tjenesten mer. Fordi det er jo på en måte det omvendte vi vil – at folk skal kunne bo hjemme – men det kan være at man ikke kan bo i sin egen bolig hjemme, men man kan bo på stedet. (Ordfører, kommune 1B, 2023).

Både politikere og administrasjon har gjennom hele perioden vært svært positive til Leve hele livet, selv om forståelsen av hva reformen handler om har endret seg over tid. I utgangspunktet ble Leve hele livet først og fremst forstått som en kvalitetsreform for kommunens hjemmetjenester, og ikke et arbeid som på sikt kan gi innsparinger for kommunen. Kommunedirektøren uttrykte det slik i 2021:

på grunn av reiseavstander at folk skal fortsatt bo spredt så kommer ikke vi til å tjene så veldig mye på at folk blir boende hjemme. så for oss er det mer enn kvalitets- og kapasitetsvurdering enn en kostnadsvurdering (Kommunedirektør, kommune 1B, 2021).

Etter hvert har det imidlertid også vokst fram en forståelse av Leve hele livet som en holdningsendringsskampanje hvor eldre må regne med å planlegge mer for egen alderdom.

Vi har fått opp den her helsestasjonen for eldre opp å gå, og den er jo kjempebra i forhold til dette. Bare å hjelpe eldre med å planlegge for fremtiden. Det kan jo være enkle tiltak innomhus. [...] Kan vi flytte opp vaskerommet i føreste etasje? Kan man få seg en robotstøvsuger? Ting som gjør at de faktisk kan få til å fortsatt bo hjemme. (Ordfører kommune 1B, 2023).

Kommunen er særlig opptatt av velferdsteknologi, som de håper kan bidra til å gjøre omsorgstrappen mindre bratt. De opplever likevel at mange av reformtiltakene ikke treffer de små kommunene like godt: «Vi liker egentlig den reformen, men den er litt sånn uhåndterlig ut i kommune-Norge, sånn som vi opplever det» (Ordfører kommune 1B, 2023).

Kommunen har ikke vedtatt en plan for Leve hele livet, men omtaler reformen i flere av sine planer og en statusrapport for arbeidet er behandlet i kommunestyret. Likevel har arbeidet med reformen ikke kommet så lang som man kunne forvente gitt kommunens overveiende positive innstilling til den. Flere forhold kan bidra til å forklare dette. For det første er det, gitt

kommunens geografiske begrensninger, ikke enkelt å vri tjenestene mot mer hjemmebasert omsorg. For det andre har det, i likhet med flere av kommunene i utvalget, vært en del utskiftninger av sentrale personer i kommunens administrative ledelse. Til sist synes det å være en del politisk konflikt knyttet til prioriteringer og lokalisering av tilbud i kommunen.

#### 7.1.4 Kommune 2B

Kommune 2B er en distriktskommune med få innbyggere. Kommunen er blant de sju kommunene i fylket med høyest andel innbyggere i alderen 80 år eller over på institusjon. Over 25 pst. av kommunens innbyggere er i målgruppen for Leve hele livet, altså 65 år eller eldre. Kommunen har den høyeste forsørgerbrøken i vårt utvalg, og er også forventet å være den av våre kommuner med høyest forsørgerbrøk i 2050. De neste 30 årene er det ventet en relativt stor befolkningsnedgang.

Kommunen har over 70 000 kroner i frie inntekter per innbygger, men har samtidig store driftsutgifter, og beskriver den økonomiske situasjonen som krevende. Kommunen har lave utgifter til omsorgstjenester sammenlignet med andre kommuner, men ser et behov for å tilføre mer ressurser til denne sektoren.

Kommunens politikere, både i posisjon og opposisjon, uttrykker tilfredshet med kommunens helse- og omsorgstjenester, og opplever å være godt forberedt på den aldrende befolkningen. Kommunalsjefen for helse og omsorg, derimot, ser på den demografiske situasjonen som kritisk og forteller at de det siste året har hatt fullt belegg på institusjonsplassene.

Den demografiske utviklingen (...) den er jo på tur. Det merker vi jo nå med den såkalte eldrebølgen som vi hittil har (...) truffet oss litt nå. Vi har hatt over ett år nå med fullt belegg på sykeavdelingen (Kommunalsjef helse og omsorg kommune 2B, 2023).

Det største problemet kommunen står overfor i dag er imidlertid rekruttering av helsepersonell, og med stadig flere pleietrengende vekker dette bekymring hos kommuneledelsen.

Vi har ingen ledig kapasitet. I tillegg så er det problem å få tak i fagpersonell, spesielt sykepleiere. Vi har siden i fjor høst lyst ut ledige sykepleierstillinger uten å få respons. (Kommunalsjef helse og omsorg 2B, 2023).

Kommunen har vedtatt en plan for Leve hele livet, men har ikke fulgt denne opp. En forklaring kan være utskiftninger i kommunens administrative ledelse, som også vært ledsaget av en omorganiseringsprosess. Intervjuer med ulike aktører i kommunen kan tyde på at kunnskapsoverføringen mellom avgått og påtroppende kommunalsjef for helse og omsorg har vært begrenset. Samtidig beskriver kommunalsjefen for helse og omsorg en hverdag som ofte bærer preg av brannslukking.

Vi har ikke tid. Og det har jeg sagt at jeg aldri skal si om meg selv, men det er rett og slett å få hodet over vannet til å klare å jobbe med dette. (Kommunalsjef helse og omsorg, kommune 2B, 2023).

Den viktigste forklaringen på manglende fremdrift er nok derfor at kommunen ikke opplever at det er rom for langsiktig utviklingsarbeid.

#### 7.1.5 Kommune 1 C

Kommune 1C har færre enn 3000 innbyggere. Ifølge SSB kan kommunen vente seg en svært beskjeden befolkningsvekst de neste 30 årene. Kommunen har en relativt høy forsørgerbrøk, og kan regne med at forsørgerbrøken vil øke i årene fram mot 2050, om ikke

i samme takt som enkelte andre av kommunene i vårt utvalg. Kommunen er blant de sju kommunene i fylket med høyest andel hjemmetjenestebrukere i aldersgruppen 80 år og over. Likevel er det først og fremst unge med omsorgsbehov det er knyttet bekymringer til. Kommunen har en høy andel unge med omfattende omsorgsbehov, som de sliter med å etablere et godt nok tilbud til.

Kommunen er en typisk distriktskommune, med relativt lange reiseavstander både internt i kommunen og til andre kommunesentra. Gode kommunikasjonsmuligheter mellom kommunene i regionen medfører imidlertid at kommunen ikke opplever de samme utfordringene knyttet til rekruttering som mange andre mindre kommuner. Offentlig transport innad i kommunen er imidlertid dårlig utbygd, og reiser innad i kommunen skjer i all hovedsak med bil.

I 2020 hadde kommunen over 70 000 kroner i frie inntekter per innbygger, og beskriver sin økonomi som sunn, noe som gir kommunen et relativt stort handlingsrom. Politikerne oppgir at de prioriterer eldreomsorg høyt, og administrasjonen rapporterer at det sjelden er noe problem dersom de har behov for ekstrabevilgninger. På sikt ser man imidlertid at det er behov for større kostnadskontroll, og kommunen deltar i et interkommunalt prosjekt sammen med andre kommuner i regionen som har til hensikt å sikre mer bærekraftige tjenester i framtiden.

Både politikere og administrasjon omtaler Leve hele livet i positive ordelag, men har ikke fattet et vedtak om deltakelse. Leve hele livet oppfattes først og fremst som en metode, mer enn et eget tema.

Vi har ikke Leve hele livet som et eget tema. Jeg vil nesten kalle det en arbeidsmetode. Administrasjonen har implementert det inn på en veldig fin måte, så vi merker ikke så mye til det annet enn når vi vedtar de gode sakene (Ordfører kommune 1C, 2023).

Blant de tiltakene som fremheves av informantene er implementering av innsatstrappen og opprettelse av et tjenestekontor. Sammenlignet med de to større kommunene i vårt utvalg, er det imidlertid et stykke å gå før dette arbeidet kan sies å ha blitt satt skikkelig i system. Kommunene har imidlertid gode forutsetninger for å drive utviklingsarbeid lokalt, god kommuneøkonomi, liten grad av politisk konflikt, god tilgang til kompetanse og høy grad av kontinuitet i kommuneadministrasjonen.

### 7.1.6 Kommune 2C

Kommune 2C er en bykommune med over 10 000 innbyggere som har hatt en forholdsvis sterk befolkningsvekst i perioden fra 2020 og fram til i dag. Befolkningsveksten har primært vært i de yngre aldersgruppene, og kommunens befolkning kan beskrives som ung. Selv om forsørgerbrøken er forventet å øke også i denne kommunen de neste 30 årene, vil kommunen også ha lav aldring sammenlignet med landsgjennomsnittet. Imidlertid er kommunen blant de sju kommunene i fylket med høyest andel innbyggere 80 år og over som er beboere på sykehjem.

Kommunen beskriver ikke kommuneøkonomien som kritisk, men heller ikke som særlig romslig. Når kommunedirektøren legger til grunn at det vil være behov for innstramminger og omprioriteringer i årene fremover, forklares dette i første rekke som en konsekvens av strammere rammer for kommunesektoren generelt snarere enn forhold internt i kommunen. Samtidig ser kommunen et behov for endrede prioriteringer dersom de skal kunne tilby gode tjenester til sine innbyggere også i fremtiden, og beskriver en situasjon hvor særlig utgiftene til helse og omsorg er høyere enn hva driftsbudsjettet har gitt rom for.

Kommunen er en typisk institusjonskommune, og satser på fortsatt utbygging av institusjonsplasser. Samtidig ser kommunen behov for å tilrettelegge for at eldre kan bo hjemme lenger, og satser på tidlig innsats, mestring og forebyggende arbeid. Tiltak for å

rekruttere og beholde kompetent arbeidskraft, samt tiltak for å nyttiggjøre seg personellressursene best mulig er også prioritert. Det er dermed et stort sammenfall mellom kommunens innsats og prioriteringer og forståelsen av Leve hele livet som en samfunnsreform.

I løpet av reformperioden har kommunen orientert kommunestyret om status for arbeidet med Leve hele livet gjennom en statusrapport, men har ikke vedtatt en plan for gjennomføring. I likhet med den andre bykommunen i vårt utvalg, kan kommune 2C likevel sies å ha kommet langt i arbeidet med å gjennomføre Leve hele livet. De to kommunene skiller seg imidlertid fra hverandre ved at kommune 2C er lang mer positiv til Leve hele livets innhold og form. Som den eneste kommunen i vårt utvalg, har kommunen også valgt å organisere gjennomføringen av Leve hele livet som en del av kommunens samfunnsplanlegging.

Hvis vi som samfunn skal klare å håndtere det som kommer som veldig mange kommuner ser er på vei til stor grad og det blir mer av, så dette er ikke noe helse og omsorg alene kan løse, dette må det være samfunnsplanleggere inne på, byplanleggere, utbyggingsforståelse, hva slags type bolig bygger vi, hvordan bruker vi pårønderressurs, hvordan bruker vi frivillig ressurs, hvordan håndterer vi vår egen helse, altså folkehelseforståelse (Kommunalsjef Helse og omsorg, kommune 2C, 2021).

Denne forståelsen er gjennomgående for kommunens arbeid med Leve hele livet. Det er saksbehandlere fra kommunens planavdeling som har ansvar for saker som fremmes for kommunestyret, og både kommuneadministrasjonen og kommunens politikere fremmer en tverrsektoriell tankegang og arbeidsform.

## 7.2 Oppsummering

Tabell 7.2: Oversikt over casekommunene

Kommune	Vedtak	Innbyggere	Demografi	Kommunens vurdering av egen økonomi	Gjennomføring av Leve hele livet
1A	2022	5 000 – 10 000	Svak vekst i innbyggertall Middels høy aldringsgrad Flere eldre, men ikke færre unge Høy andel lavinntektsfamilier	Anstrengt økonomi Stort underskudd innenfor helse og omsorg Omstillingsbehov	Kontaktperson i helse og omsorg Turnover – lite kontinuitet i arbeidet Ambisjon om å koble Leve hele livet til større omstillingsprosesser i kommunen
2A	2022	10 000 – 50 000	Fra middels til lav aldringsgrad Relativt høy andel eldre med demenssykdom Høy grad av sentralitet	Anstrengt økonomi Strengere prioriteringer innenfor helse og omsorg Omstilling og forventningsavklaring	Kontaktperson i helse og omsorg Tverrsektoriell og systematisk innsats Stor grad av kontinuitet
1B	(2021)	<3000	Synkende folketall Høy aldringsgrad Svært spredtbygd kommune, kostbart å opprettholde tjenestetilbud i hele kommunen	Høye inntekter Høye utgifter (knyttet til demografi og geografi) Omstillingsbehov	Kontaktperson i helse og omsorg Noe turnover – men likevel kontinuitet Ønsket satsing på hjemmetjenester
2B	2021	<3000	Synkende folketall Høy aldringsgrad Personellmangel	Høye inntekter Høye utgifter (knyttet til demografi og geografi) Omstillingsbehov	Kontaktperson i helse og omsorg Noe turnover – lite kontinuitet Brannslukking heller enn utviklingsarbeid
1C	-	<3000	Beskjeden vekst i folketall Middels høy aldringsgrad Spredtbygd Relativt god tilgang på arbeidskraft	Høye inntekter Helse og omsorg prioritert og med stort handlingsrom Tradisjon for kostnads-overskridelser	Kontaktperson i helse og omsorg Stor grad av kontinuitet Innsatstrapp og tidlig innsats
2C	(2021)	10 000 – 50 000	Befolkningsvekst Lav aldringsgrad Høy grad av sentralitet Høy andel 80+ på institusjon	Økt investeringsnivå – økt gjeldsbyrde Lite rom for kostnads-overskridelser Omstilling og forventnings-avklaring	Kontaktperson i planavdeling Stor grad av kontinuitet Systematisk og tverrsektoriell innsats

## 8 Støtteapparatet og kommunene

I kapittel 3 diskuterte vi hvordan de regionale støtteapparatene har fungert som pedagogisk og organisatorisk virkemiddel i Leve hele livet. I dette kapitlet vil vi se nærmere på hvordan støtteapparatene i praksis har fungert som bindeledd mellom det nasjonale nivået og kommunene.

Utgangspunktet for dette kapitlet er en forståelse av at gjennomføringen av Leve hele livet må forstås som en ny form for statlig styring av kommunene, hvor initiativer og ideer både kommer ovenfra, fra staten og ned til kommunene, og nedenfra, fra kommunene og opp til staten. I kapittel 2 og 3 har vi gitt en beskrivelse av de styringssignalene som er blitt formidlet nedover, fra nasjonale myndigheter via de regionale støtteapparatene og ned til kommunene. I dette kapitlet ser vi nærmere på de signalene som er blitt formidlet oppover i systemet, fra kommunene og til nasjonale myndigheter. Vi vil også diskutere hvordan denne bottom-up-tilnærmingen har påvirket arbeidet i de regionale støtteapparatene.

Gjennomgangen er strukturert i fire deler. Først ser vi på de regionale støtteapparatenes vurdering av kommunenes gjennomføring av Leve hele livet. Etterfulgt av en diskusjon av hvordan de regionale støtteapparatene beskriver og vurderer kommunenes respons på Leve hele livet. Dernest beskriver vi hvordan støtteapparatene har tilpasset seg kommunenes tilbakemeldinger og ønsker. Til sist diskuterer vi hvilken betydning en slik bottom-up-tilnærming har hatt for de regionale støtteapparatenes forståelse av Leve hele livet som reform.

### 8.1 Gjennomfører kommunene Leve hele livet?

Ifølge de regionale støtteapparatene er det til dels store variasjoner i hvorvidt og hvordan kommunene gjennomfører Leve hele livet.

Vi ser at enkelte kommuner har fått til et arbeid og har Leve hele livet som en satsing, og bruker det i sine planer. Men det er nok et stort sprik mellom kommunene. Det ser vi (Statsforvalter, fylke B, 2023).

Dette kan handle om at reformen treffer kommunene ulikt: De store kommunene de «er jo selvgående så det holder. (...) og så har vi disse kommunene med tusen innbyggere og de får jo aldri hodet over vann. (...) Men de mellomstore kommunene, de mellom 5 000 og 20 000, de har nok hatt mye mer nytte av den reformen» (Statsforvalter, fylke C, 2023). Men det handler også om at reformen for mange kommuner har fremstått som utydelig, noe som også påvirket samarbeidet med det regionale støtteapparatet: «jeg har vel kanskje ikke følelsen av at kommunene, i hvert fall ikke alle, hadde helt klart hva de ønsker veiledning på. De ønsker vel hjelp til å få satt i gang noe» (Statsforvalter, fylke B, 2023).

Som en følge av den store variasjonen, er det vanskelig for de regionale støtteapparatene å vurdere hvilken virkning Leve hele livet har hatt for kommunene. På spørsmål om det er mulig å spore noen positive effekter av Leve hele livet i kommunene, svarer en informant slik:

Når jeg går inn og ser på enkeltkommuner (...), så synes jeg det er veldig vanskelig å svare på det spørsmålet (KS, fylke C, 2023).

Sett under ett opplever likevel informantene i de regionale støtteapparatet at det har skjedd en holdningsendring ute i kommunene, at kommunene sett under ett har fått større forståelse for de utfordringene de står overfor i møtet med en aldrende befolkning, og en forståelse av at kommunene må legge om innsatsen sin i retning av mer tverrfaglighet, tverrsektorielt arbeid og samskaping med frivilligheten, næringslivet og innbyggerne selv.

Hvorvidt dette skyldes arbeidet med Leve hele livet eller er et resultat av at de demografiske endringene for alvor har truffet kommunene er det knyttet mer usikkerhet til:

Min personlige mening, og det må man ta med en klype salt, er at man ikke fokuserer på noe før man må. Nå er rekrutteringsproblemet så stort at man skjønner verdien av å planlegge og tenke på ting. Da har man verktøy som er laget fra Leve hele livet-arbeid. Som hjelper til. Det har vært et trøkk på det. Jeg tror den samlet potten blir til at folk har fått veldig øyet opp for at vi har store fremtidsutfordringer og vi må organisere oss annerledes og vi må planlegge annerledes (Statsforvalter, fylke C, 2023).

## 8.2 Kommunenes respons på Leve hele livet

Som vi har sett i kapittel 3, var dialogmøter – enten med enkeltkommuner eller med grupper av kommuner – startskuddet for de regionale støtteapparatenes kommunerettede arbeid. Det er en positiv innstilling blant støtteapparatene i de tre casefylkene til denne måten å jobbe på, noe som blant annet kommer til uttrykk ved at de beskriver dialogen med kommunen som nyttig og viktig. Samtidig er kommunenes motstand mot Leve hele livet et gjennomgangstema i intervjuene, om enn med varierende intensitet. Følgende utsagn oppsummerer dette godt:

Vi kom kanskje litt feil av hoppkanten, helt opprinnelig i starten av Leve hele livet. (...) Det var nok en del ledere ute i kommunene som hadde Leve hele livet litt i halsen før vi begynte (USHT, fylke C, 2023).

Slik informantene i de regionale støtteapparatene oppsummerer den, kan motstanden summeres opp i tre punkt: 1. Leve hele livet representerer ikke noe nytt. 2. Leve hele livet bidrar til å øke innbyggernes forventninger til de kommunale tjenestene. 3. Leve hele livet er en reform uten virkemidler.

Påstanden om at Leve hele livet ikke er noe nytt har blitt fremsatt av aktører på alle nivå gjennom hele reformperioden, i det nasjonale støtteapparatet, i de regionale støtteapparatene og i kommunene (Zeiner et al., 2022; Zeiner et al., 2021). Det er derfor ikke overraskende at informantene i de regionale støtteapparatene også nå gir uttrykk for at noe av motbøren de møtte handlet om at kommunene opplevde at «dette gjør vi allerede» (Statsforvalter, fylke C, 2023). Imidlertid setter informantene i større grad enn tidligere denne kritikken i sammenheng med manglende oppslutning om og oppmøte på Leve-hele-livet-aktiviteter. Som vi skal se, har de regionale støtteapparatenes svar på kommunens innvendinger vært å vri søkelyset fra tiltak i Leve hele livet (innhold) til arbeidet med å sette tiltakene i system (planlegging og analyse).

Den andre innvendingen som støtteapparatene møtte i dialogen med kommunene var at Leve hele livet bidrar til å øke innbyggernes forventninger til tjenestene, og dermed til å øke presset på kommunene. En informant beskriver et møte med en mindre kommune hvor det ble uttrykt en «veldig frustrasjon på folks forventninger til reformen», og til forventningene til en «bitteliten kommune at de skulle kunne gjøre alle disse tingene. Det var jo litt tungt for en del folk i administrasjonen som slet med veldig stramme rammer» (KS, fylke C, 2023). Kritikken finner gjenklang i de andre støtteapparatene vi har snakket med, som oppfatter programmet som «veldig ambisiøst» (USHT fylke B, 2023). En av informantene oppsummerer kritikken slik:

Man kan ikke bare legge på nytt på nytt uten å tenke på noe man er nødt til å ta bort, eller ha mindre fokus på. For det er begrenset mer personer som jobber der ute, og man skal være der for innbyggerne i kommunen, og for de som er tjenestemottakere, og ikke bare gjennomføre de satsingene som kommer fra nasjonalt (KS, fylke B, 2023).



Også denne kritikken har bidratt til å omforme Leve hele livet, noe vi vil komme nærmere inn på senere i dette kapittelet.

Den siste innvendingen – at Leve hele livet er en reform uten virkemidler – er kanskje den støtteapparatene oftest har støttet på i dialogen med kommunene. I «alle møtene vi har hatt med kommunene så kritiserer de jo reformen for at det ikke fulgte med penger. Det fulgte bare med krav» (USHT, fylke C, 2023). Et av kravene var at kommunene skulle fatte et vedtak om gjennomføring, men det er tvil om hvor effektivt dette har vært som virkemiddel:

Jeg tror det ble laget en del planer som ble godkjent (...), og så ble den planen parkert på en måte. Veldig mange av disse delplanene (...) forsvinner litt i skrivebordsskuffer rundt omkring (Statsforvalter, fylke C, 2023).

Dette kan tyde på at, i alle fall enkelte i støtteapparatene, oppfatter kommunenes implementering av Leve hele livet som i hovedsak symbolsk.

Det er ulike syn på hvordan fraværet av økonomiske virkemidler har påvirket arbeidet i kommunene. Noen viser til at, i alle fall enkelte av, kommunene er trenger tilskudd for å drive utviklingsarbeid:

Jeg vet jo at kommunene har ønsket seg mer økonomiske midler. Fordi at kommuneøkonomien er ganske skranten, i hvert fall i deler av fylket vårt. Så det her å både sette av menneskelige ressurser til å ha fokus på en reform, hvis vi skal kalle det det, har i for enkelte vært vanskelig (KS, fylke A, 2023).

Andre oppfatter at økonomiske tilskudd har en mer symbolsk verdi:

Jeg opplever 40 millioner som mye penger, men når du fordeler det på 25 kommuner, så blir det egentlig småtteri. Det er ikke de store summene i et kommunebudsjett, og om de må gå glipp av de pengene, ja, det er jo trist, og de har glede av disse pengene, og er veldig opptatt av dem, men det er ikke det som knekker et kommunebudsjett på noe som helst vis (Statsforvalter, fylke C, 2023)

Uansett er inntrykket at fraværet av økonomiske virkemidler har bidratt til at Leve hele livet har møtt mer motstand enn nødvendig i kommunene.

Kanskje fordi kommunene ikke har vært pålagt å gjennomføre Leve hele livet, og kanskje fordi kommunenes kritikk finner gjenklang i de regionale støtteapparatene, har kommunenes innvendinger fått betydning for støtteapparatenes videre arbeid. Som en av informantene uttrykker det: «vi prøvde å justere oss inn etter ønskene deres» (Statsforvalter, fylke A, 2023). Resultatet har vært en dreining i innsatsen: «Så noe var kanskje tenkt ovenfra, men med bakgrunn i innspillene fra kommunene tok leve hele livet i litt annen retning enn kanskje hva som var tenkt i utgangspunktet» (KS, fylke B, 2023). Vi skal nå se nærmere på hva denne dreiningen har bestått i.

### 8.3 Støtteapparatets tilpasning til lokale forhold

Basert på dialogen med kommunene har de regionale støtteapparatene endret innretningen på sitt arbeid. For noen kom denne endringen ganske umiddelbart, for andre har det vært en mer gradvis prosess. Felles er imidlertid at man har anerkjent at mange kommuner allerede har gjort mye på reformens innsatsområder. Det handler om å formidle til kommunene at de kan bygge på allerede igangsatte initiativ og tiltak:

[Å] se at, ja, men hvis dere plukker sammen dette og dette og dette, så har dere faktisk gjort ganske mye, for eksempel på Leve hele livet, uten at de

nødvendigvis har sett koblingen selv. Men jeg tror det handler om antall oppgaver som skal gjennomføres i løpet av dagen, og døgnet og uken (KS, fylke A, 2023).

I stedet har oppmerksomheten vært rettet mot «å få leve hele livet inn i planverket» (USHT, fylke B, 2023). Da har det vært viktig å formidle at «det ikke var helse- og omsorgsfeltet alene sin reform» (USHT, fylke C, 2023), men at det vil kreve samskaping med aktører utenfor kommuneorganisasjonen og tverrsektorielt arbeid innad i kommuneorganisasjonen.

Deltakerne beskriver denne dreiningen som udelt positiv. Flere gir uttrykk for at de i utgangspunktet var skeptiske til Leve hele livet, men at de opplever at den endrede innretningen har medført at reformen svarer bedre på de utfordringer kommunene og velferdsstaten må håndtere. En informant uttrykker det slik:

Mitt syn på Leve hele livet? Det har egentlig utviklet seg mye mer positivt enn kanskje hva jeg tenkte i starten. Det var en opplevelse av at dette var kanskje rettet mot helse og omsorg, men det var ikke der behovet var. Da tenker jeg på de her innsatsområdene og hva man så, men det tok retningen til å bli mer fokus på samfunnsutfordringene som er. (...) Det å kunne ha det fokuset fremover det blir kjempebra. Det er kanskje det beste som har kommet ut av Leve hele livet (Statsforvalter fylke B, 2023)

Samtidig opplever de at den nye innretningen bedre svarer på kommunenes behov:

Det er ikke noen overraskelse at de ønsket mer fokus på det med å jobbe på tvers, og det var flere andre ting som vi hadde tatt tak i, men det er på en måte den tverrsektorielle arbeidet som ønsker mer informasjon om. Så vi prøvde å justere oss inn etter ønskene deres (Statsforvalter, fylke C, 2023).

Deltakerne i støtteapparatene har også inntrykk av at den endrede strategien har hatt betydning for kommunenes motivasjon og innsats. Ikke bare opplever informantene at det har vært større grad av deltakelse på arrangement som har hatt et tydeligere fokus på samfunnsutvikling og bærekraft, arrangementet har også tiltrukket seg deltakere utenfor helse- og omsorgssektoren.

Men så hadde vi en samling her i starten av året i samarbeid med Senter for et aldersvennlig Norge. (...) Da var det jo ikke spissa bare inn mot bare Leve hele livet. (...) Der opplevde vi også at vi fikk mer interesse kanskje fra politikere, andre enheter og så videre i kommunen faktisk (Statsforvalter, fylke C, 2023).

Likevel beskriver informantene gjennomgående arbeidet med Leve hele livet som helsetungt, og at selv om Leve hele livet i økende grad er blitt presentert som en samfunnsreform så har dette budskapet ikke nødvendigvis «nådd ut til kommunene og alle tjenestene til kommunene» (KS, fylke B, 2023). Årsaken til dette er, ifølge informantene, først og fremst at det har vært et misforhold mellom Leve hele livets innhold og organisering.

## 8.4 Misforhold mellom organisering og innhold

Leve hele livet er organisert som en sektorreform, men (etter hvert) tenkt gjennomført som en samfunnsreform. I tidligere rapporteringer fra evalueringen har vi vist at de regionale støtteapparatene har en opplevelse av å arbeide i motbakke (Zeiner et al., 2022; Zeiner et al., 2021). Dette har ikke endret seg i reformens siste år. Tilbakemeldingen fra kommunene til det regionale støtteapparatet, og fra det regionale støtteapparatet til nasjonalt nivå er at:

det er kjempevanskelig å jobbe på tvers når det er forankret i helse og omsorg hele veien (Statsforvalter, fylke A, 2023).

Det er en opplevelse i de regionale støtteapparatene at man har «snakket med to tunger (...). Vi har sagt at det ikke skal (...) være en helsereform. Så kommer det fra Helsedirektoratet, helseavdelingen hos Statsforvalteren. (...) Da blir det lite troverdig på en måte» (Statsforvalter, fylke B, 2023).

At Leve hele livet så tydelig har hatt merkelappen «helse og omsorg» har også hatt betydning for forankringen i kommunene. Leve hele livet:

gikk jo fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet til helse og omsorg i Statsforvalteren, og videre ned til kommunene og inn til en helseleder. Og så fikk (...) kanskje en fagsykepleier ansvaret for dette. Det handler jo litt om forankring i den enkelte kommune. Så hadde utgangspunktet vært litt annerledes at en viste mer bredde, så ville kanskje forankringen i kommunen skjedd på en litt annen måte (USHT, fylke C, 2023)

Disse innvendingene er beskrevet i tidligere rapporteringer (Zeiner et al., 2022; Zeiner et al., 2021), og vi vil derfor ikke gå nærmere inn på dem her. Det som imidlertid er interessant er at det opplevde misforholdet mellom organisering og innhold er en følge av de valg som er gjort av støtteapparatet, blant annet på regionalt nivå. Ser vi på reformen slik den beskrives i stortingsmeldingen, er det en tydelig forventning om at Leve hele livet skal handle om helse- og omsorgstjenestenes kvalitet. Selv om bærekraftutfordringene er godt beskrevet i meldingen, presiseres det at innsatsen i Leve hele livet skal rettes mot å «finne nye og innovative løsninger på de mer kvalitative utfordringene» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a, s. 54).

Det er derfor interessant at informantene i støtteapparatet tar for gitt at Leve hele livets organisering har vært feil svar på riktig spørsmål. Erfaringene de beskriver i de første møtene med kommunene om reformen tyder kanskje heller på at reformen, i alle fall sett fra kommunenes ståsted, like gjerne kan ha vært riktig svar på feil spørsmål.

## 8.5 Styring og tvetydighet

Veldig forenklet kan vi oppsummere de regionale støtteapparatenes erfaringer i møte med kommunene slik: Leve hele livet møtte motstand i kommunene. Fordi det var frivillig for kommunene å gjennomføre Leve hele livet, og fordi insentivene i reformen var relativt svake, var det nødvendig å komme kommunene i møte. Dette førte til en dreining i reformens innretning, som igjen førte til en opplevelse av et misforhold mellom Leve hele livets mål og organisering. Denne innsikten er viktig læring, ikke bare for evalueringen av Leve hele livet, men også for å forstå den form for styring som Vetvik og Disch (2017) kaller «statlige intensjonsbølger».

De regionale støtteapparatenes unisone tilbakemelding er at den innsatsen i Leve hele livet burde vært tverrsektoriell ikke bare i kommunene, men også på statlig og regionalt nivå.

Jeg tror jo at et av suksesskriteriene for å få til et godt arbeid med denne type satsninger, er at man klarer å få inn de andre sektorene og ansvarliggjør dem. Så jeg tenker det må det være et større fokus på fremover i videre arbeid (Statsforvalter, fylke B, 2023).

Dette er også et tydelig råd til nasjonale myndigheter i forbindelse med utrulling av neste reform, Bu trygt heime (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023).

Støtteapparatenes innsikt samsvarer godt med funn fra forskning på implementering. Vi har tidligere beskrevet Leve hele livet som et tvetydig program i den forstand at verken mål eller virkemidler er tydelig definert. Det kan være en styrke i situasjoner preget av usikkerhet. Målet er således en form for eksperimentell implementering, hvor læring er like viktig som resultater (Matland, 1995). Som informantene i støtteapparatet peker på, vil utfallet av slike implementeringsprosesser i stor grad avhenge av hvilke aktører som er aktive i prosessen.

En forutsetning for denne formen for bottom-up implementering er imidlertid at konfliktnivået er lavt. I situasjoner preget av uenighet og konflikt vil det være en risiko for at implementeringen blir symbolsk og avhengig av de konstellasjoner og koalisjoner som utvikler seg lokalt (Matland, 1995). Det er indikasjoner på støtteapparatene forstår (i alle fall enkelte av) kommunenes innsats som symbolsk, blant annet viser flere av informantene til at det er stor variasjon i kommunenes intensitet og fremdrift, og en av informantene mistenker at en del vedtak og planer knyttet til Leve hele livet primært handlet om å kvalifisere seg for statlige tilskudd.

Dette gir grunn til å spørre om kommunene burde vært bedre representert i det innledende arbeidet med reformen, for å sikre oppslutning og kanskje også en følelse av forpliktelse. Riktignok var politiske og administrative ledere i kommunene invitert til dialogmøtene som ledet opp til stortingsmeldingen om Leve hele livet (Halogen, 2017), men støtteapparatets erfaringer kan tyde på at man også kunne hatt et større fokus på og bevissthet om de rammebetingelsene som kommunene opererer innenfor.

## 9 Implementering i kommunene

I dette kapittelet oppsummerer vi hovedfunnene fra våre intervju i casekommunene. Vi hadde totalt 27 intervju, hvor vi snakket med ordførere, kommunedirektører, kommunalsjefer, opposisjonspolitikere, eldreråd og Leve hele livet-koordinatorer. Det er stor variasjon i hvordan kommunene arbeider med Leve hele livet og hvilken kapasitet de har til å prioritere reformen.

I tråd med funnene fra forrige rapport ser vi at det har gått mye tid til å fortolke og kontekstualisere innholdet i Leve hele livet. Det er krevende å identifisere lokale utfordringer og løsninger, og på samme tid være lydhøre for nasjonale styringssignaler. Reformens vide handlingsrom har resultert i ulike implementeringsmetoder. Noen kommuner eksperimenterer med samskaping og tverrsektorielt samarbeid, mens andre ikke har gjort stort mer enn å fatte et symbolsk vedtak.

Kommunenes forståelse og fokusområde for reformarbeidet har dessuten utviklet seg over tid. De har gått fra å snakke om kvalitet i tjenestene til å beskrive en ganske radikal endring i hvordan helsetjenester skal leveres fremover. Hver enkelt må ta mer ansvar selv, og etterspørselen etter tjenester skal reduseres – til tross for at vi blir stadig flere eldre.

Dette kapittelet består av tre deler. I første del vil vi beskrive *kommunenes forståelse* av Leve hele livet. Informantene er opptatt av forebygging og holdningsendring heller enn kvalitet i tjenestene. Videre vil vi løfte *kommunenes erfaringer* med reformarbeidet. Det er tid- og ressurskrevende å sette i gang så store dreininger i helse- og omsorgstjenesten. Noen beskriver det som et overskudsarbeid. Til slutt beskriver vi *kommunenes implementering* av reformen, som varierer i stor grad.

### 9.1 Fra service til samskaping?

Vi har beskrevet Leve hele livet som en *reform i utvikling* i tidligere rapporter, og det samme gjelder nå (Zeiner et al., 2021). Kommunenes forståelse av hva Leve hele livet dreier seg om har endret seg over tid. Funnene viser at informantene i liten grad er opptatt av Leve hele livet som *kvalitetsreform*, og er heller kritiske til Stortingsmeldingens budskap om kvalitet. Det hevdes at kvalitetsreformen bare er en fortsettelse av «verdens beste tjenester» (LHL-koordinator, kommune 2A, 2023), og at fokus på kvalitet gjør at forventningene fra innbyggerne øker. Dette legger ytterligere press på kommuner som allerede finner seg i en presset situasjon, og gjør det vanskeligere å overbevise eldre om å ta mer ansvar selv.

Flere kommuner har begynt å omtale Leve hele livet som en holdningsendringsskampanje heller enn en kvalitetsreform. Hvis flere tar større ansvar selv kan det være med å avlaste kommunene, som for noen anses å være den eneste løsningen.

Dette arbeidet handler om at vi i helse og omsorg skal få færrest mulig kunder, med helsefremmende og forebyggende strategier (LHL-koordinator, kommune 2A, 2021).

#### 9.1.1 Ansvar for egen alderdom

Det er ikke lenger gitt at eldreomsorgen kan fortsette som tidligere, ettersom stadig flere eldre får behov for hjelp, samtidig som det er mindre ressurser i kommunene og færre til å hjelpe. Våre informanter er stort sett positive til at eldre må ta et større ansvar selv. Noen mener at det er helt nødvendig. En holdningsendring må til om det skal gå, fordi mange har et «urealistisk bilde av hva det betyr å være gammel» i dag, ifølge en informant (Helse- og omsorgssjef, kommune 1B, 2023). Hva skal kommunen tilby, og hva må du ordne selv? Hva er godt nok?

Vi har vært gjennom et par tiår der overskriften har vært service-kommunen, alt du har rett til og alt som skal være verdens beste tjenester. Å snu den trenden til noe som er godt nok, og som vi skal få ressurser til å strekke til, det er en ganske stor dreining, som heldigvis sentrale myndigheter nå har begynt å prøve å formidle, selv om de får mye kjeft for det. Jeg synes det er bra at det ble gjort nå (LHL-koordinator, kommune 2A, 2023).

For å starte holdningsendringen er flere kommuner opptatt av de må kommunisere dette utad til innbyggerne på en god måte. I kommune 2C har de hatt stor suksess med at utvalgslederen for Leve hele livet-arbeidet i kommunen har engasjert lokalsamfunnet og oppfordrer alle til å planlegge for egen alderdom:

Det er et av de områdene hvor vi har hatt sterkest politisk engasjement i praksis, ikke bare gjennom at det sies noen fine ord i et kommunestyremøte, men også at det følges opp utenom kommunestyremøtene, altså mer løpende (Kommunedirektør, kommune 2C, 2023).

Men kommunene trenger også drahjelp fra statlig hold for å legitimere denne reformen. Det er ikke noe kommunene alene kan gå ut med til sine innbyggere.

Det er helt åpenbart at det vil være nødvendig med en, kall det en bred nasjonal diskusjon, rundt (...) hvem har ansvar for hva. Hva er det faktisk kommunen skal levere av tjenester, og hva må faktisk den enkelte ta ansvar for selv (Kommunedirektør, kommune 1A, 2023).

Noen kommuner erfarer at nasjonale myndigheter tvert imot bidrar til økte forventninger i befolkningen, til dels skapt av et rettighet- og kvalitetsfokus som legger mer press på kommunene:

Det er jo veldig enkelt for nasjonale politikere å bare svare opp en utfordring med nye rettigheter. Rettighetssamfunnet er jo helt på tur, spør du meg. For det innskrenker jo handlingsrommet vårt. Når vi ser på hvor mange ressurser vi bruker på lovpålagte oppgaver, og hva som er handlingsrommet, så blir det mindre og mindre. Så til slutt er det ikke noe prioriteringsrom, for da må vi bare levere på det som er lovpålagt, og så ferdig. Det er i hvert fall ikke svaret med mer føringer eller mer rettigheter (Kommunedirektør, kommune 1A, 2023).

Forholdet mellom det offentlige og individets ansvar er i ferd med å endres. Er det å bli gammel egentlig et privat anliggende eller det offentliges ansvar? Er privatisering veien å gå for å få det hele til å gå rundt? Kommunene kan ikke gjøre dette alene, særlig når «den private velstanden øker, og de kommunale rammene er så små» (LHL-koordinator, kommune 2A, 2023). Det snakkes om en av-universalisering av eldreomsorgen:

Vi som har mye ressurser, kan kanskje ta litt større ansvar selv for at vi skal kunne ivareta dem som trenger det. Når vi ser nede i Europa, så er det jo mer slik som det var i gamle dager. Det er jo familien som ivaretar familiemedlemmer. Storfamilien. Jeg tror ikke vi kommer dit opp, men det er jo dit vi burde ha vært (Kommunedirektør, kommune 1A, 2023).

Å dreie eldreomsorgen fra å være et offentlig velferdsgode til å være noe hver enkelt må fikse selv, vil bety en radikal endring – men er det fornuftig å tenke slik? Kriseforståelsen øker i kommunene, og det er et tegn på at dagens ordning ikke er bærekraftig.

(...) det er kommunene som har ansvaret, det er liksom bare svaret til slutt, selv om det ikke går opp i det hele tatt, hverken i forhold til økonomi eller kompetanse, (...) Så jeg mener det må gjøres en realitetssjekk av alt hva kommunene faktisk skal fikse (LHL-koordinator, kommune 2A, 2023).

En ansvarsavklaring etterspørres, mellom det offentlige og det private. Hva skal kommunene tilby av tjenester? Hvor mye kan innbyggerne forvente? Hva må hver enkelt ta ansvar for selv? Hvor mye skal legges på frivilligheten? Dette er spørsmål som våre informanter stiller, og som de ønsker tydeligere styringssignaler på, fra statlig hold.

### 9.1.2 Kommunene satser på forebygging

Forebyggende arbeid er et av de viktigste virkemiddelene for at eldre skal klare seg lengre selv. I forebyggingsarbeidet nevnes et godt aktivitetstilbud og sosiale møteplasser som viktige, gjerne styrt av frivilligheten. Dette kan bidra til at innbyggerne holder seg friske lengre og da er tidlig innsats særlig viktig.

Våre informanter beskriver et rikt aktivitetstilbud i kommunene, men har varierende erfaringer med å engasjere de eldre:

Noe av det som jeg synes er mest begredelig er å gå rundt å se så mange spreke pensjonister som sitter på kafe hele dagen. Jeg tenker at mange av de virkelig kunne bidratt inn i samfunnsutviklingen vår på mange områder. (...) Hvordan skal vi få engasjert også eldre til å kunne hjelpe eldre? (Ordfører, kommune 2A, 2021).

Eldre skal ikke bare være mottakere av tjenester, men delta aktivt i forebygging og tilpasning i egen alderdom. Det handler om å forberede alderdommen ved for eksempel å investere i sosiale nettverk, tilpasse egen bolig og ikke minst, ta vare på helse.

Flere kommuner er opptatt av å trekke frivilligheten inn i større grad enn før, og ser at samarbeid med sivilsamfunnet er en viktig faktor for å kunne ivareta målet om kunne klare seg selv lenger i livsløpet. Et spørsmål som stilles er hva den offentlige helse- og omsorgstjenesten skal gjøre fremover og hva frivilligheten kan gjøre. En informant etterspør en ansvarsavklaring, og understreker viktigheten av «at det ikke blir sånn at når man driver med frivillighet så må man virkelig passe seg for at man ikke sitter med for mye ansvar» (Eldreråd, kommune 2B, 2023). En kommune legger vekt på at tjenestene vil måtte deles mer. Det er ikke lenger kommunene «som skal gi tjenester ned til en minste detalj lenger. Den tiden er forbi» (Helse- og omsorgssjef, kommune 1A, 2023). Å dele tjenester mellom kommunene og frivilligheten knyttes særlig til kommuneøkonomien. Der hvor ressursene er knappe og fagpersonell mangler er frivillige, blant dem pensjonister, ekstra verdifulle.

Kommunene har lang erfaring med å samarbeide med lag og organisasjoner, men de erfarer også at det er sårbart fordi det mangler formelle avtaler og strukturer og samarbeidet er ofte personavhengig:

Det er veldig stort engasjement. Vi har en fagsykepleier i kommunen som er veldig engasjert og flink til å få med seg folk. Det er veldig viktig i slike prosjekter at du har noen som brenner for det, og klarer å formidle det og klarer å dra med seg folk på det (Eldreråd, kommune 1A, 2023).

Flere kommuner jobber derfor med å formalisere arbeidet med frivilligheten, blant annet med å koordinere innsatsene. Informanter forteller også at de arrangerer kurs for grupper frivillige, særlig for aktivitetsvenner for de som har demensdiagnose. I en av kommunene har de for eksempel en kommunal rådgivningstjeneste som samarbeider med frivillige lag og foreninger for å få et mer forutsigbart samarbeid. Det understrekes imidlertid at samarbeid med frivilligheten må til for at målet med reformen skal kunne nås. De frivillige skal ikke løse kommunenes oppgaver, men *avlaste* kommunale oppgaver. Eksempler på frivillig arbeid som kommunen ikke selv har kapasitet til å gjennomføre er for eksempel å ha trivselsvakter på sykehjemmet som tar seg av frokost og sosiale aktiviteter.

## 9.2 Å gjøre mer med mindre

Kommunene opplever en hverdag med harde prioriteringer, og særlig i de minste kommunene er det en forståelse av at gjennomføring av Leve hele livet ikke er noe de kan prioritere. Det er særlig to forhold som bidrar til det. Det ene er *kostnadene* som reformen fører med seg. Velferdstjenester skal gjennomføres på en ny og bedre måte, helst med reduserte kostnader. Det følger heller ikke penger med reformen, noe samtlige informanter påpeker som en utfordring.

Det andre forholdet som informantene peker på, er *tidsbruk*. Reformarbeid er tidkrevende. Det er vanskelig å prioritere Leve hele livet og planarbeid når du må jobbe på spreng for å sikre forsvarlig tjenestenivå.

Nå jobber vi med en kommuneplan, en samfunnsdel, som tar veldig mye tid. Det er nok noe man kan ta inn i den planen, i hvert fall en beskrivelse av det her Leve hele livet. Men det er sånn (...). Dagene går med til å få tak i... Å slite med å få hjulene til å gå rundt (Helse- og omsorgssjef, kommune 2B, 2023).

For å tette gapet mellom behov og kapasitet er det mange kommuner som ønsker å satse på velferdsteknologiske løsninger, men omstillingen tar tid:

Det handler om å lære å bruke og se funksjonaliteten i teknologien, at det faktisk får det til å fungere, men det handler også om at da må jeg jobbe sammen med noen andre, og jeg må kanskje gå og betjene noen andre pasienter, altså nye rutiner, nye måter å jobbe på (LHL-koordinator, kommune 2A, 2023).

Selv om velferdsteknologien kan bidra til å løse det umulige oppgaven å gjøre mer med mindre, er det noen som påpeker at det kan ta lang tid før brukerne blir trygge på å ta velferdsteknologi i bruk. Dessuten kan det ikke helt erstatte «varme hender». I kommuner med geografiske utfordringer er velferdsteknologiske løsninger ekstra utfordrende:

Vi har lyst til å ha fokus på digitale hjelpemidler i kommunen, for å avlaste hjemtjenesten. (...) Nå har vi kun fått til alarmsystemet, sikkerhetsalarmen. Og det går rett og slett på, blant annet på det at Telenor nå fjerner alt sitt nett. (...) Så mister vi kontakten med eldre ute i grendene. Og det synes jeg er en litt skummel utvikling (Ordfører, kommune 1C, 2023).

### 9.2.1 Samarbeid på tvers

For å få bukt med ressursmangelen i kommunene legger Leve hele livet opp til mer samarbeid på tvers av sektorer og fagmiljø. Flere kommuner ser potensialet i å utnytte egne ressurser på en bedre måte. Imidlertid oppleves det som vanskelig å få til samarbeid på tvers og samordning av sektorer:

Vi har gjort noen grep for å forsøke å bygge ned den der silotenkningen og få mer tverrsektorielt samarbeid. Ofte ser det fint ut på papiret, og så er det noe annet med hvordan ting fungerer i praksis. Det er ikke nødvendigvis så mye som ikke er på plass, og viljen, men det er noe med å få det til å fungere. Det har vi jobbet mye med (Ordfører, kommune 2C, 2023).

Noen kommuner har heller ikke kapasitet eller ressurser nok til å prioritere det tverrsektorielle samarbeidet: «Det er rett og slett å få hodet over vann til å klare å jobbe med dette. [...] Jeg er jo avhengig av å samle en gruppe for å komme videre med dette, men folk er så opptatt at det er, ja, det er nesten sånn at vi er nødt til å prioritere det å få hjulene til å gå rundt, og liv og helse» (Helse- og omsorgssjef, kommune 2B, 2023).



En av de større kommunene i vårt utvalg har opprettet en 'bygdelab', en medvirkningsprosess, knyttet til et nytt omsorgssenter for å få innspill til stedsutvikling – særlig fra eldre. I tillegg er de også med i et program for 'smartby', et område kalt 'bo hjemme lenger', der «helse og omsorgsbidraget er å utvikle velferdsteknologi, dette med holdningsskapende arbeid er en del, digitalisering og utenforskap skal det jobbes med» (LHL-koordinator, kommune 2A, 2021).

Det er stort fokus på å legge til rette for at eldre kan bo lenger hjemme og klare seg selv, og for å få til det må kommunen forebygge sykdom og dårlig helse. Det krever at hele samfunnet er med, ikke bare helse- og omsorgstjenestene. Kommune 1C har også dreid fokuset i Leve hele livet fra kun eldre til også å omfatte barnefamilier og andre grupper. Dette knyttes opp mot innsatstrappen:

Vi ser jo nå i forhold til barn og unge, at vi er nødt til å sette inn tiltak tidligere enn det vi har gjort før... Men det med å ha fokus på den innsatstrappa har nok gjort oss i tjenestene veldig mer bevisst på at vi skal tenke fra vugge til graven, og så har du ulike tjenester og behov i alle aldre uansett (Helse- og omsorgssjef, kommune 1C, 2023).

Det påpekes av enkelte kommuner at Leve hele livet burde vært mer samfunnsrettet. Det er mye som kan gjøres annerledes når det gjelder å trekke inn andre områder enn helse, slik følgende sitat belyser:

Hvis vi skal, i forhold til omsorgstrappen, sørge for at folk bor hjemme lenger, så er vi nødt til å stille en del krav i forhold til de boligene og hvor de bygges. Så det er et sterkt fokus, absolutt. Men igjen så er det jo det å evne å få det til i praksis (Kommunedirektør, kommune 1A, 2023).

## 9.2.2 Omstilling er ikke gratis

Et av hovedbudskapene fra casekommunene er at det ikke brukes mindre penger på eldreomsorg selv om rutinene endres. Derfor mener de at det burde fulgt økonomiske midler med reformen, noe som også var tilbakemeldinger fra de første samlingene.

Det har vært tilbakemeldingen fra første gang jeg var på samling at det er fint å komme med en reform, men det må følge med noen midler. Det er ikke snakk om store potten egentlig, men noen midler for å drive dette her videre, det må være med (LHL-koordinator, kommune 1A, 2021).

Øremerkede midler ville ført til mer drivkraft i kommunen, og ville fungert som gulrot for iverksetting av enkle tiltak og lavterskeltilbud, som for eksempel tilrettelegging av tursti eller kjøp av utstyr for treningstilbud for eldre (Folkehelsekoordinator, kommune 1B, 2023). Økonomiske tilskudd er også viktig for at kommunene kan ta seg råd til å prioritere reformarbeidet:

Leve hele livet hører på en måte til det vi driver med, men (...) noen må organisere og noen må jobbe med det, og jeg har ikke fått noe ekstra tid i min stilling til å drive med dette her, så det gjør jeg på toppen av alt det andre og det koster (LHL-koordinator, kommune 1A, 2021).

For å få økonomisk støtte til Leve hele livet-relaterte tiltak ble kommunene oppfordret til å benytte seg av ulike tilskuddsordninger, som for eksempel det kommunale kompetanse- og innovasjonstilskuddet. Enkelte påpeker imidlertid at de allerede før reformen hadde søkt om og benyttet seg av dette tilskuddet, og at de hadde forventet nye tilskuddsordninger eller andre økonomiske virkemidler i oppfølgingen av reformen.

Søknad om midler oppleves som tidkrevende av flere kommuner. Det tar for mye administrativ tid, samtidig som det er snakke om relativt små midler.

Vi håper at vi får gjennom kommunestyrevedtaket slik at vi kan prøve igjen i år, men innovasjonsmidlene vi kan søke på, det er jo prosjektbasert og det er ganske store krav til hva dokumentasjon av prosjektplan og rapportering på økonomi og det slår jo oss litt i hjel da, fordi det gir mye administrativt ut av kanskje litt lite penger i sluttenden (LHL-kordinator, kommune 1A, 2021).

### 9.2.3 Betydningen av kontekst

Kommunenes erfaringer med Leve hele livet-reformen må ses i lys av den konteksten den var en del av. For det første ble landet rammet av koronapandemien kort tid etter at reformen startet, noe som medførte nedstenginger og utfordringer med å sette i gang planlagte tiltak. I tillegg ble møter og direkte kommunikasjon erstattet av digitale møter. Dette gikk ut over ønsket aktivitet.

For det andre har Russlands krig mot Ukraina, siden februar 2022, medført en stor flyktningstrøm til Norge. Kommuner i hele landet har jobbet med bosetting og integrering av flyktninger, og tilgangen på utleieboliger i kommunene har blitt betydelig mindre etter flyktningestrømmen. Med allerede en presset ressursituasjon har andre ikke-lovpålagte oppgaver naturlig nok blitt satt på vent.

Akkurat nå er det et akutt problem at det ikke er boliger å oppdrive her. (...) Vi har støvsugd markedet i kommunen, vi har påvirket det private utleiemarkedet veldig. Fortsatt kjøper vi også opp boliger for å kunne bosette ukrainere (Kommunedirektør, kommune 2C, 2023).

En tredje faktor som har hatt betydning for gjennomføring av Leve hele livet er personalsituasjonen i helsesektoren. De fleste kommunene i vårt utvalg opplever en utfordring med å få tak i nok helsepersonell til sine stillinger, noe som kan bidra til at ønskede tiltak som del av Leve hele livet ikke kan prioriteres. NOU 2023:4 «Tid for handling» legger til grunn at en av regjeringens viktigste oppgaver er å sikre nok fagfolk med riktig kompetanse i helse- og omsorgstjenestene, samt å ivareta en bærekraftig og sammenhengende tjeneste. Målene om å sikre fagfolk innen helse- og omsorgstjenestene er vanskelig å imøtekomme i praksis:

(...) Så lyste vi ut tre sykepleierstillinger med ekstra tiltak, altså rekrutteringstiltak, sånn ganske betydelig da, og så langt har vi ikke fått en eneste søker. (...) Og de nærmer seg pensjonsalder de som er her også, så det er en utfordring med å få tak i fagpersonell (helse- og omsorgssjef, kommune 2B, 2023).

I tillegg forsvant det statlige tilskuddet til utleieboliger fra statsbudsjettet for 2023. Tilskuddet har siden 1994 vært et virkemiddel i kommunenes arbeid med å fremskaffe boliger til utsatte grupper. De senere årene er det satt søkelys på at eldre også er i målgruppen for kommunale utleieboliger fordi denne gruppen øker i omfang.<sup>44</sup> Bortfallet av tilskuddet begrenser handlingsrommet til kommunene når det gjelder å skaffe egnede boliger til eldre, og bidrar til å begrense Leve hele livets gjennomslagskraft.

## 9.3 Politisk, eksperimentell eller symbolsk implementering

Det er et stort spenn i implementeringsgrad blant våre casekommuner. De som har implementert Leve hele livet i stor grad er de større kommunene, med flere ansatte og mer kapasitet til å drive reformarbeidet fremover. De mindre kommunene har ikke kommet like

---

<sup>44</sup> Oslo Economics & OsloMet: Evaluering av tilskudd til utleieboliger. Oslo 2023.

langt, og mange begrunner det med manglende personell, for mange andre oppgaver som er mer presserende, og ugunstig geografi.

For de kommunene med minst kapasitet har Leve hele livet blitt implementert symbolsk. Et vedtak har blitt fattet, men arbeidet stopper der. De med større kapasitet har evnet å dra arbeidet i gang og har overskudd til å gjøre Leve hele livet til sitt eget ved å tenke nytt og tilpasse reformen til eget behov – vi snakker her om politisk og eksperimentell implementering.

Alle kommunene jobber med eldreomsorg og ønsker å yte god kvalitet i tjenestene, men ikke alle kobler arbeidet direkte opp mot Leve hele livet. Hovedinntrykket er at Leve hele livet har handlet mer om å understøtte det arbeidet som kommunene allerede er i gang med, enn å tilføre noe nytt.

Altså leve hele livet var ikke noe revolusjonerende nytt egentlig. Det er jo det vi driver med til daglig satt litt mer i system. Så det, nei, vi tenker at det var helt naturlig å være med (LHL-koordinator, kommune 1A, 2021).

Det handler kanskje mer at Leve hele livet setter ord på tidsånden, med stor oppmerksomhet mot aldersvennlig samfunn og bærekraftig samfunnsutvikling. Kommunene har fått temaet høyere opp på agendaen på grunn av reformen, men at den belyser problemstillinger de allerede var opptatt av:

Jeg føler at Leve hele livet har gjort oss litt mer bevisst på det gode vi allerede holdt på med i egen kommune. At vi fikk løfta det litt, følte jeg. Denne reformen ga oss en bekreftelse på at det vi holder på med er det som er bra (Helse- og omsorgssjef, kommune 1C, 2023).

### 9.3.1 Utviklingen i reformperioden

Det har skjedd en utvikling i løpet av reformperioden, i form av en endret forståelse av hvordan Leve hele livet skal implementeres. Kommunene har, i varierende grad, skiftet fokus fra at reformarbeidet skal drives av helse- og omsorgssektoren, til å bli et felles anliggende for hele kommuneorganisasjonen. De ønsker å få til en mer helhetlig innsats:

Men det som jeg hadde lyst til å si, det var i forhold til organiseringen. For denne boligdagen for eksempel, den blir et samarbeid mellom helse og omsorg, men også samfunn og miljø. For dette handler om å treffe utbyggerne, og det handler om at vi legger til rette i kommuneplanens arealdel og i reguleringsplaner også, for den type boliger. Det er samfunn og miljø som vi har her som jobber med reguleringsplaner, og planverket generelt, bestemmelser og så videre. Så vi ser nok et skifte her, at mer og mer av denne jobbingen vil skje tversektorielt, mens det kanskje til å begynne med var først og fremst helse og omsorg (Kommunedirektør, kommune 2C, 2023).

I hvor stor grad kommunene evner å tenke helhetlig rundt eldreomsorg er svært varierende. Vi ser at det særlig er to forhold som utkrystalliserer seg når informantene forteller om sin organisering og forankring av Leve hele livet. Noen kommuner vektlegger *planaspektet* (kommunene 1C, 2C og 1A), mens andre vektlegger *helse og omsorg* (kommunene 2A, 1B og 2B).

Hvorfor er ikke organisering og forankring lik i casekommunene? Det er selvsagt flere svar på dette, men en årsak kan ligge i at Leve hele livet-programmet ikke gir klare føringer for hva som skal vektlegges. Selv om dette til en viss grad bør være opp til kommunene, er det flere informanter som savner klarere føringer for hvordan Leve hele livet skal forankres:

Jeg vet ikke om det er deres skyld, eller vår skyld, men jeg hadde ønsket meg at det her var forankret på en litt annen måte i kommunen. Og det kan man skylde på seg selv litt for, at det ble sånn antar jeg egentlig (...) men burde det vært noen føringer på at noen områder i kommunen skal være representert i en slags arbeidsgruppe, ledergruppe, et eller annet i forhold til Leve i hele livet? Burde man sagt allerede fra starten at helse skal være representert, og eiendom og utvikling skal være representert? (LHL-ansvarlig, kommune 1A, 2023).

Et spørsmål som reiser seg er om klarere føringer i Leve hele livet hadde bidratt til bedre implementering, mer erfaringsutveksling og et sterkere samarbeid mellom kommunene.

### 9.3.2 Vurdering av statlig styring

Et sentralt spørsmål i denne evalueringen har vært å finne ut av hvordan kommunene oppfatter de statlige styringssignalene i Leve hele livet-reformen. Ifølge informantene fra casekommunene oppleves koblingen mellom mål og virkemidler uklar, slik dette sitatet belyser:

Det tok tid for meg å forstå den. Jeg syntes i begynnelsen den var så rar, med tanke på at enkelte områder var så kjempekonkret, og andre områder var så utrolig abstrakt. Så jeg skjønnte ikke ... hva er det egentlig vi skal jobbe med her? Hvordan kan det her fungere? (Helse- og omsorgssjef, kommune 1B, 2023).

Kommunene etterspør også bedre oppfølging og støtte til å tilpasse reformarbeidet til egen kontekst: «Den er litt uhåndterlig ut i kommune-Norge, sånn som vi opplever det» (Ordfører, kommune 1B, 2023). I de kommunene hvor reformen ikke oppleves som like aktuell eller gjennomførbar har arbeidet stoppet opp. Det får noen av innbyggerne til å reagere:

Jeg vil poengtere at de (staten) må følge opp denne reformen. Den kan ikke bare ligge hos en mellomleder i (kommunen) som sier at dette ikke er gjennomførbart for oss (Eldreråd, kommune 1B, 2023).

Samtidig som noen etterspør mer statlig involvering er det andre kommuner som ønsker mindre detaljstyring, og forteller at de bruker «for mye ressurser på å svare ut lovverk og tilsyn og rutiner med litt for lite lokal mulighet til tilpasning», noe som begrenser mulighetene til nødvendig omstillingsarbeid (Kommunedirektør, kommune 2C, 2023).

Et annet poeng som informantene våre reiser er at statlige myndigheter ikke tar hensyn til de planrutinene som allerede foreligger i kommuneadministrasjonen ved oppføringen av en ny reform, og noen opplever at Leve hele livet kolliderer med disse.

Vi har jo blant annet i løpet av siste året så har vi revidert helse- og omsorgsplan, og vi ser jo at mange av de satsingene som vi satt opp allerede i 2009, de er jo fortsatt aktuelle, så vi driver med sånne tema som er veldig langsiktige, og da når denne reformperioden kommer med sånt planperspektiv med kartlegging og planlegging og gjennomføring, så er det litt sånn, ja, det passer ikke så godt inn egentlig (LHL-koordinator, kommune 2A, 2023).

Kommunenes rutiner for oppdatering av kommunedelplaner og planstrategier sammenfaller ikke nødvendigvis med den tidsrammen reformen legger til grunn. For en kommune som nettopp har oppdatert kommuneplanens samfunnsdel og arealdel i forkant av reformperioden vil en ny planrunde for å få inn Leve hele livet-ordlyden neppe prioriteres.

## 9.4 Leve hele livet som læringsprosess

Et viktig element i Leve hele livet-reformen er muligheten til å utveksle erfaringer og lære av hverandre. Et nasjonalt og regionalt støtteapparat skal legge til rette for denne utvekslingen, og samtidig drive informasjonsarbeid og lokalt forbedringsarbeid i reformperioden. I hvilken grad kommunene opplever at dette har blitt gjort varierer veldig.

Noen kommuner har svært liten kunnskap om støtteapparatets aktiviteter, særlig de minste kommunene som sliter mest med å sette Leve hele livet i system. Andre kommuner har relativt god kunnskap om tilbudet, men mener at ressursene kunne blitt brukt på en mer hensiktsmessig måte. Den største kommunen i vårt utvalg har svært god kunnskap og nytte av støtteapparatet. Hvorvidt kommunene får mye ut av disse læringsnettverkene synes å avhenge av de lokale aktørenes interesser og kapasitet til å delta.

En annen viktig tilbakemelding er at blant de kommunene som deltar på samlinger og kurs, er det tilfeldig hvem i organisasjonen som er med. Det betyr at det ofte blir «feil» folk som deltar noe som medfører at kunnskapen og erfaringene fra samlingene ikke alltid blir videreformidlet til de «riktige» personene, som for eksempel avdelingsledere og administrasjon. En tilbakemelding er at det vært for mye organisert rundt kontaktpersoner for Leve hele livet.

Det er jo fryktelig viktig at det ikke bare er en enslig svale fra en kommune som reiser, men at man reiser i gruppe for å få effekten når du kommer tilbake. Og hvis man ikke har maktet det så merker du at effekten bare renner ut (Helse- og omsorgssjef, kommune 2C, 2021).

Alle casekommunene har erfaringer med regionale og interkommunale nettverksamarbeid, eller ønsker å delta i slike. Disse nettverkene er Leve hele livet-uavhengige, men har vært viktig i oversettelsesarbeidet og implementeringen av reformen.

For enkelte av kommunene har nettverkssamarbeid hatt stor betydning og bidratt til nye måter å jobbe på. I tillegg har de kommunene det gjelder fått mer fokus på nye temaer. De to kommunene som ligger i fylke C er med i et regionalt nettverk som blant annet har søkelys på bærekraftig tjenesteyting. Erfaringene fra nettverket viser seg å være svært nyttig og inspirerende. Det utvikles et felles «språk» der nettverket har bidratt til at det «tenkes nytt». Det handler blant annet om ny måte å tenke økonomi uten at det går ut over kvaliteten i tjenestene.

*Innsatstrappa* har blitt viet spesiell oppmerksomhet i dette nettverket. Hensikten er blant annet at kommunene skal sette inn innsatsen på lik linje med de andre, slik at ressursene som brukes i arbeidet kan måles og sammenlignes. Det fremheves at det krever tett samarbeid mellom kommunene for å kunne få til dette.

I en av de større kommunene i fylke A har de lenge vært del av et regionalt nettverk i form av et formalisert samarbeid med andre kommuner i regionen. Det er ikke spesifikt rettet mot Leve hele livet, men dreier seg om kompetansesamarbeid på helse og omsorg. Informantene omtaler nettverket som fruktbart.

I en av de mindre kommunene i fylke B snakkes det også om et Leve hele livet-uavhengig nettverk som de benytter seg av. Andre kommuner i vårt utvalg er vertskommuner for USHT som de samarbeider med. Utdanningsinstitusjoner nevnes også som en viktig samarbeidspartner.

Basert på intervjuene kan det virke som felles for alle fylkene at allerede eksisterende nettverk blir flittigere anvendt enn de som har oppstått i forbindelse med implementeringen av Leve hele livet-reformen. Et annet inntrykk er at de minste kommunene ikke får like mye ut av nettverkssamarbeidene som de større kommunene.

### 9.4.1 Variasjon som indikasjon på symbolsk implementering?

Leve hele livet mottok lovord og bred støtte da reformen ble rullet ut i 2018. Da kommunene skulle sette i gang arbeidet i 2019 var likevel forvirringen stor. Dette er typisk for politiske tiltak med uklare mål og virkemidler (Matland, 1995). Det er ikke uvanlig at reformer, som Leve hele livet, blir mye omtalt i startfasen av implementeringsperioden, men når det kommer til stykket fører reformen ikke til substansiell endring likevel – ofte fordi aktørene ikke vet hvor de skal. Dette er hva Matland (1995) kaller symbolsk implementering.

Symbolsk implementering er nesten alltid forbundet med manglende eller mangelfull iverksetting av tiltak. I Leve hele livet-sammenheng ser vi at den symbolske implementeringen ofte betyr at kommunen har fattet et vedtak, eller henvist til reformen i et plandokument, men at det ikke har ført til noen konkrete endringer i tjenestene. Det er også påfallende at kommunenes forståelse av Leve hele livet varierer i så stor grad. Det tyder på at reformen er tvetydelig, og det fører ofte til symbolsk implementering.

I starten av reformperioden brukte kommunene tid på å tolke målene – *hvor skal vi?* – og deretter finne ut av hvordan de skulle implementere disse målsettingene, gitt sin kontekst – *hvor skal vi komme oss dit?* En dypere forståelse av de ønskede effektene av Leve hele livet kunne kanskje ført til en mer substansiell implementering. Uklarheten har likevel satt i gang en omfattende fortolkningsprosess og tankeprosess i kommunene:

...for min del brukte jeg litt tid på å komme inn i hva det her er. (...) Det var kanskje det som var rart til å begynne med – hva er dette egentlig, men jeg skjønner da bedre nå at det er en holdningskampanje også. Refleksjon er en del av den metoden (Helse- og omsorgssjef, kommune 1B, 2023).

## 9.5 Oppsummering

Leve hele livet er en kvalitetsreform, en styringsreform og en samfunnsreform. Tjenester skal leveres på en ny måte, holde høy kvalitet, og hele samfunnet skal med. Det er høye ambisjoner, og selv om oppslutningen er stor blant kommunene er det mange som opplever reformens målsettinger som uoverkommelige. Kommunene har dessuten vidt forskjellige utgangspunkt for å sette Leve hele livet *ut i livet*.

Kommunenes forståelse av Leve hele livet har endret seg over tid. De har gått fra å snakke om å gjøre «mer med mindre» til å snakke om holdningsendring blant innbyggerne.

Nå som reformperioden nærmer seg slutten ser vi en stor variasjon i hvor langt kommunene har kommet i arbeidet. Noen er fortsatt ved startstreken, mens andre har eksperimentert med ulike implementeringsmetoder. Det er i hvert fall tydelig at ingen har kommet helt likt ut – et tegn på at styringssignalene kan ha vært for uklare.

I dette kapitlet har vi oppsummert hovedfunnene fra våre intervju i casekommunene. *Det første* vi ser er at det har gått mye tid til å fortolke og kontekstualisere innholdet i Leve hele livet. Kommunenes forståelse og fokusområde for reformarbeidet har utviklet seg over tid. *Det andre* hovedfunnet er at kommunene forespeiler en radikal endring i sin tjenesteyting. De har gått fra å snakke om kvalitet til å snakke om forebygging, som en vei ut av ressurskrisa de befinner seg i. *Det siste* hovedfunnet er at denne omstillingen tar tid og koster penger, penger kommunene ikke har. Det er et tydelig behov for mer støtte og tydeligere signaler fra statlig hold for å drive en mer substansiell implementering av Leve hele livet.

## 10 Erfaringer fra reformens målgrupper

### 10.1 Introduksjon

Leve hele livet (2019) er en kvalitetsreform for eldre. Kvalitet i eldre år handler blant annet om å kunne forme egen hverdag, å ha muligheten til å kunne opprettholde funksjon og delta i sosiale fellesskap, å motta gode og trygge helsetjenester den dagen behovet melder seg, samt å kunne bidra med egne ressurser for familie og venner eller i nærmiljøet. Det er derfor viktig å tilrettelegge for den gode hverdagen også når helsa svikter. Selv om de fleste eldre i Norge lever gode liv og det finnes mange virkningsfulle løsninger ute i lokalsamfunnene for å tilrettelegge for kvalitet i eldre år, konstateres det i bakgrunnen for Leve hele livet reformen at de gode løsningene blir tatt i bruk av for få kommuner og for tilfeldig. Som et resultat av dette blir ikke tilbudet godt nok og kvaliteten på tjenestene til eldre varierer for mye.

Basert på erfaringer og forslag fra dialogmøter med ansatte, eldre, pårørende, frivillige, forskere og ledere, består derfor Leve hele livet reformen av konkrete og utprøvde løsninger innenfor områder hvor det for ofte svikter i tilbudet til eldre i dag: i) et aldersvennlig Norge, ii) aktivitet og fellesskap, iii) mat og måltider, iv) helsehjelp, og v) sammenheng i tjenestene. Reformens målgruppe er eldre over 65 år, en svært heterogen gruppe, med ulike behov og ønsker. Reformen er særlig rettet mot helse- og omsorgssektoren, men alle sektorer må bidra for å skape et mer aldersvennlig samfunn hvor eldre kan være aktive og selvstendige.

Det overordnede målet med Leve hele livet reformen er at den skal bidra til:

Flere gode leveår der eldre beholder god helse lenger, opplever at de har god livskvalitet, og at de i større grad mestrer eget liv, samtidig som de får den helsehjelpen de trenger når de har behov for den.

Pårørende som ikke blir utslitt, og som kan ha en jevn innsats for sine nærmeste-

Ansatte som opplever at de har et godt arbeidsmiljø, der de får brukt sin kompetanse og gjort en faglig god jobb (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a)

I denne delen presenteres erfaringer fra reformens hovedaktører, dvs. eldre personer selv og deres pårørende, samt helsepersonell og andre ansatte som arbeider i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er blant disse tre gruppene vi kan utforske hvordan den foreslåtte politikken faktisk kommer til uttrykk i den konkrete hverdagen. Resultatene bygger på individuelle intervjuer med 17 eldre personer og 18 pårørende, samt fokusgruppeintervju med 36 kommunalt ansatte fra evalueringens seks casekommuner.

Først, i kapittel 10.2, vil vi redegjøre for vår teoretiske forståelse som premisser for evalueringen av reformen og analyse av våre data. Vi innleder med en kort redegjørelse av kvalitet som begrep og setter dette inn i en større kontekst knyttet til sunn aldring rammeverket. Kapitlet gir så en kort beskrivelse av normaliseringsprosessteori som teoretiske briller for å belyse selve implementeringsprosessen av Leve hele livet reformen. I kapittel 10.3 gir vi en beskrivelse av delrapportens metode for datainnsamling, beskrivelse av de tre utvalgene, datainnsamlingsprosessen og analysestrategier.

Kapittel 10.4 og 10.5 utgjør delrapportens datagrunnlag. I kapittel 10.4 gir vi en fremstilling av hvordan kommunene jobber og hvor langt de har kommet innenfor de ulike satsningsområdene i reformen og hvordan dette konkret kommer til uttrykk blant reformens hovedaktører. Videre, i kapittel 10.5, gir vi en fremstilling av implementeringen av reformen slik det oppleves av kommunalt ansatte sett i lys av normaliseringsprosessteori. Vårt mål er å gi et nyansert bilde av arbeidet som utføres, men også belyse hvor skoen faktisk trykker, for å oppnå en hverdag med kvalitet hos eldre personer i ulike livsfaser.

## 10.2 Teoretisk forståelse

Den teoretiske forståelsen ligger til grunn for analyse av de empiriske funn. Det er derfor sentralt å definere hva vi legger i begrepet kvalitet, både kvalitet i tjenester og livskvalitet. Reformen henvender seg til eldre over 65 år som bor hjemme og lever uavhengige og selvstendige liv, men også til hjemmeboende med hjelp fra støtteapparatet, samt skrøpelige eldre som er avhengig av hjelp og døgnkontinuerlig pleie. WHO sitt rammeverk for sunn aldring kan synliggjøre at kvalitet i stor grad handler om å minimere gapet mellom individets indre kapasitet og miljøets krav hos ulike grupper eldre personer. Vi skiller mellom hvordan kommunene jobber med reformens satsningsområder og selve implementeringsprosessen. For å belyse sistnevnte anvendes normaliseringsprosesseteori.

### 10.2.1 Forståelse av kvalitet

I vår analyse av ansattes, eldre personers og pårørendes erfaringer med Leve hele livet reformen, har vi sett på de fem satsningsområdene i lys av kvalitet i tjenester og livskvalitet. Kvalitet forstås som egenskapene til et produkt eller en tjeneste som anses som verdifull (Atkinson et al., 2010). Hva som er verdifullt varierer mellom produkter, tjenester, organisasjoner og enkeltpersoner. Kvalitetsbegrepet er subjektivt av natur og det er derfor generelt utfordrende å definere høy kvalitet, og kanskje spesielt innenfor helsevesenet. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten fra 2005 definerer imidlertid tjenester av god kvalitet som trygge, virkningsfulle, personsentrerte, samordnet, at man bruker tilgjengelig ressurser på en god måte og fordeles rettferdig mellom de som trenger dem (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Definisjonen er i tråd med internasjonale definisjoner av kvalitet i helsetjenesten som legger vekt på pasientopplevelse, sikkerhet, effektivitet, rettferdighet, aktualitet og bærekraft (Atkinson et al., 2010).

Begrepet livskvalitet refererer til enkeltpersoners ellers gruppers opplevelse av velvære, basert på faktorer som helse, lykke, komfort og tilfredshet (World Health Organization, 2012). Det er ingen enkelt definisjon eller mål på livskvalitet, siden livskvalitet kan variere hos ulike mennesker avhengig av kontekst, kultur og verdier. Den subjektive livskvaliteten omhandler individets opplevelse av livet og evalueringer av sentrale livsområder som samliv, økonomi og bolig. Den objektive livskvaliteten omhandler viktige aspekter av en persons livssituasjon, som frihet, trygghet, helse, fellesskap og muligheter for personlig utvikling (Folkehelseinstituttet, 2021b).

### 10.2.2 Sunn aldring som rammeverk

WHO sitt fokus på eldre og aldring fra 2015 til 2030 kalles sunn aldring, og defineres som prosessen som utvikler og vedlikeholder den funksjonelle evnen som fremmer livskvalitet i eldre år. Målet er å legge til rette for best mulig funksjonsevne for alle eldre personer, både enkeltpersoner og samfunn. Funksjonell evne handler om å ha kapasitet til å gjøre det en verdsetter i livet, evnen til å: i) få basalbehov møtt, ii) lære, vokse og ta avgjørelser, iii) være mobil, iv) bygge og vedlikeholde relasjoner, og v) bidra til samfunnet (World Health Organization, 2015).

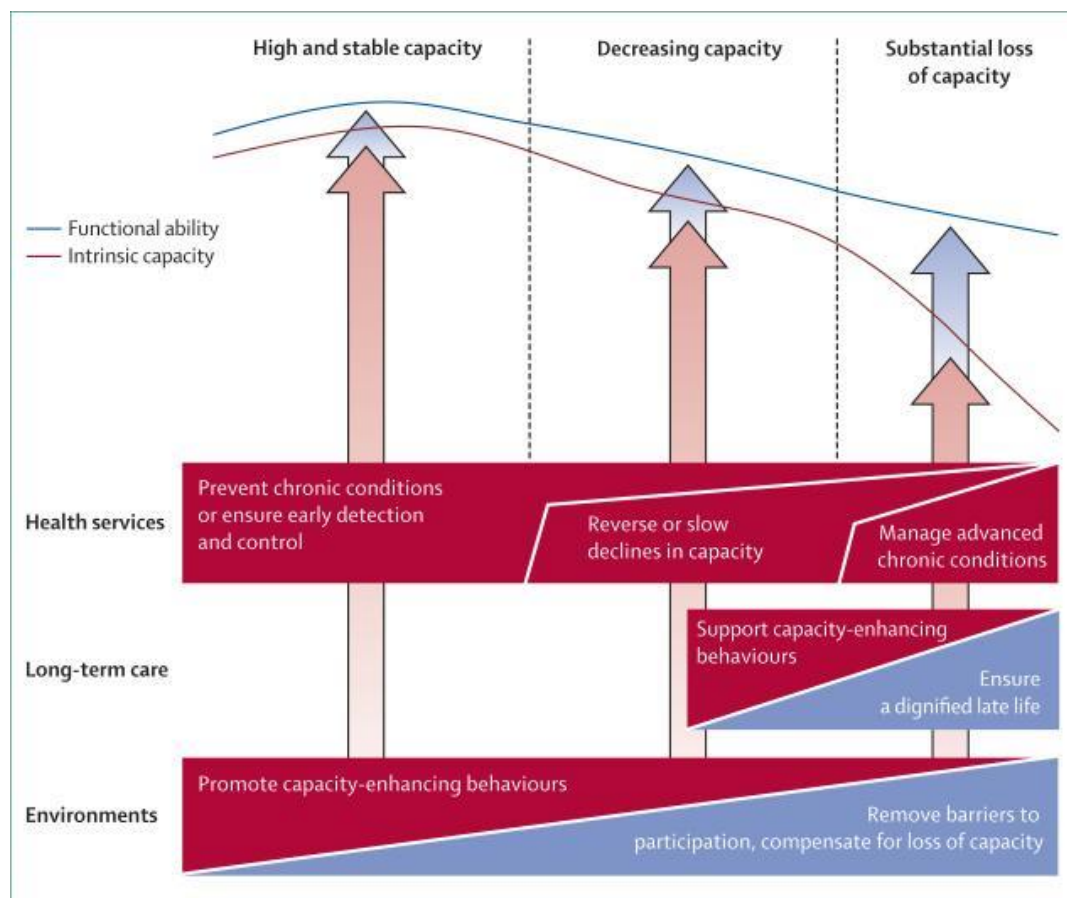
Funksjonelle evner består av faktorer i omgivelsene og individets indre kapasitet. Interaksjonen mellom disse to elementene er avgjørende for om det oppstår udekkede behov eller gap. Relevante omgivelser inkluderer den eldre sitt hjem, lokalsamfunn og storsamfunnet. De viktige faktorene innad i disse omgivelsene er f.eks. familierelasjoner, verdier og holdninger til eldre, eldre- og boligpolitikk samt sosial- og helsesystemet. Alle disse miljøfaktorene bør støtte opp om den eldre sin indre kapasitet (World Health Organization, 2020). Indre kapasitet er individets mentale og fysiske kapasiteter som f.eks. gangfunksjon, hørsel, hukommelse og resonneringsevne. Den indre kapasiteten endrer seg hos eldre på grunn av normale aldringsprosesser, sykdommer og skader. Videre er ikke fravær av sykdom ifølge WHO en betingelse for sunn aldring. Flere eldre lever godt på tross



av flere kroniske sykdommer. Slik kan vi se at sunn aldring rammeverket fokuserer på den pågående interaksjonen mellom eldre individer og omgivelsene de lever i (World Health Organization, 2015).

Figur 10.1 illustrerer sunn aldring rammeverket fra WHO. For å fremme en persons funksjonelle evner er det viktig å se både på faktorer som kan fremme og vedlikeholde eldre personers indre kapasitet samt hvilke faktorer i miljøet som kan fremme at eldre med en gitt indre kapasitet kan få gjøre det som betyr noe for dem. Her er det viktig å ta i betraktning den store heterogeniteten i gruppen eldre. Det finnes ikke en «typisk» eldre. Noen lever selvstendig med god funksjonsevne langt inn i 90 årene, mens andre mister sin funksjonsevne og trenger omfattende helsetjenester fra tidlig i 60 årene (World Health Organization, 2015).

Figur 10.1: Sunn aldring, WHO



### 10.2.3 Innsats for å fremme kvalitet i eldre år

Fordi det kan være store forskjeller mellom eldre, foreslås det i reformen et skille mellom tre grupper: i) Eldre personer med god helse, som lever et aktivt liv uten helseproblemer langt inn i alderdommen. ii) Personer som eldes normalt med en eller flere kroniske sykdommer som ikke påvirker livskvaliteten nevneverdig. De klarer seg fint hjemme med oppfølging fra fastlege. iii) Personer med tidlig aldring, vanligvis personer under 75 år med flere helseproblemer – både akutte og kroniske. De har høyt forbruk av helsetjenester og høy risiko for institusjonalisering. De to første gruppene utgjør omtrent 80 prosent av eldre, mens 20 prosent tilhører den siste gruppen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a).

Figur 10.2: Innsatstrappa, utviklet av Agenda Kaupang (NOU 2023:4)



Innsatstrappa synliggjør tilbud og hvilket nivå av inngripen det vil være i innbyggernes liv. Innsats handler om å redusere gapet mellom miljøets krav og individets indre kapasitet gjennom tverrfaglig oppfølging, forebyggende proaktive tiltak, tilrettelegging av hjem og bolig, velferdsteknologi, nødvendig helsehjelp på rett sted til rett tid for å fremme kvalitet (NOU 2023:4).

#### 10.2.4 Normaliseringsprosessteori

Normaliseringsprosessteori (NPT) er en sosiologisk teori med hensikt å forstå og forklare de dynamiske prosessene som oppstår under implementering av komplekse intervensjoner (May et al., 2009), som Leve hele livet reformen. Rammeverket tar hensyn til institusjonelle og organisatoriske sammenhenger og undersøker de sosiale prosessene som kan påvirke innføringen av ny praksis. Dette innebærer å integrere nye rutiner og arbeidsmåter i allerede etablerte sosiale strukturer, med det formål å identifisere faktorer som kan fremme eller hemme implementeringen. NPT identifiserer fire sentrale begreper som beskriver vesentlige forutsetninger for en vellykket implementeringsprosess: felles forståelse, opplevd deltakelse, kollektiv handling og evaluerende og refleksiv praksis (Jason et al., 2019).

### 10.3 Metode og materiale

I dette kapittelet presenteres delrapportens metodologi for å belyse eldre personers, pårørendes og kommunalt ansatte sine erfaringer med reformens satsningsområder og implementeringsprosess. Først belyser vi delrapportens design før vi gir en kort beskrivelse av kontekst. Deretter beskriver vi rekrutteringsprosess og deltakere før vi redegjør for datainnsamling og datanalysestrategier.

### 10.3.1 Design

Denne delstudien har et kvalitativt utforskende og fortolkende design der vi har benyttet individuelle semistrukturerte intervjuer med eldre personer og pårørende, samt fokusgruppeintervju med kommunalt ansatte som jobber tett på eldre personer i sin hverdag. Intervju som metode er velegnet for å utforske og forstå betydningen som individer eller grupper tillegger sosiale fenomener (Creswell & Creswell, 2017).

### 10.3.2 Kontekst

Konteksten for de empiriske funnene i denne delrapporten var seks kommuner i Norge fra tre ulike fylker. Kommunene ble valgt ut fra kriteriene hjemmetjeneste vs. institusjonsorientering og grad av aldring i deres respektive fylker, men varierte også langs mange andre viktige dimensjoner, som eksempel innbyggertall og geografisk størrelse. De seks casekommunen har blitt beskrevet inngående tidligere i denne rapporten.

### 10.3.3 Deltakere

Vi har intervjuet til sammen 36 helsepersonell og andre kommunalt ansatte, samt 17 eldre personer og 18 pårørende fordelt på de 6 casekommunene.

#### **Helsepersonell og andre kommunalt ansatte**

I de seks casekommunene rekrutterte vi til sammen 36 helsepersonell og kommunalt ansatte som deltok i fokusgruppeintervju i sin respektive kommune. Det var viktig for oss å rekruttere bredt blant ansatte som jobbet tett på og med eldre personer i sin hverdag.

Gjennomsnittsalderen for hele utvalget var 47 år (bredde 24-67 år) og av disse var kun fire menn. Bortimot 3 av 4 hadde høyere utdanning på høgskole og universitetsnivå og gjennomsnittlig hadde utvalget erfaring fra nåværende stilling på 11 år (bredde 1-29 år). Utvalget representerte et bredt utvalg av tverrfaglige profesjoner. Av sykepleierne (N=12) hadde fire spesialfunksjoner eksempelvis innen demens og psykiatri mens fem hadde også ledende oppgaver på team- og avdelingsnivå. Legene (N=3) i utvalget hadde overlegefunksjon, to i kommunen og en på sykehjem. De øvrige yrkesgrupper som deltok var helsefagarbeidere (N=7), fysio- og ergoterapeuter (N=5), frivillighetskonsulenter (N=3), i tillegg til en vernepleier, en assistent og en prosjektleder. For nærmere oversikt se tabell 10.1.

Tabell 10.1: Oversikt over helsepersonell og kommunalt ansatte i fokusgruppeintervjuene

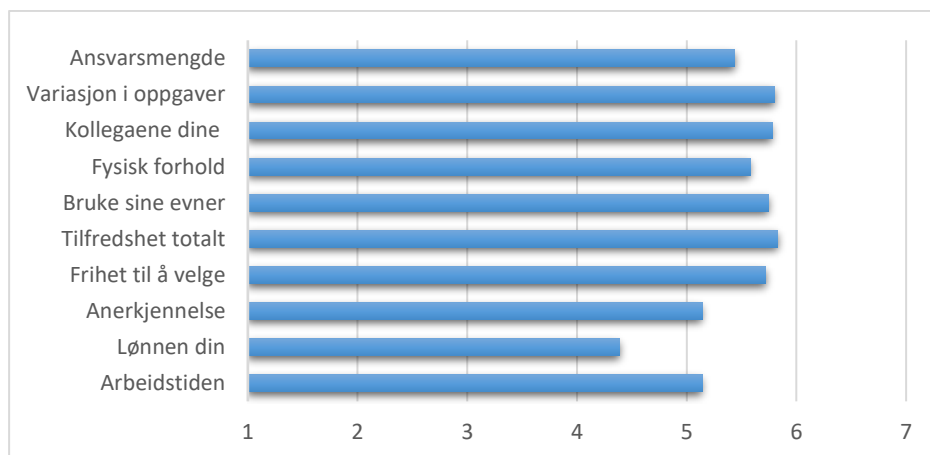
HP	Alder	Kjønn	Utdanning	Stilling i kommunen	Tid i stillingen	Case
1	63 år	Kvinne	Høy (1-4 år)	Sykepleier	24 år	1A
2	59 år	Kvinne	Høy (1-4 år)	Ergoterapeut	24 år	1A
3	62 år	Kvinne	Høy (4 år+)	Spesialsykepleier	11 år	1A
4	54 år	Mann	Høy (4 år+)	Ergoterapeut		1A
5	30 år	Kvinne	Høy (1-4 år)	Sykepleier	8 år	1A
6	46 år	Kvinne	Høy (1-4 år)	Frivillighetskonsulent	2 år	1A
7	35 år	Kvinne	Høy (1-4 år)	Saksbehandler		1A
8	36 år	Kvinne	Høy (4 år+)	Fysioterapeut	3,5 år	1A
9	58 år	Kvinne	Høy (1-4 år)	Saksbehandler	18 år	2A
10	24 år	Kvinne	VG skole	Helsefagarbeider	4 år	2A
11	62 år	Mann	Høy (4 år+)	Sykehjemsoverlege	10 år	2A
12	41 år	Kvinne	Høy (1-4 år)	Frivillighetskonsulent	19 år	2A
13	43 år	Kvinne	Høy (4 år+)	Prosjektleder		2A
14	54 år	Kvinne	Høy (4 år+)	Spesialsykepleier	1 år	2A
15	50 år	Kvinne	Høy (1-4 år)	Frivillighetskonsulent	4 år	2C
16	64 år	Kvinne	Høy (1-4 år)	Spesialsykepleier	13 år	2C
17	55 år	Kvinne	VG skole	Helsefagarbeider	24 år	2C
18	37 år	Kvinne	Høy (1-4 år)	Ledende sykepleier	13 år	2C
19	62 år	Mann	Høy (4 år+)	Kommuneoverlege	8 år	2C
20	49 år	Kvinne	VG skole	Helsefagarbeider	12,5 år	1C
21	62 år	Kvinne	VG skole	Helsefagarbeider		1C
22	30 år	Kvinne	Høy (1-4 år)	Ergoterapeut	2 år	1C
23	53 år	Kvinne	Høy (4 år+)	Kommuneoverlege	7,5 år	1C
24	61 år	Kvinne	Høy (4 år+)	Ledende sykepleier	19 år	1C
25	45 år	Kvinne	Høy (1-4 år)	Saksbehandler	4 år	1C
26	40 år	Kvinne	Høy (4 år+)	Ledende sykepleier	14 år	1C
27	41 år	Kvinne	Høy (1-4 år)	Fysioterapeut	11 år	1B
28	37 år	Kvinne	Høy (4 år+)	Ledende sykepleier	11 år	1B
29	32 år	Kvinne	Høy (1-4 år)	Vernepleier	9 år	1B
30	50 år	Mann	VG skole	Assistent	3 år	1B
31	36 år	Kvinne	VG skole	Helsefagarbeider	10 år	1B
32	50 år	Kvinne	Høy (4 år+)	Ledende sykepleier	21 år	2B
33	32 år	Kvinne	VG skole	Helsefagarbeider	1 år	2B
34	29 år	Kvinne	VG skole	Helsefagarbeider	2 år	2B
35		Kvinne	Høy (1-4 år)	Ledende sykepleier	29 år	2B
36	67 år	Kvinne	Høy (1-4 år)	Spesialsykepleier	4 år	2B

Forklaring til tabell: HP = helsepersonell. Utdanning: VG = videregående skole, Høyskole/universitet (1-4 år), Høyskole/universitet (4 år+). Case = Kommune: 1A, 2A, 1B, 2B, 1C og 2C (se tabell 7.1).

Jobbtilfredsheten blant de kommunalt ansatte ble målt med Job Satisfaction Scale, en 7 punkts skala der 1 er svært misfornøyd og 7 er svært tilfreds. En generell tilfredshet med arbeidssituasjon, kollegaer og variasjon i arbeidsoppgaver fikk best score, mens lønn

arbeidstid og anerkjennelse var de områdene der de ansatte var minst tilfredse (se figur 10.3).

Figur 10.3: Ansattes jobbtilfredshet målt med Job Satisfaction Scale



### Eldre personer

De eldre personene var et strategisk utvalg (N=17), der vi i hver kommune har intervjuet en eldre person som bor på institusjon, en hjemmeboende som mottar tjenester og en tredje uten noen form for hjelp fra støtteapparatet. Hensikten med å rekruttere eldre personer med ulike hjelpebehov var å favne om den heterogeniteten som denne gruppen representerer.

Utvalget med eldre personer bestod av 12 kvinner og fem menn med en gjennomsnittsalder på 84 år (bredde 69-95 år). Av disse bodde 65% alene og fire hadde høyere utdanning. Selv om 1/3 av utvalget ikke mottok tjenester og scoret høyt og middels på funksjonsnivå, levde hele 53% med multimorbiditet, det vil si at de hadde to eller flere kroniske diagnoser. Av de ca. 35% som hadde eller stod i fare for underernæring mottok alle hjelp fra støtteapparatet. De eldre personenes bakgrunnsvariabler er illustrert nærmere i tabell 10.2.

Tabell 10.2: Bakgrunnsvariabler knyttet til de 17 eldre personene som ble intervjuet

EP	Alder	Kjønn	Sivilstatus	Utdanning	Hjelpebehov	Funksjon	Ernæring	MM	Case
1	92 år	Kvinne	Enslig/enke	VG skole	Institusjon	Lav	Risiko	Ja	1A
2	95 år	Mann	Enslig/enke	Grunnskole	Hjemme m/ tj.	Lav	Risiko	Ja	1A
3	80 år	Kvinne	Enslig/enke	VG skole	Ingen tjenester	Middels	Normal	Nei	1A
4	74 år	Mann	Gift/samboer	VG skole	Ingen tjenester	Middels	Normal	Nei	2A
5	84 år	Mann	Gift/samboer	Høy (1-4 år)	Hjemme m/ tj.	Lav	Under	Nei	2A
6	91 år	Kvinne	Enslig/enke	Grunnskole	Institusjon	Lav	Normal	Ja	2A
7	75 år	Kvinne	Gift/samboer	VG skole	Ingen tjenester	Høy	Normal	Nei	2C
8	78 år	Mann	Gift/samboer	Høy (1-4 år)	Hjemme m/ tj.	Lav	Risiko	Ja	2C
9	90 år	Mann	Enslig/enke	VG skole	Institusjon	Lav	Risiko	Ja	1C
10	80 år	Kvinne	Enslig/enke	Høy (1-4 år)	Ingen tjenester	Høy	Normal	Nei	1C
11	81 år	Kvinne	Enslig/enke	VG skole	Hjemme m/ tj.	Høy	Normal	Ja	1C
12	92 år	Kvinne	Enslig/enke	Grunnskole	Institusjon	Lav	Normal	Ja	1B
13	87 år	Kvinne	Enslig/enke	Grunnskole	Hjemme m/ tj.	Lav	Normal	Nei	1B
14	69 år	Kvinne	Gift/samboer	Høy (4 år+)	Ingen tjenester	Høy	Normal	Nei	1B
15	95 år	Kvinne	Enslig/enke	VG skole	Institusjon	Lav	Risiko	Ja	2B
16	92 år	Kvinne	Enslig/enke	VG skole	Hjemme m/ tj.	Lav	Normal	Ja	2B
17	74 år	Kvinne	Gift/samboer	VG skole	Ingen tjenester	Middels	Normal	Nei	2B

Forklaring til tabell: EP = Eldre person. Utdanning: Grunnskole, VG = videregående skole, Høyskole/universitet (1-4 år), Høyskole/universitet (4 år+). Hjelpebehov: Ingen tjenester, hjemmeboende med tjenester, plass i institusjon (langtidsplass, korttidsplass, omsorgsbolig m/ tjenester). Funksjon ble målt med SPPB = Short physical performance battery (score 0-12):

L = Lav funksjon (0-6 p), M = Middels funksjon (7-9 p) og H = Høy funksjon (10-12 p). Ernæring ble målt med MNA = Mini Nutritional Assessment (score 0-14): Normal ernæringsstatus = 12-14 p, Risiko for underernæring = 8-11 p og Underernært = 0-7 p. MM = multimorbid (to eller flere kroniske diagnoser). Case = Kommune: 1A, 2A, 1B, 2B, 1C og 2C (se tabell 1).

## Pårørende

De pårørendes bakgrunnsvariabler er illustrert nærmere i tabell 10.4.

Tabell 10.3: Bakgrunnsvariabler knyttet til de 18 pårørende som ble intervjuet

PÅ	Alder	Kjønn	Sivilstatus	Utdanning	Type pårørende	Case
1	83 år	Mann	Gift/samboer	VG skole	Ektefelle	1A
2	71 år	Kvinne	Gift/samboer	VG skole	Datter	1A
3	85 år	Mann	Gift/samboer	Høy (1-4 år)	Ektefelle	1A
4	67 år	Kvinne	Gift/samboer	Høy (4 år+)	Ektefelle	2A
5	61 år	Kvinne	Gift/samboer	VG skole	Datter	2A
6	67 år	Mann	Enslig/enke	Høy (4 år+)	Sønn	2A
7	58 år	Kvinne	Gift/samboer	Høy (1-4 år)	Datter	2C
8	79 år	Mann	Gift/samboer	Høy (1-4 år)	Ektefelle	2C
9	44 år	Mann	Gift/samboer	Høy (1-4 år)	Sønn	2C
10	52 år	Mann	Gift/samboer	Høy (4 år+)	Sønn	1C
11	57 år	Kvinne	Gift/samboer	VG skole	Datter	1C
12	47 år	Kvinne	Gift/samboer	VG skole	Datter	1C
13	61 år	Kvinne	Enslig/enke	Høy (1-4 år)	Datter	1B
14	51 år	Mann	Gift/samboer	Høy (1-4 år)	Sønn	1B
15	55 år	Mann	Enslig/enke	Høy (1-4 år)	Sønn	1B
16	42 år	Kvinne	Enslig/enke	Høy (4 år+)	Datter	2B
17	50 år	Kvinne	Gift/samboer	Høy (1-4 år)	Datter	2B
18	71 år	Mann	Enslig/enke	VG skole	Sønn	2B

Forklaring til tabell: PÅ = Pårørende. Utdanning: Grunnskole, VG = videregående skole, Høyskole/universitet (1-4 år), Høyskole/universitet (4 år+). Case = Kommune: 1A, 2A, 1B, 2B, 1C og 2C (se tabell 7.1).

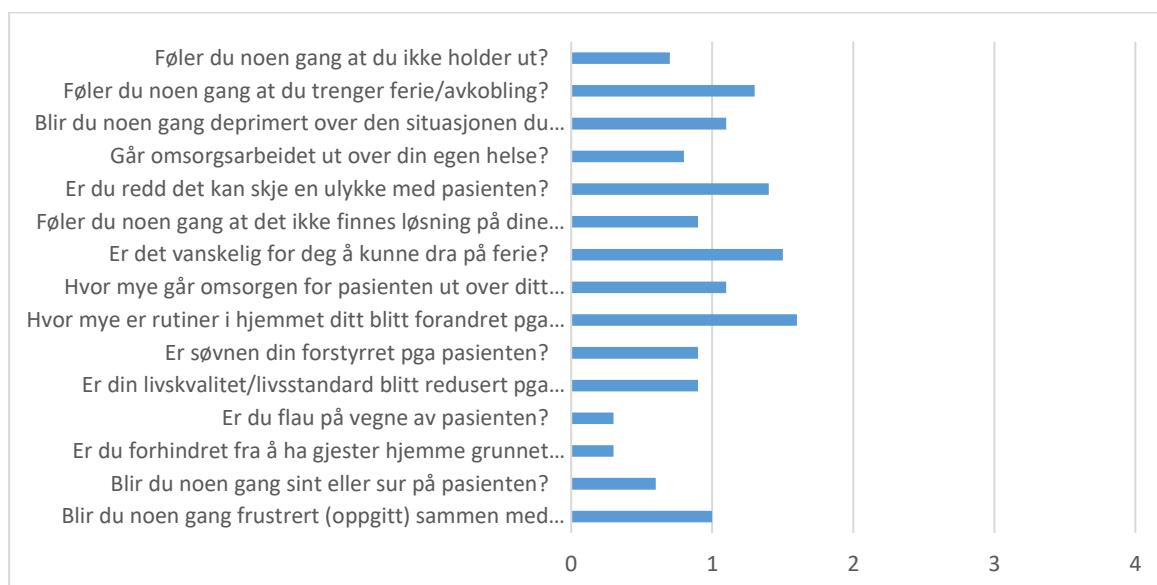
De pårørende (N=18) bestod av halvparten kvinner og menn, der fire var ektefeller og resten var døtre (N=8) eller sønner (N=6). Bortimot 67% hadde høyere utdanning og 13 av 18 var gift eller hadde samboer. Gjennomsnittsalderen for hele utvalget var 61 år der den yngste var en 42 år gammel datter og den eldste var en 85 år gammel ektefelle.

Alle de pårørende fylte ut et skjema for pårørendebelastning (Relatives Stress Scale) der man scorer 15 items på en 5 punkts skala der 0 er aldri/ingen og 4 er alltid/svært mye. Lavest score hadde spørsmålene «Er du flau på vegne av pasienten?» og «Er du forhindret fra å ha gjester hjemme grunnet pasienten?». Sistnevnte må også ses i sammenheng med at i utvalget vårt var det kun to ektefeller som hadde pårørende boende under samme tak, og en av disse hadde igjen vedtak på rullerende korttidsopphold. De områdene der pårørende opplevde høyest belastning var knyttet til spørsmålene rutiner i hjemmet, mulighet for ferieavvikling og bekymring for at det skal skje noe med pasienten.

Den selvrapporterte belastningen blant de 18 pårørende i denne kvalitative intervjustudien er påfallende lav (se Figur 10.3). Dette er i samsvar med andre studier i Norge, der det er viktig å skille mellom de som bor sammen med sine pårørende og har den daglige omsorgen, og de som ikke har dette. Vi vet at pårørendebelastningen øker signifikant i tråd med høyere grad av omsorg og om man er primær omsorgsperson eller ikke (Steinsheim et al., 2023) og naturlig nok, om man bor sammen med vedkommende eller ikke (Taranrød et al., 2020). Dersom vi hadde inkludert flere informanter med pårørende boende hjemme eller med høyere grad av omsorgsansvar (primær omsorgsperson), ville pårørendebelastningen trolig vært høyere. Dette kunne ha ført til mer nyanserte svar.



Figur 10.4: Pårørendebelastning målt med Relative Stress Scale



## Datainnsamling og analyse

All dialog med de seks casekommunene ble innledet med et Teams møte for planlegging av datainnsamlingsprosess. Det har vært en kontaktperson i alle kommunene som har bistått med å rekruttere ansatte til fokusgruppeintervju, samt eldre personer og pårørende til individuelle intervjuer. Alle intervjuer har blitt gjennomført fysisk i den aktuelle kommunen. Vi har vært tre forskere med ansvar for datainnsamlingen, der alltid to har reist sammen til de seks kommunene. Vi har derfor benyttet semi-strukturerte intervjuguider med standard introduksjonstekst til de ulike temaområdene for å sikre sammenligningsgrunnlag (Vedlegg 1-3). Alle deltakerne gav sitt informerte samtykke etter skriftlig og muntlig informasjon.

Alle intervjuer har blitt tatt opp på lydband og transkribert verbatim av en ekstern part med avtale med OsloMet. Lydfiler har blitt oppbevart i Tjenester for Sensitive Data (TSD), en trygg, privat plattform designet for innsamling, lagring og analyse av sensitive forskningsdata som krever et høyt sikkerhetsnivå. For å analysere data har vi brukt tematisk analyse basert på Braun & Clarke (2006) og software programmet HyperResearch. Alle tre forskerne kodet uavhengig av hverandre de seks fokusgruppeintervjuene. Intervjuene med eldre personer og pårørende har vi delt fylkesvis mellom oss for analyse. Vi har etter koding og individuell analyse diskutert materiale omgående i prosjektgruppa. Vi har valgt å dele våre resultater i to kapitler; det første gjør rede for hvordan kommunene jobber innenfor reformens ulike satsningsområder, mens det andre dykker mer ned i selve implementeringsprosessen.

## 10.4 Hvordan jobber kommunene med satsningsområdene?

Dette delkapittelet belyser hvordan kommunene jobber og tenker innenfor reformens fem satsningsområder: i) et aldersvennlig Norge, ii) aktivitet og fellesskap, iii) mat og måltider, iv) helsehjelp, og v) sammenheng i tjenestene. Vi avslutter med en kort diskusjon av hovedfunn i lys av kvalitet og sunn aldring rammeverket.

### 10.4.1 Et aldersvennlig Norge

Leve hele livet er en reform som skal legge til rette for et aldersvennlig samfunn og bygge partnerskap mellom stat og kommune, næringsliv, private aktører, sivilsamfunn og forsknings- og utdanningsinstitusjoner. Hensikten er også å utfordre den eldre befolkning til



selv å engasjere seg i planlegging av egen alderdom og utforming av sine omgivelser. Det handler om å endre holdninger og forventninger til hva innbyggerne kan forvente av bistand fra det offentlige, og hva de selv må ta ansvar for.

I alle de seks casekommunene så man viktigheten av å fremme aldersvennlige omgivelser og å oppmuntre eldre personer til å planlegge alderdommen. Det var imidlertid ulikt hvordan arbeidet ble utført, hvor langt de var kommet og hva de trakk frem som potensielle barrierer.

### **Aldersvennlige omgivelser**

Gjennom intervju med ansatte, pårørende og eldre personer fremstår det som en felles forståelse at bolig er et privat anliggende og at det å flytte inn i en mer tilrettelagt leilighet eller bolig mens man fortsatt har god funksjon kan være en god investering i alderdommen. Dette krever imidlertid at det er tilstrekkelig tilgang på aldersvennlige boliger, men at den dagen du trenger omsorgsbolig er dette et behovsbasert kommunalt tilbud. Mens noen kommuner ennå ikke har bygget nok boliger som passer for eldre, har andre kommet godt i gang med dette arbeidet. De beskriver blant annet utbygging av ulike former for livsløpsboliger og private aktører som tilbyr boliger som er egnet for eldre.

Vi har meldt oss inn i de eldres boligklubb. Ja, det er en landsomfattende forening, egentlig, som bygger boliger. Der kan folk sette seg på en liste. Når det blir ledig, så går de nedover og prioriterer på listen. Der er det ikke dørstokker. Det er ikke flere etasjer. Alt er liksom ... Du kan bli gammel og litt skrøpelig der, da (Eldre person kommune 2A).

I flere kommuner hvor de har satsset på utbygging av aldersvennlige boliger lokaliseres disse ofte sentrumsnært med kort avstand til butikker, lege, tannlege, bibliotek og aktivitetstilbud. Dette er positivt i forhold til å fremme deltakelse og tilgjengelighet, men bakdelen er at kostnaden kan være høyere enn tilsvarende bolig i distriktene. En potensiell økonomisk barriere, særlig i langstrakte kommuner, blir derfor at man ikke ønsker å sette seg i gjeld.

Det er ofte dyrere å kjøpe leilighet i sentrum enn det de får igjen for huset, hvis de bor langt, langt unna, i hvert fall, for det er jo litt store områder her. Jeg har nok flere pasienter hvor du har vært på hjemmebesøk, hvor du tenker at her kunne den pasienten eller brukeren ha vært villig til å flytte, men det er økonomiske ting som står i veien (Ansatt kommune 1A).

I de mest avsidesliggende områdene i en av distriktkommunene som deltok, er det umulig å tilby hjemmetjeneste flere ganger om dagen pga. manglende fremkommelighet. Dette gjør at man 'tvinges' til å sentrere botilbudene til eldre personer. Dersom behovet for hjelp blir for stort får man i denne øykommunen ikke bo hjemme lengre. En annen kommune trekker derimot frem problemet med mangel på sykehjems plasser og vanskeligheter med å finne egnet bolig for eldre som ikke kan bo hjemme fordi de trenger langtidsoppfølging etter korttidsopphold.

Så vi trenger mange nye langtids plasser. Antallet korttids plasser, hvis vi kunne bruke dem bare til korttids plasser, da tror jeg ikke det er så veldig galt. Men nå har vi rutinemessig over lengre tid hatt mer enn halvparten av korttids plassene belagt med – av folk som ikke har behov for det tilbudet [personer som venter på sykehjem], men som må i vareta i helst et verdig og godt tilbud som passer å bo i over lengre tid (Ansatt kommune 2C).

Kommunen har derfor benyttet omsorgsboliger opprinnelig tiltenkt friskere eldre til folk med f.eks. langkomment demenssykdom. Opprinnelig ble omsorgsboligene bygget med det formål at eldre skulle flytte inn mens de enda hadde et godt funksjonsnivå og klare seg med litt hjelp fra hjemmesykepleien. De har imidlertid endt opp med å bruke disse boligene til folk med betydelig hjelpebehov. Vi ser dermed en større satsning på lavere nivå i omsorgstrappen (en såkalt 'venstreforskyvning'). Dette kan gå ut over verdige botilbud for

eldre som er mer pleietrengende og trenger langtidsoppfølging, en tendens der noen eldre 'tvinges' til å bo hjemme lengre enn ønskelig.

## Å planlegge alderdommen

Et positivt tiltak som har vært testet ut og vektlagt i samtlige kommuner er helsefremmende hjemmebesøk. Helsefremmende hjemmebesøk beskrives som en proaktiv tjeneste der man reiser hjem til eldre personer over 75 år og snakker med de om å planlegge alderdommen. Her snakker de ansatte med den eldre om å tenke på hvordan egen bolig er utformet og om dagens bolig er noe som vil være hensiktsmessig inn i fremtiden. Andre tema som tas opp er brannsikkerhet, fallforebyggende tiltak, sosiale tilbud, treningstilbud og spørsmål om fremtidsfullmakt. Intensjonen er å redusere gapet mellom samfunnets potensielle fremtidige krav i møte med redusert funksjon hos den eldre personen.

Av de seks casekommunene er det kun en som fortsatt har helsefremmede hjemmebesøk som en fast tjeneste med egen budsjettpost. De øvrige kommunene har lagt ned tilbudet av økonomiske årsaker, det vil si at det var slutt på prosjektmidler på tross av gode erfaringer. Videre omtales også Leve hele livet reformen som en holdningskampanje. Mange ansatte opplever imidlertid at det kan sitte langt inne for eldre personer som bor i kommunenes utkant å tenke på å flytte fra eget hjem.

Der du bygger der bor du! Det er ikke sånn som i byene at du selger eneboligen og flytter inn i en leilighet når du blir gammel. Du bor hjemme så lenge som du absolutt klarer, uansett hvor mange tjenester du får eller ikke (Ansatt kommune 1B).

Her handler det gjerne om tryggheten ved eget hjem hvor de eldre kanskje har bodd igjennom livet, men også at eldre ofte vegrer seg for de økonomiske følgene ved å selge egen bolig og kjøpe ny privat leilighet. I forbindelse med dette diskuterer ansatte, pårørende og brukere i flere kommuner hva som er kommunens ansvar og hva som er individets ansvar. Derimot enes det om at bolig er privat, mens tjenester er et offentlig ansvar.

Det er en endring i tankegangen hos ansatte og brukere til at en skal ta ansvar for eget liv. Det har lenge vært sånn at når du blir 69 så skal du få omsorgsbolig, det hører med alderen. Men du gjør ikke det lenger, det er en ny måte å tenke på (Ansatt kommune 1C).

Alle kommunene har imidlertid tilbud om tilpasning av eksisterende bolig med hjelpemidler når behovet først har meldt seg. Dette kan for eksempel være å tilrettelegge på ett plan i huset eller å gjøre det sikkert og fremkommelig å komme seg rundt.

Det var vel hun fra demensavdelingen som var inne. Så koblet de inn vaktmesteren og la inn sånn dørklokke og litt sånne småting som alarm i sengen og litt sånt – brannalarm, tror jeg, eller noe sånt. Så det var veldig kjapt og veldig bra. Vi bor i en god kommune, altså. Det må jeg si (Pårørende kommune 2C).

Nedlegging av helsefremmede hjemmebesøk som en fast tjeneste gjør det proaktive arbeidet med fokus på tidlig innsats litt mer tilfeldig i de fleste kommunene. Likevel er det særlig to kommuner som har satt dette holdningsskapende arbeidet i system. Gjennom frivilligsentralen blir det arrangert seniormesse og temakvelder der temaene diskuteres.

Spesielt er det fokus på dette med fremtidsfullmakt, med sikte på at eldre skal hjem og snakke med barna sine; Hva ønsker jeg når jeg ikke lenger kan ta vare på meg selv?

En av kommunene har også etablert pop-up leilighet på kjøpesenter for å inspirere og gi små dult til de eldre i kommunen. Tilsynelatende kan det virke som at der arbeidet er satt i system, i samarbeid med andre aktører som frivilligsentralen og/eller plan og bygg, har de også kommet lengre med dette punktet i Leve hele livet reformen.

## Aldersvennlig nærmiljø

Aldersvennlige omgivelser handler om å ha mulighet til å delta på det som er viktig for den enkelte. Transport og kommunikasjon er derfor viktige tema i alle kommuner. Noen kommuner har ordnet med transportløsninger for å gjøre tilbudene tilgjengelige for eldre personer. Andre kommuner har ikke dette ennå, men ønsker det.

Vi trenger én sånn bil på øya, og den skulle ha vært kommunal. Så kanskje barnehagen kunne låne den, eller skolen, at vi kunne gjøre en avtale på det, men at i all hovedsak, så ja! Og hvis noen som bor nord, kunne ha tenkt seg å være på besøk hos noen i sør på øya, så hvis det fantes noen som kunne ha kjørt, at de kunne ha fått lov til. Eller kjørt en runde. Jeg skulle ønske at sånne ting ble litt prioritert (Pårørende kommune 2B).

Noen kommuner har satsset på å lage fine turområder for alle funksjonsnivåer, for eksempel i samarbeid med Turistforeningen. Dette kan være turveier som er egnet for rullator og rullestol. Den mest langstrakte kommunen mangler derimot gode turområder utenfor sentrum og mange eldre blir for eksempel sittende innendørs vinterstid. Noen av casekommunene har videre dialog med eldrerådet ved utforming av nye områder, lokaler eller tiltak, mens en kommune har etablert egen arena for innbyggermedvirkning, et eget møtepunkt hvor byen utformes i fellesskap.

Et annet sentralt punkt som løftes frem av flere av casekommunene er demensvennlige omgivelser. Et tiltak som planlegges igangsettes i flere kommuner er samarbeid med Nasjonalforeningen for folkehelsen, der både butikkansatte og andre servicemedarbeidere får opplæring i hvordan man kan møte personer med demenssykdom.

I forhold til andre ting som planen vår sier noe om, og som jeg synes sammenfaller mye med Leve hele livet, det er demensvennlige samfunn, hvor vi har fokus på å lære opp alle innbyggerne i kommunen, og der vi har skrevet avtale med Nasjonalforeningen, og der det har vært holdt innlegg i næringslivet om informasjon [om demens] (Ansatt kommune 2C).

De to største kommunene har også etablerte partnerskap på tvers av sektorer, der reformen henholdsvis anses mer som en samfunnsreform, kontra de andre kommunene hvor ansvaret primært ligger hos helse og omsorg og behandles mer som kvalitetsforbedring innen helse. De etablerte linjene mot forskning og utdanning er uttrykt gjennom pensjonistuniversitetet og et ønske om å få etablere et universitetssykehjem. Til syvende og sist handler det om å «nå ut» med alle gode tilbud, og her er det en vei å gå i de fleste kommunene. Skal man planlegge alderdommen og ta i bruk kommunens og seniorressursens mange tilbud må man også vite hva som finnes der ute. Det må settes i system og synliggjøres for innbyggerne.

Jeg kan etterlyse at jeg kunne få vite mer om hva som foregår for gamle, for det vet jeg veldig lite om, egentlig. Du hører det ... Så det kunne være noe de kunne gjøre. Men kanskje det begynner når en er over 80 år? (Eldre person kommune 1A).

Oppsummert så beskrives og tolkes reformen som et opprop til at eldre må ta et større individuelt ansvar. Eldre personer ønsker imidlertid å ta ansvar for egen alderdom, men dette fordrer tilgang på tilrettelagte boliger på rett sted til rett tid og gode transportløsninger. Det kan også være hensiktsmessig å vurdere tiltak slik at eldre ikke må sette seg i gjeld.

### 10.4.2 Aktivitet og fellesskap

Leve hele livet er en reform for aktivitet, deltakelse og sosialt fellesskap. Målet er å ta vare på eldre personers forhold til familie, venner og sosialt nettverk og skape gode opplevelser og møter på tvers av generasjonene. Fysisk, sosial og kulturell aktivitet skal være tilpasset den enkeltes interesser, ønsker og behov. Når livet blir ekstra sårbart, skal eldre få mulighet

til samtale, motivasjon og støtte. Tanken er at dersom man sørger for aktiviteter og fellesskap for eldre i lokalsamfunnet, gjør man ikke bare livet bedre og mer meningsfullt for mange, men dette kan også forebygge en rekke helseplager.

### **Mangfold av aktiviteter**

De ansatte, eldre og pårørende i casekommunene forteller om et mangfold av sosiale aktiviteter tilpasset eldre personer, særlig yngre seniorer. Det handler mest om ulike møteplasser for å bedrive håndarbeid eller håndverk eller annen hobbyvirksomhet, sangaktiviteter og ulike kaféaktiviteter. Noen av de sosiale aktivitetene er arrangert av frivillige organisasjoner, noen av kirke/religiøse samfunn og noen av kommunen. I flere kommuner leverer frivillige mat til eldre personer ukentlig. I tillegg arrangerer de kaféer, fellessang, trimgrupper eller andre sosiale og meningsfulle tilbud.

Masse [frivillighet]. Jeg er med på hjemmet her på lørdager. Vi er her og steker vafler og ordner og serverer. Og så er jeg på Røde Kors huset onsdag. Da er det kafé der. Det hender at vi er på hjemmet her og henter noen vi har med over dit, alt etter hvilken årstid. Ja, vi har en frivillighetssentral. Og frivillige kjører ut mat til bygdene (Eldre person kommune 2B).

Frivillige kan også hjelpe til med å følge eldre til sykehus, lege og lignende. I tillegg har den frivillige sektor besøksvenner som gjerne er spreke eldre pensjonister. Selv om antallet aktivitetstilbud og tjenester drevet av frivillige er stort, ønsker de ansatte seg flere slike, og ikke minst satt i bedre system med kommunale tilbud. De som jobber med frivillighet, sier at en utfordring er at det kan være vanskelig å få frivillige til å binde seg til faste oppdrag. De opplever et slags generasjonsskifte. Frivillige i aldersgruppen 70-80 år har ofte vært frivillig siden før de selv ble pensjonister. De har på en måte fungert som frivillig i en eller annen form hele livet. Her beskrives det imidlertid en dreining.

Min generasjon og litt opp til 60, de vil 'shoppe'. De vil bare delta én gang – kanskje. Og så er det dette her med at frivillighet er veldig ferskvare. Det du bestemmer deg for at du vil bidra med i dag, det er ikke sikkert du vil bidra med neste uke. Så det har vært en dreining, det der med å få frivilligheten til å ta gjentagende oppdrag, det tror jeg vil bli veldig, veldig vanskelig framover (Ansatt kommune 1A).

Når det gjelder tilbud om fysisk aktivitet for eldre, varierer dette i forhold til hvilken gruppe eldre det er snakk om. For de i den sprekeste gruppen kan det være snakk om å møtes på privat treningssenter eller delta i turgrupper i regi av kommunen. Flere kommuner tilbyr fallforebyggende grupper for eldre. I flere av kommunene mener de ansatte at det er behov for å bygge opp flere muligheter for turer ute, også for eldre med bevegelsesutfordringer.

For gruppen eldre som mottar tjenester, ser tilbudet om fysisk aktivitet ut til å variere noe mer. Flere får oppfølging av fysioterapeut eller tilbud om gruppetrening i forbindelse med opphold på dagsenter eller seniorsenter. Imidlertid har ikke alle kommunene tilbud om dagsenter for eldre uten demenssykdom, og dette mener de ansatte, eldre selv og pårørende i casekommunene er uheldig. Dagsenter sees på som en mulighet for å dekke eldre sine ernæringsmessige og sosiale behov og kan gi mulighet for at skrøpelige eldre kan bo lengre hjemme. Når det gjelder dagsenter er den ovennevnte transportbarrieren også en viktig problemstilling som de ansatte tar opp. Det kan derav se ut som at særlig de skrøpeligste hjemmeboende eldre blir litt «tapere» i det nåværende systemet, men at det jobbes med å styrke tilbudet for disse.

De eldre som ikke klarer å komme seg ut på tilbud sjøl, de blir sittende hjemme, altså. Før, så var det dagsenter både for personer med demens og for de uten demens. Men med innsparinger, så ble tilbudet til de uten demens kuttet. Så de har ingen tilbud hvor de blir hentet og kjørt med

drosje. Så de som ikke kommer seg dit sjøl og ikke vil bruke penger på drosje, de blir sittende hjemme (Ansatt kommune 2A).

Både ansatte, pårørende og eldre personer nevner også at det kan være utfordrende å få til nok fysisk aktivitet for eldre som bor på sykehjem. Dette ser ut til å skyldes både manglende ressurser og varierende kapasitet hos hver beboer. Pårørende etterlyser også kompetanse og engasjement for å lytte etter hva beboerne faktisk ønsker. En pårørende forslår også en type koordinerende rolle for å sikre meningsfulle aktiviteter også for de eldste eldre.

Jeg tenker, skal du skape aktivitet, må du skape aktivitet som engasjerer, det er det som gir livsglede - at du er engasjert. Jeg tenker, skal du skape noe som engasjerer, så må du nesten først lytte til pasienten, og så gå ut derfra. Hva er det de har lyst til? At jeg setter meg ned og spiller bingo med dem, ikke sikkert det er det som treffer dem. En koordinator ..., hadde ikke trengt å være fast her på hjemmet, kunne hatt en ambulerende [rolle], reist rundt for å kartlegge først, så kan du sette i gang aktiviteter senere. Men du må ha noen som er interessert, som ser muligheter og ikke bare begrensninger (Pårørende kommune 1B).

I noen kommuner er det særlig fokus på tiltak for å øke den digitale kompetansen til eldre personer. Noen arrangerer datahjelp for eldre der de samarbeider med studenter, noe som er et godt eksempel på at det i noen kommuner fokuseres på møteplasser på tvers av generasjoner også.

Så har vi datahjelp, hvor vi òg har litt generasjons ... Vi samarbeider med studenter på høyskolen som hjelper en-til-en med datahjelp. Og så er det òg i samarbeid med Seniornett, som driver aktiviteter for å øke den digitale kompetansen» (Ansatt kommune 2C).

## **Systematisering av tilbudet**

Begrepet samfunnskontakt er i liten grad brukt og ansatte, eldre og pårørende synes i svært liten grad å ha noe forhold til begrepet. De fleste kommunene har egen frivilligsentral. Den er imidlertid plassert ulikt i de ulike kommunene, noe som ser ut til å ha noe å si for hvor mye den blir brukt/skaper møteplasser på tvers. De ansatte i casekommunene uttrykker at samarbeidet mellom frivillighet og kommune må settes i system og bli synlig for flere. Noen av casekommunene har kommet lenger med dette arbeidet enn andre.

Når jeg skulle finne ut selv hva slags tilbud det er i kommunen – og det er ikke bare det som er i regi av oss her kommunalt – men at det er lag og foreninger og hva som rører seg, så måtte jeg aktivt ringe, måtte gå på nettsiden og finne – okay, dette er lag og foreninger, og så måtte jeg sende mail eller ringe. Og de er ikke lett å få tak i, så du må ganske sånn «på ballen for i det hele tatt å nøste opp i det» (Ansatt kommune 1A).

De ansatte i flere av casekommunene opplever utfordringer med å nå ut til eldre med informasjon om de ulike aktivitetstilbudene som kan passe for eldre. På grunn av mangel på digital kompetanse eller mangel på digitale medier er det utfordrende å bruke internett som informasjonskilde. Det brukes derfor stort sett lokale medier som lokalaviser for å nå ut med tilbudene. Det nevnes også at «jungeltelegrafene» brukes, som vil si at eldre som bor nær hverandre informerer hverandre. Eldre personer kan også gå på biblioteket for å få informasjon eller kontakte frivilligsentralen direkte. I de fleste casekommunene forteller de ansatte at det jobbes med å få mer systematikk i tilbudene samt å systematisere informasjonen og få den ut til de eldre i kommunen. De som jobber med frivilligheten, ønsker å lage møteplasser hvor denne typen informasjon deles med de eldre.

De ansatte i flere av kommunene forteller at transport er en barriere for at eldre skal kunne delta i ulike aktiviteter når eldre ikke lenger kan kjøre egen bil. Flere kommuner, og særlig de

små og langstrakte geografisk, har mangel på organisert transporttilbud. Det er veldig få taxier og begrenset offentlig transporttilbud. I flere av kommunene er det lange avstander og det tar det tid å hente og bringe de eldre til aktivitetene.

Vi har vel egentlig i lang tid ønsket å få en minibuss eller et eller annet transportmiddel, så det var mulig å hente eldre inn til sentrum. Men det har ikke latt seg gjøre, for aktiviteter til utkantene, det er der ikke. Det blir ensomhet og stillesittende – og (Ansatt kommune 1C).

I tråd med loven har alle kommunene tilbud om dagsenter for eldre med demenssykdom. Dette fremstår ifølge ansatte og pårørende i casekommunene som et meget viktig tiltak for å kunne tilby tilpassede sosiale og fysiske aktiviteter for denne gruppen eldre personer. I enkelte av casekommunene satses det ekstra på eldre med demens, for eksempel i form av undervisningstilbud til både de eldre og de pårørende i forhold til å mestre hverdagen med demenssykdom. Det vektlegges av casekommunenes ansatte at tidlig innsats i forhold til de som bor hjemme og har demenssykdom i tidlig fase er svært viktig.

De startet det som et forsøksprosjekt. Mamma var en av de tre første elevene. De kommer inn som voksne elever, ikke pasienter. Og de har også vært nøye med at tilbudet ikke skal ligge i et helseforetak, men i et nøytralt lokale. Det er kognitiv trening, en del praktisk trening i hverdagen – dekker på bordet og ... Og så er det fysisk å gå turer eller gjøre aktive ting. Vi kan ikke noe annet enn å skryte, og det som er veldig interessant, er at sykehuset fulgte opp mamma hvert halvt år. Men min mor scoret bedre og bedre. Hun har fremdeles lov til å kjøre bil. Hun fungerer fremdeles veldig godt i hverdagen sin (Pårørende kommune 2C).

Oppsummert er det noe ulikt i de ulike casekommune når det gjelder aktivitet og fellesskap. Kommuner som i større grad har systematisert tilbudet ser ut til å «lykkes» bedre med dette satsningsområdet. En av kommunene har opprettet et samarbeid med tjenesten «Vil mer», en tjeneste der kommunen kjøper lisens på tilgang til en databank. Tjenesten samler informasjon om relevante tilbud fra frivillige, private, lag og foreninger i en databank av aktiviteter, så kan kommunen gå inn og se hva de kan få i sin kommune og avtale f.eks. besøkssvinn eller konserter.

### 10.4.3 Mat og ernæring

Siden god og næringsrik mat er grunnleggende for god helse og livskvalitet, fokuserer Leve hele livet reformen også på mat og matglede. Målet er å skape gode måltidsopplevelser og gjennom dette bidra til å redusere underernæring. Eldre personer skal få næringsrik mat som er appetittvekkende og tilpasset individuelle behov, servert i en hyggelig ramme der valgfrihet står sentralt. I alle de seks casekommunene har de satt mat og ernæring mer på dagsorden, men hvor systematisk dette arbeidet er varierer betraktelig mellom de ulike kommunene og mellom ulike grupper eldre. I tillegg er de usikre på om arbeidet er en forlengelse av pågående prosesser eller hvorvidt det skyldes reformen.

#### **Spisefellesskap og måltidsopplevelser**

Flere av kommunene rapporterer at de har etablert spisefellesskap for eldre personer i kommunen, enten gjennom et frivillig tiltak eller som et kommunalt lavterskeltilbud. I en kommune har konseptet «Eldre ut på middag» blitt vedtatt i kommunestyret som et årlig tilbud til alle over 65 år. Dette innebærer måltid av restaurantstandard, til lav kostand med gratis transport. I en annen kommune arrangeres fellesmiddag flere ganger i uken på frivilligsentralen, hvor også beboere på sykehjem og andre boliger kan komme ned å varme opp maten sin fra felleskjøkkenet. Her får de muligheten til å spise i fellesskap med andre. En tredje kommune hadde før innføring av reformen etablert samarbeid ned næringslivet og frivillige hvor eldre blir invitert til måltid og møteplass en gang i måneden.

En av de tingene vi startet opp med i 2018, var spisefellesskap for seniorer, som går på næringsrik mat og det å skape et møtested hvor vi samarbeider med næringslivet, med restaurantdriverne, og inviterer til felles måltid en gang i måneden for en rimelig penge. Da er det nettopp det at en kommer sammen og spiser. Dette går nesten av seg sjøl nå. Så det er en av de tingene hvor vi liksom har Leve hele livet i bunnen (Ansatt kommune 2C).

Felles for alle casekommunene er at hjemmesykepleien bistår med brødmatt og oppvarming av ferdig middagsmat ved behov og de har matombringning til eldre hjemmeboende. Dette er middagsmat som lages på et storkjøkken, gjerne i tilknytning til sykehjem og/eller andre bofellesskap, og som fraktes ut en til to ganger i uken. Maten varmes deretter opp av hjemmesykepleien. Det er en felles forståelse i samtlige av casekommunene at selv om søkelyset på mat og ernæring har bedret seg for yngre seniorer, er situasjonen fortsatt ikke optimal for eldre hjemmeboende med stort hjelpebehov. Her beskrives ofte mangel på matfellesskap, de blir ofte sittende å spise alene, og oppvarmet ferdigmat fra bakker mangler ofte friske grønnsaker. Noen husker ikke at de ikke har spist. Noen kan ha glede av dagsenter, men dette er ikke et tilbud i alle kommunene, og andre steder mangler transport.

Eller de tror sjøl de har spist – og det har de ikke alltid. Men jeg ser at matombringning er ikke nok. En trenger spisefellesskap. Det kan de få på et dagtilbud, men det er ikke alle som trives på dagtilbud, og ikke er det plass til alle, heller. Men hvis vi hadde fått til ..., noen som kunne faktisk være sammen med dem og spise sammen med dem hjemme – det tror jeg hadde vært nyttig for mange (Ansatt kommune 1A).

Maten inne på institusjonene, dvs. sykehjem og andre bofellesskap, beskrives jevnt over som god og næringsrik. Alle kommunene i vårt utvalg forteller om fire måltider daglig. Bortsett fra en kommune har alle flyttet middagsmåltidet fra 13.00 til senere på dagen. Det løftes frem verdien av at maten er kortreist, lukter godt og er appetittvekkende, og at det legges til rette for fellesskap rundt bordet.

Fantastisk god. Vi har eget kjøkken, med egen kokk – og da sier det mye. Vi hadde for noen år siden – mange år siden tilbake – så var det på tale å få lagd middagen og den slags i nabofylket. Det var en skrøpelig historie, altså. Det var ikke lenge det varte, så kom det tilbake [...], det er mattiden som er høydepunktet for samtaler (Eldre person kommune 1C).

Selv om maten på institusjonene jevnt over beskrives som god og variert, og at noen får ønskekost, forteller eldre selv og pårørende at det sosiale aspektet ved måltider kan forbedres.

Helheten for å fremme gode måltidsopplevelser synes å mangle. Det er mange dårlige mennesker som bor på institusjon med reduserte ressurser, hvilket fordrer mer stimuli fra omgivelsene. Det handler om å gjøre det koselig rundt bordet og sette seg ned med beboerne.

Jeg tror det er like viktig med trivselen, at der er noe som skjer som ... Setter tv-en på og så servere, det er bare for å få dem til å sovne inn. Du må ha noe som engasjerer. Jeg tenker det at når betjeningen sitter i lag med 5 stykker og strikker, så er det ikke sånn det skal være. Men det virker ikke som at betjeningen skjønner det (Pårørende kommune 1B).

## **Systematisk ernæringsarbeid**

For å forebygge og behandle under- og feil ernæring hos eldre personer som mottar hjemmetjenester, bor på sykehjem eller annen institusjon, er det anbefalt at kommunene arbeider systematisk med ernæring. Dette omfatter kartlegging, vurdering og dokumentasjon av pasientens ernæringsstatus, vurdering av matinntak i forhold til behov, målrettede tiltak og

oppfølging. Intervjuene tyder på at samtlige kommuner ser verdien av systematisk ernæringsarbeid og tidlig forbyggende innsats, men de fleste har likevel en vei gå med hensyn til implementering. Flere av kommunene forteller at de ikke jobber systematisk med ernæring og mangler gode rutiner for kartlegging, vurdering og oppfølging.

Få satt det i system, først og fremst. Å få mer kunnskap i pleiegruppen i forhold til viktigheten av det. At dette er noe som vi må ha fokus på, sånn at vi da har en sånn rutine på kartlegging. Hvem skal vi kartlegge? Hvor ofte skal vi kartlegge? Hva skal vi være obs på? For å komme inn tidligere (Ansatt kommune 1A).

I vårt casemateriale er det kun to av seks kommuner som har systematisert kartleggingen og vurdering, og den ene av disse satte fokus på dette i etterkant av en tilsynssak.

I kommunen nå, så har vi begynt med noe som heter ernæringsvurdering. Det skal skje hver 6. uke. Da skal de vurderes, blir stilt en del spørsmål om hva de synes selv, en vekt, hvor ofte de spiser, mengder, og tannstatus. Og så har vi en screening i tillegg 2 ganger i året. Det var tilsyn fra fylkeskommunen. Da fikk vi et sånt – dette må bli bedre og dette er ikke bra nok. Da ble det tatt noen skippertak (Ansatt kommune 2A).

Særlig i de litt mindre kommunene der «alle kjenner alle», synes det å være vanskeligere å se den fulle verdien av systematisk kartlegging generelt. Dette har nok noe med at ansatte opplever at de kjenner brukerne og pårørende godt, og får slik tilgang på denne informasjonen.

Nei. Det er vel et lite punkt i kartleggings skjemaet. Det er en fordel og en ulempe at du kjenner folk så godt og at samfunnet er så lite. Jeg kan gå på fergen og få vite at Johan liker ikke syltetøy på brødskiven. Det er ikke noe du behøver å kartlegge. Du får det presentert. Dermed blir en gjerne litt sløvere (Ansatt kommune 2B).

Systematisk ernæringsarbeid krever både nok tid og kompetanse. Noen steder har ansatte vært på kurs for beriking av mat, men de opplever likevel at man ofte mangler tid til å gjennomføre dette i en hektisk hverdag. Det er også varierende hva de hjemmeboende har i kjøleskapet, altså i hvilken grad pårørende følger opp med hensyn til innkjøp. Flere steder kan man benytte seg av privat tjeneste der varer kjøres hjem, og da kan hjemmesykepleien bistå med å rydde ut av posene. Pårørende og eldre selv understreker at tiden er en viktig faktor i forbindelse med dette arbeidet. Selv om personalet er hyggelige, har de så dårlig tid, at selv om det ligger agurk, tomater og ferdig kokte egg i kjøleskapet, så blir ikke dette lagt på brødskiven. Mange eldre synes det vanskelig å si ifra og vil ikke fremstå som misfornøyde.

Altså, jeg kjøper agurk. Jeg kjøper tomater og sånne ting. Jeg koker egg. Men hvis jeg kommer dit, så sier jeg at – har de ikke hatt på tomat eller agurk og slikt til deg? Jeg vet hun er glad i det. Nei, de lager mat uten at jeg ser på, sier hun. Og jeg kjøpte store, firkantede bokser i plast, for de er så fæle til å ta opp uåpnet før det er tatt, det som er åpent, av kjøttpålegg og sånne ting (Pårørende kommune 2A).

Ansatte ser verdien i å fange opp individuelle ønsker og behov. I noen av kommunene har de innført menyer som brukere kan krysse av på, i forhold til hva slags mat de liker. En slik elektronisk løsning for bestilling av mat til hjemmeboende kan bidra til å øke valgfriheten og fleksibiliteten. Det handler om å få mulighet til å opprettholde egne spisevaner og mattradisjoner. Andre kommuner har ikke denne valgfriheten og brukerne må i større grad spise det som blir servert. Likevel er de ansatte flere steder gode på å tilpasse maten.



Så det har vel en tendens til å komme igjen mye av de samme. Men da skal det sies at her på kjøkkenet er de veldig fleksible, for vi beboerne i leilighetene her – og kanskje spesielt ved det at jeg innehar en viss frekthet, så oppfordret vi kokken på kjøkkenet om det ikke kunne gå an å lage noe annet, til forandring? Og det var like før jul vi foreslo lutefisk - og da gjorde han veldig fin lutefisk (Eldre person kommune 1A).

Oppsummert kan vi si at etablering av spisefellesskap har blitt mer satt på dagsorden, særlig hos yngre seniorer. Når det gjelder systematisk ernæringsarbeid hos hjemmeboende skrøpelige eldre er det fortsatt en vei å gå i flere av kommunene.

#### 10.4.4 Helsehjelp

Leve hele livet hevder å være en reform som skal skape de eldres helsetjeneste, hvor fokuset skal være hva som er viktig for den enkelte. Brukermedvirkning står sentralt der de eldre skal føle seg verdsatt og være involvert i beslutninger som gjelder dem selv. Et sentralt poeng er at de skal få muligheten til å bo hjemme så lenge som mulig, men samtidig være trygge på at den dagen de trenger et høyere omsorgsnivå, så skal de få dette.

##### **Innsats for å mestre hverdagen lengre hjemme**

Grunnet variasjoner blant annet i størrelse og geografi på casekommunene varierer det hvordan de jobber med å løse utfordringer knyttet til helsehjelp. Med bakgrunn i dette varierer organisering av tjenester for eldre fra kommune til kommune. Et markant funn fra intervjuene med de ansatte var den store variasjonen i grad av fokus på å tilrettelegge for hverdagsmestring i hjemmet. I enkelte kommuner lønner deg seg økonomisk å gi eldre med fallende funksjonsnivå plass i langtidsinstitusjon fremfor hyppige hjemmetjenestebesøk på grunn av lange geografiske avstander. Resultatet blir at eldre i disse casekommunene kan bo flere år på institusjon. I andre kommuner derimot er det svært vanskelig å få innvilget langtidsplass i institusjon og man setter inn mye ressurser på å tilby ofte avanserte helsetjenester i hjemmet til den eldre flere ganger i døgnet.

Jeg tenker at de som er ansatt i hjemmetjenesten bør ha kompetanse på hva kommunen kan tilby, for å slippe at pårørende vil begynne en prosess og søke når du egentlig vet at det er masse kriterier som må til før man kan søke, at man kan øke hjemmetjenesten, gi tilbud på det vi har, så man sparer de pårørende. Kanskje de tror at nei, nå har jeg vel en sjanse? Nei, du har jo ikke det, for man kan prøve masse før den tid» (Ansatt kommune 2C).

I flere av casekommunene uttrykte de ansatte, pårørende og eldre personene at nåløyet har blitt for trangt i forhold til å motta langtidsplass og at antall langtidsplasser bør økes. Det ble oppfattet som at det nesten er ensidig fokus på fysisk funksjonsfall for å få langtidsplass. Det tas i for liten grad hensyn til at mange eldre etter hvert blir utrygge i eget hjem og ønsker seg et høyere omsorgsnivå av psykiske eller sosiale årsaker. Man ser slik konturene av et slags kontinuum fra større vektlegging av at eldre oppfordres til å bo hjemme til større vektlegging av at de oppfordres til å bo på institusjon.

Men at det er mange som da ønsker veldig å få komme i et annet omsorgsnivå, som da... Snakket med en forrige uke, og som ber om å få hjelp til å søke fast plass på sykehjemmet, hvor jeg da sier det at jeg kan hjelpe deg å søke, men jeg må òg si noe om at det er et nåløye. Og vedkommende scoret altfor bra. Men det går på trygghet, og det går på mestring i hverdagen, og det går på ... Ja, det er veldig den der tryggheten (Ansatt kommune 1A).

Valgfriheten til den enkelte eldre synes innskrenket grunnet kommunenes økonomiske situasjon. I tillegg beskriver de ansatte et behov for økt kompetanse i forhold til at brukere med stadig mer komplekse problemstillinger skal få tjenester i hjemmet. Videre har casekommunene i ulik grad tatt i bruk velferdsteknologi som løsning for å kunne bo tryggere hjemme lengre. Enkelte kommuner beskriver f.eks. bruk av elektroniske medisindispensere som muliggjør egenmestring av medisininntak lengre. Andre beskriver bruk av GPS på personer med demenssykdom. Men selv om det foreligger teknologi, så er det viktig å understreke at denne er ikke alltid tilgjengelig enda. Implementeringen her går langsomt.

Det finnes ikke her i kommunen, så det kjøpte jeg privat. Jeg bestilte GPS som er koblet på telefonen. Jeg har jobbet mens han har vært hjemme ..., hjemme alene i mange år. Og da kunne jeg sitte på jobb og se hvor han var hen, om han var ute og gikk en tur, og om han var på avveie, så jeg kunne kjøre og hente ham. Så jeg har kunnet gjøre det. Jeg syntes det var et fantastisk hjelpemiddel å bruke GPS (Pårørende kommune 2A).

Mange eldre har et økende behov for å løse praktiske oppgaver i hjemmet som eksempelvis å få skiftet lyspærer, klippe plen og måke snø. Siden dette ikke går under definisjonen av helsetjenester beskrives det som uklart hvem som skal ha ansvar for dette, særlig dersom eldre ikke har pårørende til å hjelpe seg. Praktisk bistand til slike oppgaver beskrives som et neglisjert punkt av ansatte, eldre personer og pårørende i casekommunene.

### **Mangel på systematisk proaktiv tankegang**

Fokuset på hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering gjennom målrettet fysisk trening for å kunne bo lengre hjemme er ulikt vektlagt i casekommunene. Noen kommuner har fungerende hverdagsrehabiliteringsteam for å forebygge tap av fysisk funksjon og utsette behovet for helsetjenester i hjemmet. I motsetning til dette etterlyser spesielt de ansatte i kommunene økt fokus på proaktive og rehabiliterende tjenester. De synes det er utfordrende å fange opp eldre med behov for mestrings- og forebyggingstjenester tidlig nok. Dette gjelder alle eldre, men kanskje særlig i forhold til kognitiv svikt og demenssykdom. Det er ofte i forhold til eldre med demens at det oppleves som mest utfordrende å tilrettelegge for mestring og livskvalitet i hjemmet.

De ansatte mener at tidligere innstas for eldre uten tjenester vil gi uttelling senere, men de oppfatter at ressursene til forebygging er få og at de må ha oppmerksomheten på de som allerede trenger helsehjelp i hjemmet og på institusjon. Mangelen på proaktive tjenester satt i system er dermed et viktig funn fra intervjuene med de ansatte og pårørende i casekommunene. Det kommer frem at et viktig forbedringspotensial knytter seg til å gjennomføre systematisk og målrettet kartlegging og oppfølging av eldre med begynnende svikt i fysisk eller kognitiv funksjon.

Ja, og vi vet jo at reformen setter fokus på forebyggende arbeid. Kommunen, de tenker nok at det smerter minst å ta bort tjenester der en forebygger. Så kan vi andre tenke at det er å gå baklengs inn i fremtiden (Ansatt kommune 2C).

De eldre personene som ble intervjuet uttrykte på tvers av casekommunene at de er fornøyde med helsetjenestene som gis, men ikke alle opplever at det som er viktig for dem blir utforsket eller hensyntatt. Der de eldre opplever at helsetjenesten svikter tillegger de dette ressursmangel og systemfeil heller enn mangel på kompetanse hos tjenesteutøverne.

Som pasient, når jeg lå der, var jeg veldig nedfor og veldig sliten. Jeg hadde en rus, omtrent. Det var forferdelig. Det var veldig lite tid til å komme inn for eksempel og spørre hvordan det går med deg. Det savnet jeg nok. Men det var en dame som var helt fantastisk. De har jo mye å gjøre, så du skal ikke bebreide dem (Eldre person kommune 1C).

De pårørende uttrykte mer varierende grad av tilfredshet med helsetjenesten til sine familiemedlemmer. Særlig er det mange som er bekymret for at det sosiale rundt mat og måltider ikke blir ivaretatt godt nok i det daglige og de ønsker at tjenestene i større grad kunne tilby samspising.

### **Pårørende som ressurs**

Fra intervjuene med de pårørende, de ansatte og eldre personer kommer det frem at de pårørende er en svært viktig ressurs både i forhold til å oppdage behovet for helsehjelp, det å søke om dette og være den eldre sin stemme inn mot helsetjenesten. De pårørende oppleves som svært viktige for livskvaliteten til de eldre. De pårørende og ansatte sier at det ville vært mye mer press på helsetjenestene dersom de pårørende ikke gjorde en innsats. Videre beskrives det at det kan være slik at de eldre som har pårørende som taler deres sak får bedre tilgang til helsetjenester. De opplever også dette som et tankekors sett i lys av at tjenestene skal være likeverdige og rettferdige.

Det var vi som ordnet opp og sto for de tiltakene mor og far skulle ha. Hele veien har vi følt at vi har vært privilegerte som har jobbet i helsesektoren begge to. Og vi har mange ganger sagt at stakkars dem som ikke har de ressurssterke pårørende til å kunne stille opp for dem. Det er et tankekors (Pårørende kommune 1A).

I forhold til proaktive tjenester beskrives pårørende som viktige når det gjelder å oppdage tidlige tegn på funksjonsfall og demenssykdom, siden tjenester som gjør den oppsøkende forebyggende jobben i de fleste casekommunene fortsatt er manglende. De pårørende uttrykker jevnt over at de gjerne skulle hatt mer informasjon fra helsetjenestene og gjerne at informasjonen kom tidligere. Også dette med systematikk blir trukket frem som viktig.

Jeg føler kanskje ... Noen ganger tenker jeg det skulle vært to møter i året eller noe sånt, kanskje. Jeg har aldri hatt møter sånn. Jeg har liksom bare snakket med dem. Det er sånn her at vi kjenner til og med dem så godt at når vi møtes på butikken, så begynner vi til og med å prate – dessverre, kanskje (Pårørende i kommune 2B).

De ansatte i casekommunene synes å være bevisste på viktigheten av samarbeid med pårørende og å anerkjenne deres rolle i eldre personers liv. Det beskrives bl.a. at tjenestene jobber med å systematisere arbeidet i forhold til å informere og inkludere pårørende.

Nå har vi prøvd ut litt hos oss med at vi har faktisk en sånn uformell samtale en gang i måneden med pårørende. De får muligheten til å velge om de ønsker å ha den samtalen eller ikke. Jeg har ikke opplevd noen som har takket nei, bortsett fra hvis ikke vi har en verge. Bortsett fra det, så er alle veldig glade for det. Da ser en at en får dekket behovet for informasjon. Man blir kjent med dem på en helt annen måte, og en forebygger veldig mye uro og misforståelser (Ansatt i kommune 2C).

Et systematisk arbeid med pårørende er nok lettere inne på institusjon hvor man ser pårørende mer regelmessig enn i de hjemmebaserte tjenestene.

### **10.4.5 Sammenheng i tjenesten**

Leve hele livet er en reform for å skape et mer sammenhengende tjenestetilbud til eldre og deres pårørende. Målet er å gi eldre økt trygghet og forutsigbarhet gjennom pasientforløp og overganger mellom eget hjem, sykehus og sykehjem og færre ansatte å forholde seg til. I tillegg er målet å gi pårørende støtte og avlastning slik at de ikke sliter seg ut.

I alle de seks casekommunene har sammenheng i tjenestene vært et fokusområde siden samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Man ser imidlertid at både ulik kommuneøkonomi og geografiske forskjeller har direkte innvirkning på arbeidet.

### **Horisontal samordning av helse- og omsorgstjenester**

En horisontal samordning av tjenester innebærer koordinering blant annet mellom fastlegen og hjemmetjenesten, samt sømløse overganger innad i kommunen som for eksempel fra hjem til omsorgsbolig eller overgang til sykehjem. I de tre minst befolkede kommunene oppleves tilbudet på omsorgsboliger og korttidsopphold som tilstrekkelig. Dette handler både om stabil kommuneøkonomi, samt geografiske utforminger som gjør det mer bærekraftig å få eldre personer med stort hjelpebehov tidligere inn i omsorgsbolig eller på institusjon.

Vi er veldig heldig. Vi bor i en kommune med god økonomi og god bemanning både inne og ute. Alle får korttidsopphold når de trenger. Det er alltid ledige rom. Aldri opplevd at ikke vi kan ta imot noen pasienter. Der er kommunal øyeblikkelig hjelp. Den bruker vi så å si ikke. Og boliger. Stort sett ledige boliger. De som får nei, har grei bolig i sentrum. Hvis det er ute i distriktet, så er terskelen for å få bolig mindre. Det gir en veldig trygghet. Ja, så de er stort sett veldig fornøyde, både pårørende og pasienter (Ansatt kommune 1C).

De tre kommunene med størst innbyggertall opplever på mange måter det motsatte. Her er terskel for å motta høyere omsorgsnivå betraktelig større, og det beskrives en mangel på langtidsplasser som igjen fører til at korttids plassene er blokkert av personer som venter på langtids plass, særlig av personer med demenssykdom. Dette representerer en barriere for sammenheng i tjenesten og for opplevd kvalitet. Selv om helsetilbudet jevnt over beskrives som bra i de seks casekommunene, er det flere som sliter med både å rekruttere og holde på fastleger. Fastleger er et viktig knutepunkt for samhandling blant en rekke aktører. Dette gjør noe med opplevd kontinuitet blant både ansatte, eldre personer og deres pårørende.

Fastlegesystemet er et ømt punkt i kommunen. Min fastlege, som jeg hadde for tre år siden, han tror jeg døde. Og så ble det oppnevnt en ny, som var en ganske ung mann, men han ..., han fikk vel tilbudet, men godtok det ikke. Så for tiden er jeg uten fastlege. Og det er ikke noe lystelig egentlig. Det er sånn som vi snakker om (Eldre person i kommune 2A).

Når det er få langtidsplasser, må også svært skrøpelige eldre personer bo hjemme med bistand fra pårørende og helse- og omsorgstjenestene. En viktig tjeneste som pårørende fremhever, som gjør at mange eldre personer kan bo hjemme, er rullerende korttidsopphold. Dette gir til pårørende som har mye pleiansvar hjemme en pause, samtidig som det kan bedre pasientens funksjon. Dette illustrerer nok en gang hvordan adekvate boligtilbud og helse- og omsorgstjenester som endel av innsatstrappa er en premissleverandør for å oppnå kvalitet i tilbudet.

Ja, hun har sånn turnus, 2 uker på korttidsavdelingen, så 2 uker hjemme. Men ellers, så fungerer det opplegget greit, og jeg synes det fungerer for meg. Ja, hun har litt fysisk trening, sånn at hun pleier å være litt sprekere når hun kommer hjem (Pårørende kommune 1A).

### **Vertikal koordinering av helse- og omsorgstjenester**

Det vertikale samarbeidet handler om samhandling på tvers av sektorer som overgang fra sykehus til hjem. I lys av raske utskrivelser fra sykehus må kommunene i økende grad håndtere flere, sykere og mer komplekse pasienter eller brukere. Dette har også gitt grobunn for etablering av korttidsopphold i sykehjem og såkalte helsehus, et godt supplement i tjenestekjeden, men også en ytterligere overgang som kan komplisere samhandlingen.

Flere av kommunene har satsset på «Gode pasientforløp», en satsning som bygger på to grunnsteiner. Den ene er en pasientforløpsmodell kalt Helhetlige Pasientforløp i Hjemmet (HPH modellen) og den andre er en personsentrert retningsendring illustrert med spørsmålet Hva er viktig for deg? Sammen utfyller de hverandre for å kunne gi den eldre pasienten helhetlige, koordinerte og målrettede tjenester.

Det skal skrives sjekklister ved innleggelse og ved utskrivelse. Da skal de nødvendige opplysningene være der. Så har man hjemmebesøk den dagen de kommer hjem, for å kartlegge. Vi benytter sjekklister her, og det skal jo benyttes. Det er veldig god informasjon der. Det må jeg si (Ansatt kommune 2C).

Noen kommuner opplever utfordringer med samhandlingen med spesialisthelsetjenesten. For eksempel kunne en ansatt i en av kommunene fortelle at fra et spesielt sykehus kunne pasienter fortsatt komme uten epikrise.

Det er vanskelig, spesielt når pasientene kommer fra det ene sykehuset, for der får vi ikke epikrise først. Ja, hva skal vi gjøre, når vi kun vet at det er amputert sånn eller operert sånn? Pasienten hadde med seg epikrisen sjøl. Pasienten var koronasmittet, skulle ha alle tiltak. Ja, skal jeg gå inn dit og utsette meg for smitten først da, før jeg ser hva jeg skal gjøre for noe, og hva jeg skal ha med meg? Så har de ikke bestilt noe medisin. Og det er fredag. Vi har ikke noe medisin, og apoteket er stengt. Det er rotete (Ansatt i kommune 2B).

Selv om ikke alle kommunene har tatt i bruk HPH modellen og samhandlingen på tvers av sektorer er tidvis uryddig, forteller alle kommunene at de er opptatt av hva som er viktig for den eldre og at de benytter «Hva er viktig for deg?» tilnærmingen inn i sin praksis. Imidlertid trekker flere kommuner frem at det ofte er viktig for pasienten å få løst praktiske oppgaver (som f.eks. å skifte lypærer) i hjemmet i forlengelse av en sykehusinnleggelse. Dette vektlegges ikke i like stor grad av kommunen, og et gap mellom behov og tilbud oppstår. I tillegg etterlyser flere eldre personer selv mer fokus på psykisk helse.

### **Personsentrerte tjenester**

Personsentrerte tjenester handler om å sette den eldre pasienten i fokus og å prøve å forstå hvordan vedkommende opplever sin situasjon og omgivelsene rundt seg. Basert på dette vil man tilrettelegge for et støttende miljø og et individuelt tilpasset tjenestetilbud. De seks casekommunene beskriver at de etterstreber å jobbe personsentrert i kommunene med færrest innbyggere, der typisk alle kjenner alle, ser de ikke helt nytten av systematisk kartlegging og opplever at de jobber personsentrert i sin praksis. I intervjuene løftes det også frem at små plasser har mindre struktur, men desto mer fleksibilitet til å møte den enkelte.

Den personsentrerte omsorgsbiten tror jeg egentlig vi er veldig, veldig god på, uten at vi tenker nødvendigvis så godt over det sjøl. Sjøl om det ikke er kartlagt og står i et skjema, så tror jeg egentlig at vi er veldig gode på det her. Ja. Det som er kanskje litt spesielt, er at her i kommunen, så kjenner man de som kommer inn ganske godt fra før. Man kjenner familien. Man vet hvem de er. Den kartleggingsbiten med skjemaer der du fyller inn, er nok ikke brukt så mye her som den sikkert er på større sykehjem (Ansatt kommune 1B).

Noen ganger blir personsentrert omsorg mer et ideal enn en realitet. Særlig pårørende beskriver at helsepersonellens evner til å se den enkelte er veldig personavhengig. Å jobbe personsentrert krever ressurser og kompetanse, særlig i forbindelse med langtkommen demenssykdom. En pårørende til en person med tidlig demens beskrev til slik:

Man kan ikke bruke samme kammen på alle. Personsentrert ..., vil si at pleierne må ha en liten skuespiller i seg. For da må du gå inn og ta 'titten' dit du kommer hver gang. Men det er klart, hvis dine holdninger skal skvette gjennom hele tiden – uff, jeg tåler ikke det, jeg liker ikke – altså, hvis det er du som går inn hele tiden på alle rommene, så er det klart at da blir ikke pasienten i fokus, for du må gå inn som «hjelperen», og da må du ta 'titten' dit du kommer (Pårørende kommune 2A).

Et gjennomgående tema i flere kommuner er bekymringen rundt en fremtidig mangel på helsepersonell, hvilket fremstår som en trussel mot kontinuitet i pleien. I samtlige kommuner kunne de fortelle om høy turnover blant personell og små stillingsandeler.

Ja, vi har ikke folk. Og noen ganger, når en har så lite ressurser, og så svak bemanning, så har en faktisk ikke evne til å ta i bruk hjelpemidler man kunne ha brukt. Da blir vi frustrert. Vi sliter. Vi har vært over hele området og sett om det var noen vi kunne ha lært opp, for å ha til vikar. Inne hos oss [på demensavdelingen], så er det spesielt på helg, for vi har sånne 20% stillinger. Dem har vi folk som går i, men ikke i alle da (Ansatt kommune 2B).

Funnene i de seks casekommunen tyder på at, selv om man har satt fokus på arbeid med pasientforløp og personsentrert omsorg, er det fortsatt mange eldre og pårørende som opplever en oppstykket tjeneste som mangler helhet. Mange ansatte står likevel på daglig og strekker seg det lille ekstra for å skape forutsigbarhet for pasienter og deres pårørende.

Jeg har det veldig bra. De er bare snille. Du blir tatt på alvor. Mange steder så blir man liksom – man er ingenting. Pøh, gamle mennesker. Men her er vi ordentlige mennesker. Alle tar vare på oss og alle tar oss på alvor (Eldre person kommune 1A).

## 10.4.6 Diskusjon

Sentralt i både Leve hele livet reformen og sunn aldring rammeverket er heterogeniteten i den aldrende befolkningen. Begge steder skilles det mellom tre hovedgrupper eldre med ulike funksjonsevner som må hensyntas på ulike måter, både i form av å øke den enkeltes indre kapasitet, men også ved å redusere miljøets eller omgivelsenes krav. Denne heterogeniteten ser vi på som en av de viktigste utfordringene for casekommunene.

### **Gruppen eldre med god helse og funksjonsevne**

Vi fant at gruppen eldre personer med god helse og funksjonsevne stort sett har flere muligheter for aktivitet og fellesskap i regi av kommunene eller frivillige organisasjoner. Fra denne gruppen eldre deltar også flere i frivillig arbeid for grupper av eldre med lavere funksjonsnivå, f.eks. ved å bidra til aktiviteter for eldre på sykehjem. Mange steder er det også etablert fast tilbud om spisefellesskap for yngre seniorer, noe som ofte også er drevet i regi av frivillige organisasjoner. I Norge er det et politisk mål å øke deltakelsen i frivillige organisasjoner. Dette er begrunnet med at frivillig arbeid er en kilde til demokratiutøving, fellesskap og kompetanse der frivilligheten avdekker behov og finner nye løsninger, samt fremstår som en viktig bidragsyter i arbeidet med folkehelsen (Kulturdepartementet, 2018). Dette kan ses i lys av at kommunene de siste årene har fått et større ansvar for å utvikle og integrere helse og omsorgstjenester (Samhandlingsreformen, 2012), samt å fremme et bærekraftig folkehelsearbeid i kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019a).

Selv om tilbudene til eldre personer uten hjelpebehov beskrives som rikt i alle casekommunene er det fortsatt behov for å sette tilbudene mer i system, altså samordne kommunale og frivillige tilbud og synliggjøre disse for de eldre personene i kommunen. I vårt materiale har fem av de seks casekommunene etablert frivilligsentraler, mens den siste

kommunen har etablert helsestasjon for eldre. Frivilligsentralene er en kommunal tjeneste hvor målet er å fremme helse og å forebygge sykdom ved å gi tidlig hjelp til å endre levevaner og mestre helseutfordringer. Frivilligsentralen skal bidra til redusert sykdomsbyrde og sammenhengende helsetjenester, og være en samarbeidspartner i kommunens folkehelsearbeid (Helsedirektoratet, 2019).

Både kommunalt ansatte, eldre personer og pårørende trekker frem mangelfull samhandling og koordinering av kommunens samlede aktivitetstilbud som en gjennomgående utfordring. Det er få som har hørt ordet samfunnskontakt eller at det finnes en koordinator for det samlede tilbudet. Mange kommuner har ikke brukt tid på å kartlegge hvilke foreninger som finnes i nærområdet eller utviklet en frivillighetspolitikk, som et utgangspunkt for samarbeid med frivilligheten. Dette fører til at ressursene frivilligheten representerer i liten grad utløses fordi det ikke er utviklet konkrete tiltak i dialog med frivilligheten. Hvilke tilbud som eldre personer får høre om er derfor svært tilfeldig og det etterlyses bedre samarbeidsmetoder på området (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2015).

Casekommunenes fokus for gruppen eldre med god helse og funksjonsevne ligger i stor grad på forebyggende hjemmebesøk og planlegging av alderdommen. I alle seks casekommunene har de erfaring med forebyggende hjemmebesøk, men det er kun en av kommunene som fortsatt har tilbudet på tross av gode erfaringer. De oppgir at dette skyldes mangel på penger etter prosjektslutt. Kommunen som praktiserer tilbudet i dag, har fått dette som egen kommunal budsjettpost. Helsepersonell generelt synes det er dumt at dette tilbudet har frafalt og at man derav risikerer å ikke fange opp eldre med behov for tilbud tidlig nok. Erfaringene underbygges i en Phd-avhandling som undersøkte tjenestemottagere og sykepleiere som utfører forebyggende hjemmebesøk, og deres erfaringer med nytte av langtidsoppfølging med årlige besøk. Tøien (2019) fant at besøkene kunne bidra til trygghet, opplevelse av verdi, bedre evne til å klare seg selv og til å opprettholde aktiviteter som var viktige for å ha gode liv. En forutsetning var at sykepleierne klarte å etablere et konstruktivt, tillitsfullt samarbeid med brukeren over tid.

Både eldre selv, ansatte og pårørende ser verdien i å planlegge egen alderdom. Leve hele livet blir i så henseende beskrevet som en holdningskampanje, som det bør jobbes videre med. Det handler om å vise muligheter og bistå den eldre i planleggingen av fremtiden. Her er nettopp forebyggende hjemmebesøk en arena for samtale, men også samlinger gjennom frisklivssentralen. Vi opplever gjennom vårt materiale at de aller fleste ønsker å bo i egen bolig og være delaktig i planleggingen av egen alderdom. Det samme underbygges i en nylig NOVA-rapport (Sandlie et al., 2023) hvor et stort flertall seniorer ikke vil bo på sykehjem selv om de blir pleietrengende. Dessuten mener bare 12% at det kun er samfunnets ansvar å sikre at eldre får tilpasset bolig dersom behov. I den forbindelse blir aldersvennlige boliger viktig. Vi finner i vårt materiale noen utfordringer knyttet til økonomi. I langstrakte kommuner der aldersvennlige boliger bygges sentrumsnært kan det bety at personer som vil bytte til disse boligene må selge egen bolig med tap. Mange vil ikke sette seg i gjeld eller får kanskje heller ikke lån til å finansiere en slik bolig. Her blir det viktig å se på bærekraftige løsninger i fremtiden, f.eks. tilskudd eller bofellesskap i samarbeid mellom utbyggere og kommunen.

## **Hjemmeboende eldre med behov for tjenester**

Selv om mange hjemmeboende eldre med behov for tjenester opplever tilstrekkelig hjelp, rapporterer både pårørende, ansatte og eldre at en betydelig andel skrupelige eldre som bor hjemme ikke får tilstrekkelig hjelp. I lys av sunn aldring innebærer dette at gapet mellom omgivelsenes krav og individets kapasitet er stort (World Health Organization, 2015). De har et betydelig redusert funksjonsnivå og risikoen for at denne gruppen må over på institusjon er stor.

Overordnet ser vi en tendens til at casekommunene har størst utfordringer med tanke på å imøtekomme denne gruppa sine behov, kanskje særlig i forhold til området fellesskap og aktivitet samt mat og ernæring. Mange har også ernæringsmessige utfordringer og ikke alle får mulighet til spisefellesskap. Vårt materiale illustrerer at kartleggingsarbeidet knyttet til mat

og ernæring ikke er satt godt nok i system og at det mangler kompetanse på området. Dette samsvarer med en Phd-avhandling fra 2020 som undersøkte eldre personers og ansattes erfaringer med kommunalt ernæringsarbeid. Systematisk kartlegging av ernærings er fortsatt ikke implementert over alt, og ernæringsomsorgen bør i større grad være mer personsentrert og fleksibel for å kunne ivareta individuelle behov (Hillestad, 2020).

I lys av aktivitet og fellesskap har denne gruppen eldre behov for støtte og transport for å komme seg til sosiale aktiviteter, noe som er en utfordring i flere av casekommunene. Både ansatte, pårørende og eldre personer løfter frem at det ikke er nok tilbud og aktiviteter for denne gruppen. Hjemmetjenesten har ikke nok tid og de blir fort sittende alene i eget hjem. Funnene samsvarer med en studie av Gautun og Grødem (2015), og en fersk undersøkelse utført av Røde Kors (Flor, 2022). I sistnevnte undersøkelse forteller frivillige besøksvenner om eldre som har behov for hjelpemidler for å komme seg ut av hjemmet, men som ikke får det og dermed blir sittende inne. De forteller også om en betydelig andel ensomme eldre, og om eldre som blir sittende hjemme uten å ha noen å snakke med. Resultatene peker mot at kommunene må legge bedre til rette for adekvate tilbud på aktivitet og fellesskap med mulighet for transport også for hjemmeboende eldre personer uten demenssykdom.

Pårørende fremstår som en viktig ressurs for å møte behovene til hjemmeboende eldre som trenger tjenester. Dette gjelder særlig behov for fellesskap og aktivitet samt bistand til å løse praktiske oppgaver i hverdagen som ikke tilbys av casekommunene. Dette understrekes også i en nylig landsdekkende studie der i overkant av 6000 pårørende rapporterte at de i betraktelig grad bistår med arbeidsoppgaver som ikke løses av det offentlige, deriblant praktiske og digitale oppgaver (Gautun & Bratt, 2023). I vårt datamateriale beskrives pårørende som en forutsetning for at mange kan bo hjemme så lenge som de faktisk gjør. Det som trekkes frem som særlige viktige avlastningstiltak for pårørende er tidlig nok og god informasjon på hva som faktisk finnes av muligheter i kommunen, teknologiske løsninger som f.eks. GPS og mulighet for korttidsopphold i institusjon (rullerende avlastning).

De ansatte i kommunene snakker mye om å få komme tidligere til med forebyggende innsats for de med fallende funksjonsnivå og normal aldring med kroniske sykdommer. Hensikten er å i størst mulig grad forhindre at de havner i gruppen av eldre med omfattende hjelpebehov og behov for langtidsplass. Dette er i tråd med «sunn aldring» som foreslår at helsevesenet går inn med forebyggende innsats for å bremse ytterligere reduksjon i funksjonsnivå samt at omgivelsene fremmer individets kapasitet og fjerner barrierer for deltagelse som for eksempel manglende transporttilbud (World Health Organization, 2015). De ansatte opplever at de trenger mer ressurser til å kunne fange opp eldre med risiko for skrøpeligheit tidlig nok. Ofte er de avhengige av at de pårørende oppdager redusert fysisk eller kognitiv funksjon og varsler kommunens helsetjenester om dette. En slik proaktiv tilnærming belyses bl.a. gjennom WHO sine nye retningslinjer knyttet til fallforebygging der de foreslår systematisk kartlegging utført av helsepersonell av alle eldre over 65 år (Montero-Odasso et al., 2022).

### **Eldre personer med omfattende hjelpebehov**

Eldre personer i institusjon beskrives av eldre selv, pårørende og ansatte som en gruppe som i større grad får sine behov dekket, særlig sammenlignet med hjemmeboende skrøpelige eldre personer. De pårørende har ofte en sentral rolle som talsperson og bidragsyter for beboere i sykehjem, og i tråd med forskning viser vårt materiale at samarbeid med pårørende utgjør en sentral del av en personsentrert omsorg og kan øke kvaliteten i tjenestetilbudet (Nakrem & Hynne, 2017). Selv om det enkelte steder kan være mangel på aktivitetstilbud blant eldre personer i institusjon har likevel denne gruppen i større grad tilbud om spisefellesskap og mulighet for sosialisering dersom de ønsker dette. Dette er også en gruppe der man har kommet lengre med systematisk ernæringsarbeid og flere beskriver tilpasset kost.

Imidlertid, når det kommer til den skrøpeligste gruppa eldre synes casekommunene å ha ulik praksis i tildeling av fast institusjonsplass avhengig av både økonomiske og geografiske ulikheter. I noen av kommunene ser vi en tendens til at de eldre som defineres som i risiko



for institusjonalisering faktisk burde få en fast institusjonsplass tidligere enn det som er tilfellet med dagens praksis. En evaluering av Samhandlingsreformen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene underbygger dette. Terskelen for å få innvilget tjenester har blitt merkbart høyere grunnet knappe ressurser i forhold til de økte behovene. Mange skrøpelige eldre bor i eget hjem med for lite hjemmesykepleie og andre hjemmetjenester. Flere kommuner opplever økende rift om behov for langtidsplasser i sykehjem. En økende knapphet på sykehjemsplasser og hjemmetjenester utfordrer et helsevesen som er lovpålagt behovsstyrt, og basert på likhet og rettferdighet (Haukelien et al., 2015). Her synes det som at skrøpelige hjemmeboende eldre kan bli «taperne» i et system som i for liten grad er forberedt på behovet for langtidsplasser og som strekker strikken langt før den eldre kommer gjennom nåløyet og får en fast sykehjemsplass. Dette truer kvaliteten på tjenestene og livskvaliteten til den eldre.

Noen pårørende opplever at de må kjempe for at familiemedlemmer skal få riktige tjenester. Det synes viktig å innse at av og til er faktisk den riktige tjenesten, til rett tid, på rett sted- fast sykehjemsplass, korttidsopphold eller omsorgsbolig. Videre beskrives det noen steder at fysisk funksjonsevne har størst betydning for å få innvilget tjenester, heller enn en totalvurdering av livskvaliteten til hver enkelt. Dette underbygges i en metaetnografi<sup>45</sup> som understreker at helsetjenesten for mange eldre skrøpelige personer fortsatt fremstår som standardisert og fragmentert, hvilket truer deres opplevelse av sammenheng og kvalitet (Kvæl et al., 2022). Spesielt eldre med nedsatt funksjonsevne pga. kognitiv svikt og demenssykdom beskrives som en gruppe som ansatte i casekommunene ser utfordringer med i tiden fremover og hvor det i mindre grad er mulig å tilrettelegge hjemmet for å utsette behovet for langtidsplass. Om lag 100 000 personer lever med demens i Norge i dag, og det forventes mer enn en dobling innen år 2050 på grunn av økende antall eldre (Folkehelseinstituttet, 2021a). Ifølge SSB bor det per april 2023 omtrent 38 000 personer på sykehjem i Norge, hvorav bortimot 80% av disse har demens. Det betyr at to tredjedeler av de som har demens bor hjemme og vil ha økende behov for helsehjelp fremover (Statistisk sentralbyrå, 2023).

#### 10.4.7 Oppsummering

Basert på intervju med ansatte (N=36), eldre personer (N=17) og pårørende (N=18) i seks casekommuner har vi i dette kapittelet belyst hvordan kommunene jobber med satsningsområdene i reformen. Jevnt over utføres det mye godt arbeid i kommunene, og samtlige arbeider med prosesser innenfor reformens ulike satsningsområder. Våre data tegner en dreining av tjenestebildet mot venstre i innsatstrappa der eldre selv i større grad skal ta ansvar for egen alderdom. Dette truer kvaliteten på tjenestene og livskvaliteten til den skrøpelige hjemmeboende eldre.

#### **Gruppen eldre med god helse og funksjonsevne**

Gruppen eldre med god helse og funksjonsevne har stort sett gode muligheter for aktivitet og fellesskap i regi av kommunene eller det frivillige. Fem kommuner har frivilligsentral og en kommune har helsestasjon for eldre. Det er fortsatt behov for å samordne kommunale og frivillige tilbud og synliggjøre disse for de eldre i kommunen.

Alle kommunene har hatt forebyggende hjemmebesøk som prosjekt med god erfaring som en arena for tidlig innsats. I dag er det bare en kommune som fortsatt har dette forebyggende tilbudet. Det er ønskelig å gjeninnføre dette tilbake for å kunne snakke med eldre om boligform, fallforebyggende tiltak, tilbud i kommunene og fremtidsfullmakt.

---

<sup>45</sup> En metaetnografi er en form for kvalitativ syntetisering som anvender data fra flere studier for å fremskaffe ny innsikt i pasienter og helsepersonells erfaringer og perspektiv (Sattar et al., 2021).

Eldre ønsker stort sett å ta ansvar for egen alderdom. Aldersvennlige boliger lokaliseres ofte sentrumsnært. Dette er positivt for å fremme deltakelse og tilgjengelighet, men bakdelen er at kostnaden er høyere enn bolig i distriktene. En potensiell økonomisk barriere, særlig i langstrakte kommuner, blir derfor at man ikke ønsker å sette seg i gjeld.

### **Hjemmeboende eldre med behov for tjenester**

Eldre personer beskriver at trygghet, forutsigbarhet og å bli sett som personer er forutsetninger for at de skal oppleve god kvalitet i tjenestene. Vi finner en tendens til at casekommunene har størst utfordring med å imøtekomme gruppen hjemmeboende eldre med stadig mer omfattende tjenestebehov, kanskje særlig i forhold til felleskap, aktivitet, ernæring, sammenheng og person-sentrert omsorg.

Pårørende er en avgjørende ressurs for å dekke denne gruppas behov for fellesskap og aktivitet samt å få løst praktiske oppgaver i hverdagen. Mange pårørende muliggjør at eldre kan bo hjemme. Særlige viktige avlastningstiltak er tidlig nok og god informasjon om muligheter, teknologiske løsninger som f.eks. GPS og korttidsopphold i institusjon.

Kvaliteten på tjenester til hjemmeboende skrøpelige eldre personer varierer. Det er et tydelig behov for å øke grunnbemanningen gjennom tverrfaglige helsefagprofesjoner for på den måten heve kompetansen i helse- og omsorgstjenestene samt å bedre organisere arbeidet bedre. Gjennomgående opplever vi at hjemmeboende eldre med stort behov for tjenester er en gruppe som burde prioriteres høyere.

### **Eldre personer med omfattende hjelpebehov**

Selv om det enkelte steder kan være mangel på aktivitetstilbud for eldre personer i institusjon har likevel denne gruppen i større grad tilbud om spisefellesskap og mulighet for sosialisering dersom de ønsker det enn gruppen eldre med behov for tjenester. Dette er også en gruppe der man har kommet lengre med den systematiske ernæringsarbeid og flere beskriver tilpasset kost.

I flere av casekommunene har nåløyet blitt trangt for å motta langtidsplass i sykehjem. Det oppfattes som et ensidig fokus på fysisk funksjonsfall for å få denne tjenesten. Det tas i for liten grad hensyn til at mange eldre etter hvert blir utrygge i eget hjem og ønsker seg en institusjonsplass eller et høyere omsorgsnivå av psykiske eller sosiale årsaker.

I dag har 80% av sykehjemsbeboere demenssykdom, mens to tredjedeler av de som har demenssykdom bor hjemme og vil ha økende behov for helsehjelp fremover. Dette er en gruppe som ansatte i casekommunene ser utfordringer med i tiden fremover og hvor det i mindre grad er mulig å tilrettelegge hjemmet for å utsette behovet for langtidsplass.

## **10.5 Implementering av reformen**

I dette kapitlet presenterer vi erfaringer knyttet til selve implementeringen av Leve hele livet reformen, det vil si prosessen rundt iverksettingen av slike komplekse intervensjoner. Resultatene i dette kapitlet bygger på datamaterialet fra fokusgruppeintervjuene med kommunalt ansatte fra de seks casekommunene (N=36). Dette er de menneskene som «jobber på gulvet» i direkte relasjon med eldre og som til syvende og sist er de som utøver reformen i praksis.

Vi har valgt å dele resultatene inn i fire temaer i lys av normaliseringsprosessteori (May et al., 2009). Felles forståelse handler om hva leve hele livet faktisk er, opplevd deltakelse belyser hvem reformen omhandler, kollektiv handling evaluerer hvordan oppgaver utføres, mens evaluerende og refleksiv praksis illustrerer hvorfor ting blir praktisert på den måten det gjorde (Jason et al., 2019). Vi avslutter med en diskusjon av funnene og deres videre implikasjoner.

### 10.5.1 Felles forståelse

Felles forståelse er den første mekanismen som spiller en rolle i en implementeringsprosess og muliggjør deling og praktisering av Leve hele livet blant aktørene. Dette handler om å oppfatte oppgaver som meningsfulle og fornuftige for de som er involvert dvs. at en utvikler en kollektiv forståelse av hva Leve hele livet innebærer, og hvilke formål den tjener. Grad av oppfattet meningsfullhet vil i høy grad påvirke implementeringsarbeidet. Hvordan Leve hele livets satsningsområder relaterer seg til tidligere praksiser kan også påvirke om aktørene oppfatter disse som meningsfulle og sammenhengende (May & Finch, 2009).

Et fellestrekk i alle seks casekommunene hvor vi har intervjuet kommunalt ansatte helse og omsorgspersonell, er at få er godt kjent med reformen. Alle har hørt om den, men bare noen få forholder seg til den eller bruker den systematisk i sin praksis. Dette gjelder særlig de som arbeider som klinisk helsepersonell, for eksempel i hjemmetjenesten og på sykehjem. Det virker også som at koronapandemien har vært en barriere for implementeringen.

Jeg har hørt om den, i de forskjellige rollene mine. Men så føler jeg at det var mer snakk om den for noen år siden, ved start og slik, så har det vært mindre i koronatiden – føler jeg da. Men jeg skulle ønske at den hadde vært snakket mer om, sånn at vi var mer [informert om reformen] ... Fordi det er gjennom mine roller, som hovedtillitsvalgt og kreftkoordinator, som jeg har vært innom det – ikke som sykepleier på gulvet (Kommune 1A).

Vi ser også en forskjell mellom de to større kommunene og de mindre kommunene. De to store har satt arbeidet med Leve hele livet mer i system på tvers av sektorer mens arbeidet i de mindre kommunene i hovedsak er forankret innen helse og omsorg. De som kjenner best til reformen i utvalget er ansatte som jobber med planarbeid knyttet til for eksempel demens, kreft og frivillighet. Det kom frem at de ansatte i stor grad forstår det som at reformens hovedfokus ligger på aldersvennlige samfunn og de forebyggende tjenester for yngre seniorer.

Altså, jeg kjenner reformen om ikke godt, så en god del, i hvert fall, og vi har òg brukt ... Den har samlet mange gode erfaringer fra andre kommuner, som vi allerede har tatt i bruk litt. Og den er veldig relevant mot det feltet som jeg jobber i, forebygging og helsefremming, så den kan brukes som en sånn eksempelsamling. Og vi har egentlig fokus på å videreutvikle mange av de områdene, med aldersvennlig samfunn og proaktive tjenester ... Og fellesskap og aktivitet, ikke minst, som er våre hovedfokus i tjenestene (Kommune 2A).

Det er tilsynelatende en kollektiv forståelse av at innholdet i Leve hele livet er bra, det er ingen som er uenig i reformens innhold, og viktigheten av de fem satsningsområdene. Likevel, på tross av at kommunene har kommet ulikt med arbeidet, er det et fellestrekk at mange mener at Leve hele livet ikke representerer noe nytt, slik man skulle forvente av en reform. Flere gir uttrykk for at det er uklart hva som er nytt med reformen.

Alle seks casekommunene har tradisjon for å jobbe med de fem satsningsområdene, om enn litt ulikt. Det beskrives imidlertid at reformen kan ha bidratt til en bedre forankring av det arbeidet man allerede gjør.

Vi gjør mye bra, og jeg tror det hadde vi gjort selv om ikke det hadde vært den reformen. Så jeg vet ikke om det er mulig å peke på, eller at det skjer i reformens ånd ... Vi vil gjerne fortsette å jobbe med disse tingene, og jeg har ikke sett en eneste ting i reformen som jeg er motstander av eller mener er galt eller dumt. Men om du spør: Hva er det som har skjedd i kommunen på grunn av reformen, så må jeg si, det vet jeg ikke (Kommune 2C).

Intervjuene avdekker at kommunene jobber med de ulike satsningsområdene innenfor Leve hele livet reformen, men noen har kommet lengre enn andre, og prioriteringene varierer. Likevel, det er vanskelig å differensiere Leve hele livets satsningsområder fra det arbeidet kommunen allerede gjorde før reformen. At Leve hele livet reformen ikke skiller seg ut som en reform eller som nye nytt kan bidra til at internalisering inn i klinisk praksis virker tilfeldig.

Dette funnet er viktig fordi det vanskeliggjør en evaluering av implementeringsprosessen av reformen.

### 10.5.2 Opplevd deltakelse

Opplevd deltakelse er den andre mekanismen som er viktig for vellykket implementering og refererer til den prosessen enkeltpersoner og organisasjoner går gjennom for å engasjere seg for å fremme ny praksis. I forbindelse med Leve hele livet reformen vil dette involverer å ta initiativ, delta aktivt, legitimere og aktivere reformens fem satsningsområder. Deltakelsen kan innebære definering av konkrete arbeidsoppgaver eller mer abstrakte aktiviteter, som å konkretisere politikken i den praktiske hverdagen (May & Finch, 2009).

I flere av kommunene fremstår det noe uklart hvem som egentlig har ansvaret for prosessen med å implementere Leve hele livet. Uklare ansvarslinjer og mangel på lederforankring er en direkte trussel mot implementering uansett hvor stor kollektiv enighet det er om innholdet. Det er også viktig med lokal initiering, det vil si sentrale øremerkede personer synlig for praksis som driver arbeidet med Leve hele livet fremover og som får andre involvert i arbeidet. Når i tillegg én person sitter med ansvaret for reformen fremstår hele prosessen som sårbar.

Det var sjefen vår som holdt i trådene. Når hun sluttet, tok den nye sjefen over. Vi har ikke vært så delaktig som vi skulle ha vært. Og koronaen har stoppet mye. Intensjonen var vel egentlig at vi skulle være med når hun begynte å skrive og jobbe med det her. Vi hadde i hvert fall 2 møter som jeg vet jeg har vært med på. Men så ble det mer hun som holdt tak i det, mens vi andre sprang rundt og testet og vaksinerte (Kommune 2B).

Som det også kommer frem av utsagnet over har pandemien legitimt satt reformen på vent og forsinket arbeidet med implementeringen. En av kommunene går så langt som å si at Leve hele livet på mange måter ble «spist opp av pandemien», at veldig mange av de planlagte tilbud og aktiviteter har blitt satt på vent.

Men ellers tror jeg at Leve hele livet foreløpig, er spist av pandemien, men at den absolutt må videreføres og jobbes videre med (Kommune 2A).

Videre opplever mange en dreining mot proaktive forebyggende tjenester og at Leve hele livet oppleves som et virkemiddel med mål om å ansvarliggjøre den eldre selv.

Det har skjedd en ganske stor endring i måten å tenke på hos både personell og ikke minst eldre personer selv i forhold til at man skal ta mer og mer ta ansvar for egen alderdom. Altså, det er faktisk ditt eget ansvar å tilrettelegge ditt liv, sånn at du kan leve lenger hjemme eller i egen bolig» (Kommune 1C).

### 10.5.3 Kollektiv handling

Kollektiv handling utgjør den tredje mekanismen og omhandler måten aktørene organiserer og praktiserer Leve hele livet reformen på. Denne mekanismen blir tydelig gjennom hvordan aktørene gjør de ulike satsningsområdene operative og hvordan disse påvirker deres handlinger og forståelse av handlingene. Dette inkluderer både hvordan praksisen påvirker

arbeidsfordelingen blant aktørene og hvordan ferdigheter defineres i praksissammenheng (May & Finch, 2009).

Selv om Leve hele livet oppleves som vanskelig å differensiere fra eksisterende praksis, har reformen satt enkelte tiltak i større grad på dagsorden. Deltakerne beskriver dette som en aktivering av satsningsområdene i form av ildsjeler uten at dette nødvendigvis tilskrives reformen alene. Eksempelvis har en av kommunene kommet langt med tidlig innsats for personer med demens gjennom en dedikert demenskoordinator. I en annen kommune har ildsjeler på frivilligsentralen løftet aktivitetstilbudet til nye høyder. Deltakerne vi intervjuer stiller seg likevel spørrende til om dette pågående arbeidet gjennom mange år skal få merkelappen «Leve hele livet». En tydelig fordel er imidlertid at forankringen til eksisterende prosesser styrkes.

Vi har mye erfaringer med møteplasser og aktiviteter – å skape det. Det har vi egentlig hatt fra dag en, skulle jeg til å si, fordi at målet vårt er å få folk til å bo hjemme lenger og ta mer ansvar for egen helse. Men altså, vi har gjort det før den reformen kom og, egentlig. Men det er klart, fokuset har ikke blitt noe mindre på det etter den kom (Kommune 2A).

Et viktig mønster som går igjen på tvers av casekommunene er mangelen på øremerkede ressurser som følger med reformen for å sikre en strukturell integrering av endringsarbeidet. Det etterlyses både ressurser for å kunne gjennomføre reformen på en god måte samt støtte fra ledelsen. En kommuneansatt har kalt Leve hele livet «gjør det sjæl» reformen. På tross av dette berømmes reformen for å inspirere til nye ideer og lære av hverandre på tvers.

Pengene kommer vi aldri til å få. Om vi hadde vunnet i lotto, så finnes ikke folkene vi kan ansette. Den utfordringen har vi strevd med en god stund. Jeg var til stede da reformen ble presentert og jeg døpte den «gjør det sjæl»-reformen. Altså, her var det bare en opprømsing av lure ting man gjør mange forskjellige steder. Men etter hvert, så ble jeg litt mer positiv, da jeg tenkte tanken: Vi er altfor lite flink, i kommunene, til faktisk å lære av hverandre. Altså, vi har hatt mange flotte ideer i kommunen. Vår demenskoordinator må ta æren for en god del av det når det gjelder hva vi har gjort på demensområdet (Kommune 2C).

En dimensjon som går igjen, er dette med arbeidsdeling og det å ha nødvendige kvalifikasjoner til å gi opplæring i lys av satsningsområdene. Her løftes blant annet systematisk ernæringsarbeid og personsentrert omsorg frem. I tillegg kreves implementeringskompetanse, for å sette det hele i system.

Men det med ernæringscreening og, kan du si. Det føler jeg at vi har for lite ressurser til. Det er tidkrevende. Og jeg føler at vi kommer for sent inn i bildet hver gang. Men der tenker jeg at vi har mye å hente. Få satt det i system, først og fremst. Å få mer kunnskap i pleiegruppen. For plutselig, så er det noen som er – oi, den har jo virkelig minket i vekt, og så begynner en å ta vekt og følge med. Og så er det egentlig altfor sent (Kommune 1A).

#### 10.5.4 Evaluerende og reflektiv praksis

Refleksiv overvåkning utgjør den fjerde mekanismen i NPT, og den refererer til kontinuerlig vurdering av handlinger og resultater av deltakerne i implementeringsprosessen. Disse vurderingene kan være både formelle og uformelle og tar sikte på å evaluere om den nye praksisen er effektiv og hensiktsmessig i lys av verdiene og forståelsene som er relevante for organisasjonens eller kommunens kontekst (May & Finch, 2009).

Vi opplever gjennom våre analyser at det er en form for kollektiv verdsetting av reformen. Alle er enige om at Leve hele livet har mye bra i seg, og at denne bør jobbes videre med.

Utfordringen ligger mer i å definere og evaluere hva reformen er og hva som er et resultat av Leve hele livet reformen versus en videreutvikling av tidligere arbeidsprosesser. Gjennom våre seks casekommuner har vi illustrert at både prioriteringene og utfordringene er svært ulike. Leve hele livet er ikke, og kan ikke være, én modell for alle kommuner i Norge. Det er dermed et enormt behov for mulighet til rekonfigurering, det vil si geografiske og demografiske tilpasninger er helt nødvendig slik at ansatte i helse- og omsorgssektoren kan tilpasse reformen til sin kontekstuelle hverdag.

Det som er spesielt med vår kommune er at vi har så mange [ulike områder]. Det er ikke noe sentrum og det er utfordrende med transport. Det er ikke alle båtene som er universelt utformet. Det er vanskelig å komme seg på båten, for å komme seg mellom [områdene], for å benytte seg av tilbud. Nå har kommunen også satset på en desentralisert tjenestestruktur. Det som er vanskelig er å få til hjemmesykepleie når det blir så langt. Det er vanskelig å komme seg mellom [områdene]. Det er nok den største utfordringen (Kommune 1B).

Flere av de mindre kommunene opplever også fraflytting og mangel på helsepersonell som sentrale strukturelle barrierer knyttet til implementering av reformen.

Ja, det er en mangel, fordi vi sitter med en hjemmesykepleie med lite folk. Og vi vet at det er umulig å få tak i folk òg, så vi mister litt motet. Konkurransen kommunene imellom, det er klart hvis det kommer en ny sykepleier fra Østlandet, så reiser de dit de får mest lønn. Hvis det er mye økonomiske tiltak i nabokommunene, så sitter vi igjen, da (Kommune 2B).

I kontrast har kommunen med størst geografisk utstrekning i vårt utvalg bygget ut sentrum med aldersvennlige boliger og et rikt aktivitetstilbud. De har en god kommuneøkonomi og god tilgang på personell som opplever at de har tid nok til å levere tjenester med kvalitet. Her der det ingen som venter på bolig eller sykehjemsplass. Problemet er bare at beboere i de ytre distriktene kommer seg ikke inn til sentrum og noe transporttilbud finnes ikke. Det er derfor nærliggende å hevde at en evaluerende og refleksiv praksis tar høyde for det faktum at å bo trygt hjemme med kvalitet i en øykommune med samferdselsutfordringer og mangel på kvalifisert helse- og omsorgspersonell ikke er det samme som i en stor bykommune med en tett utbygd hjemmetjeneste og transporttilbud. Kvalitet slik det oppleves av eldre selv bør derfor være utgangspunktet for en refleksiv praksis. På den måten løfter flere av deltakerne Leve hele livet reformen frem som en idebank til inspirasjon heller enn en reform.

### 10.5.5 Diskusjon og implikasjoner for praksis

Implementering av reformer er komplekse prosesser som må guides av gode strategier tilpasset den enkelte kommune. Alle casekommunene er enig i viktigheten av reformens fem satsningsområder, og at dette er idealer de ønsker å jobbe etter fremover. En barriere er imidlertid at det er vanskelig å differensiere hva reformen er, sett opp mot det arbeider de allerede gjør, og hva som er nytt. Dette gjør at det finnes ikke én felles forståelse av hva Leve hele livet går ut på eller hvordan denne konkret skal gjennomføres i den praktiske hverdagen. Vi ser også at den felles forståelsen blir både svakere og mer fragmentert jo lenger ned i organisasjonen man kommer. De som kjenner minst til reformen er de som faktisk utøver de politiske føringene i siste ledd. Mangel på forståelse for hva som skal implementeres belyses også i litteraturen som en betydelig barriere for vellykket implementering (Røsstad et al., 2015).

Alle casekommunene etterlyser øremerkede midler til å kunne iverksette og drifte reformen. Dette gjelder styring og ledelse av implementeringsprosessen, men også opplæring av ansatte innenfor de ulike områder som f.eks. funksjonskartlegging, systematisk ernæringsarbeid og personsentrert omsorg. I en allerede hektisk hverdag beskriver ansatte i casekommunene en mangel på arbeidsbetingelser til å oppfylle idealene i reformen.

Arbeidsbetingelsene inkluderer faktorer som tid, antall ansatte og ledelse, samt nødvendig kompetanse.

Denne mangelen på både ressurser og føringer på prosess («hvordan») oppleves som en ansvarsfraskrivelse og et hinder for implementering. Komplekse intervensjoner må ledelsesforankres og i kommunen kan det faktisk bety tre til fem nivåer av mellomledere. Dette støttes av forskning som finner at aktivt engasjement fra nærmeste leder er avgjørende for å oppnå organisasjonsendring (Dunér et al., 2011). Dette gjelder både i forhold til å sikre at intervensjonen samsvarer med strategiske og organisatoriske prioriteringer og at personell føler seg sett og verdsatt.

Basert på erfaringer fra helsepersonell og andre kommunalt ansatte kan det se ut som implementeringen stoppet noe opp hos nasjonalt og regionalt støtteapparat, noe som kan ha forårsaket den manglende forankringen ut i siste ledd. I en helt fersk samskapingsprosess har Linnerud og kollegaer sammen med det kommunale praksisfeltet utviklet og testet ut en implementeringsstrategi for komplekse intervensjoner. Strategien består av fire komponenter som bør bygges rundt det som skal implementeres, i vårt tilfelle Leve hele livet reformen. De fire komponentene er: i) lokal lederforankring i alle ledd, ii) etablering av implementeringsteam, iii) kompetanseheving, og iv) støtte under implementeringsprosessen (Linnerud et al., 2023).

Overført til Leve hele livet, som en kompleks intervensjon, må lederforankring i større grad skje på kommunalt nivå, både i form av ledere som viser dedikasjon til implementeringen ved å investere tid i å tydeliggjøre kommunens eksplisitte behov, men også i arbeid med å påvirke de ansattes atferd og holdninger. The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) fremhever ledelsesforankring som en indikator på hvor klar kommunen faktisk er for å ta imot reformen (Damschroder et al., 2009). Konkret har ledere en nøkkelrolle i å etablere implementeringsteam, prioritere oppgaver og igangsette nødvendig opplæring der dette trengs. En leders prioritering vil influere kulturen i avdelingen (Schein & Schein, 2016). Vi etterlyser en bedre lokal lederforankring ned i alle ledd i samtlige casekommuner.

Selv om vi vil understreke at alle kommunene jobber med reformens satsningsområder, om enn på ulike måter, er det særlig to av kommunene som har kommet lenger med arbeidet. Vi ser at her er arbeidet satt i system på tvers av sektorer, og denne teamforankringen på tvers tror vi gir en høyere grad av ansvarliggjøring og eierskap til prosessen som også forplanter seg ut i systemet. Ved å etablere et implementeringsteam kan man forankre arbeidet på tvers av sektorer og enheter som f.eks. plan og bygg, helse og omsorg, kultur, frivillighet og samfunnsutvikling. Et implementeringsteam med ulike ansvarsområder vil formelt være ansvarlig for å overvåke, administrere og støtte implementeringsprosessen i alle ledd innenfor sine ansvarsområder. Etablering av implementeringsteam i forbindelse med innføring av komplekse intervensjoner er underbygget i forskningslitteraturen og anses som en nødvendig strategi (Metz & Bartley, 2020). I tillegg er det viktig at teammedlemmene velges med omhu da de bør fremstå som rollemodeller og tilretteleggere for det videre arbeidet som skal gjøres. Selv om lederen har det overordnede ansvaret kan et implementeringsteam på tvers av sektorer og enheter fungerer som ledere for selve implementeringsprosessen (Damschroder et al., 2009).

Flere av kommunene hevdet at de opplevde at de manglet kompetanse på ulike områder som kartlegging, ernæringsarbeid og personsentrert omsorg. Kompetanseheving innenfor nødvendige områder knyttet til Leve hele livet reformen bør i så måte gjennomføres etter en kartlegging av behovene i den enkelte kommune. Formålet med kompetansehevingen bør være å øke kunnskap, holdninger og ferdigheter både innenfor Leve hele livets satsningsområder, men også knyttet til selve implementeringen av disse. Kompetanseheving er kanskje den implementeringsstrategien det er forsket mest på, det er her forståelsen for hva, hvorfor og hvordan etableres. Kompetanseheving kan skje gjennom formelle kurs, f.eks. aktive læringsformer, uformelle møter i praksis og ved å lage undervisningsmaterieill

(Gransjøen, 2022). Pedagogiske møter er den form for kompetanseheving som har vist best effekt i en norsk systematisk oversikt (Fretheim et al., 2015).

Støtte under implementeringsprosessen representerer støtte og veiledning til ledere og implementeringsteam underveis knyttet til de ulike stegene i implementeringsprosessen. Å bruke implementeringsrådgivere for å støtte prosessen underbygges også i litteraturen (Powell et al., 2015). Denne rollen har på mange måter det nasjonale og regionale støtteapparatet hatt. I tillegg må vi ta i betraktning at pandemien har satt Leve hele livet reformen legitimt på vent. Samtlige av casekommunene ville derfor trolig kommet lenger med reformarbeidet dersom ikke pandemien hadde forsinket prosessen fra 2020-2022.

## 10.5.6 Oppsummering

Basert på fokusgruppeintervju med ansatte (N=36) i seks casekommuner har vi i dette kapittelet belyst erfaringer knyttet til selve implementering av Leve hele livet reformen. To av kommunene har systematisert arbeidet på tvers av sektorer/enheter og slik kommet lenger i implementeringsprosessen. Selve implementeringsarbeidet kunne med fordel vært forankret sterkere ned i hver kommune. Her vil vi fremheve lokal lederforankring, implementeringsteam, kompetanseheving og støtte som viktige strategier.

### Implementering av reformen

Forståelse av reformen	Opplevd deltakelse	Kollektiv handling	Refleksiv praksis
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er få som kjenner godt til reformen – jo lenger ned i tjenesten jo mer ukjent er reformen</li> <li>• De som jobber med planarbeid (eks. demens, frivillighet og kreft) kan mer om den</li> <li>• Vanskelig å differensiere LHL fra hva de gjør allerede innenfor de fem satsningsområdene</li> <li>• Tverrsektoriell forankring i to kommuner har satt arbeidet her bedre i system</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fremstår som uklart hvem som egentlig har ansvaret for prosessen med å implementere</li> <li>• Mangel på initiert av sentrale personer som driver LHL fremover og som får andre involvert</li> <li>• Pandemien har legitimt satt reformen på vent og forsinket arbeidet med implementeringen</li> <li>• En dreining mot mer proaktive tjenester og at Leve hele livet oppleves som et virkemiddel med mål om å ansvarliggjøre den eldre selv</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etterlyses øremerkede ressurser med reformen ut i siste ledd</li> <li>• Reformen har satt enkelte tiltak i større grad på dagsorden (aktiviteter, måltider)</li> <li>• Mangel på arbeidsdeling der det ikke har blitt gitt tilstrekkelig med opplæring innen satsningsområdene</li> <li>• Mangel på arbeidsdeling der det ikke har blitt gitt tilstrekkelig med opplæring innen implementering</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kollektiv verdsetting der alle er enige om at LHL har mye bra i seg, og bør videreføres</li> <li>• Vanskelig å evaluere hva reformen er m/ resultat versus videreutvikling av dagens praksis</li> <li>• Prioriteringene og utfordringene er ulike. LHL er ikke én modell for alle kommuner i Norge. En idebank mer enn en reform</li> <li>• Kvalitet slik det oppleves av eldre bør være utgangspunktet for en refleksiv praksis</li> </ul>

### Strategier for implementering

Lederforankring bør i større grad skje på kommunalt nivå, både i form av ledere som viser dedikasjon til implementeringen ved å investere tid i å tydeliggjøre kommunens eksplisitte behov, men også i arbeid med å påvirke de ansattes atferd og holdninger. Vi etterlyser en bedre lokal lederforankring hvor det følger med ressurser.

Etablere implementeringsteam på tvers av nivå og sektorer. Et implementeringsteam med ulike ansvarsområder vil formelt være ansvarlig for å overvåke, administrere og støtte implementeringsprosessen i alle ledd innenfor sine ansvarsområder, som f.eks. plan og bygg, helse og omsorg, kultur, frivillighet og samfunnsutvikling.

Kompetanseheving både innenfor reformens satsingsområder og implementering som prosess. I flere av kommunene beskriver eldre personer, ansatte selv og pårørende at de opplevde at de manglet kompetanse blant utøvende ansatte på ulike områder, eksempelvis screening og tidlig innsats, ernæringsomsorg og person-sentrert omsorg.



Støtte under implementeringsprosessen representerer støtte og veiledning til ledere og implementeringsteam underveis knyttet til de ulike stegene i implementeringsprosessen. Sentralt er at vellykket implementering må skje helt ut i siste ledd – også blant de som faktisk skal praktisere politikken i sitt daglige virke.

## 11 Sammenfatning og diskusjon

At iverksetting er mer enn ren administrasjon er ingen ny innsikt, ei heller at utfallet kan bli et annet enn hva man opprinnelig så for seg (jf. Offerdal, 2019; Pressman & Wildavsky, 1984). I Leve hele livet er denne innsikten på sett og vis bakt inn i selve programmet ved at stortingsmeldingen legger opp til at kommunene, gjennom politiske og administrative prosesser, skal «ta stilling til løsningene i reformen, og planlegge hvordan de vil utforme og gjennomføre dem lokalt» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a, s. 11). Samtidig stilles det noen krav til hvordan lokal implementering skal skje. Det handler, som tidligere vist, om et krav om politisk behandling, innarbeidelse i kommunenes planverk og deltakelse i regionale nettverk (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a, 2020).

Gjennom flere år, og flere delundersøkelser, har vi undersøkt hvordan Leve hele livet er blitt mottatt og fortolket av nasjonale, regionale og lokale aktører. Denne sluttrapporten bygger videre på de to tidligere rapportene fra evalueringen, og har gitt en oppsummering av arbeidet i støtteapparatene og kommunene i reformens to siste år. I dette kapittelet oppsummerer vi funnene og anvender dem for å besvare evalueringens problemstillinger. Til sist diskuterer vi hvordan Leve hele livet har fungert som statlig styring, og hvilke lærdommer vi kan trekke av dette arbeidet i det videre arbeidet med å sikre velferdsstatens bærekraft i møte med en aldrende befolkning.

### 11.1 Kommunenes gjennomføring av Leve hele livet

Kommunene gjennomfører Leve hele livet på ulike måter og i varierende grad. Det handler både om hvordan de gjennomfører programaktivitetene – politisk vedtak, innarbeidning av Leve hele livet i planverket og deltakelse i ulike nettverksaktiviteter – og selve innholdet i aktivitetene.

Det har vist seg vanskelig å få en god oversikt over hvor mange kommuner som har et politisk vedtak om gjennomføring av Leve hele livet. I sin rapportering til Helsedirektoratet oppga Statsforvalter at 86 pst. av kommune hadde vedtatt eller rapportert at de ville vedta en plan for gjennomføring av Leve hele livet i løpet av 2021 (Helsedirektoratet, 2021c). I vårt utvalg finner vi at 84 pst. av kommunene har fattet ett eller flere vedtak som omhandler eller omtaler Leve hele livet eller aldersvennlige lokalsamfunn, men at kun 40 pst. av kommunene har fattet et vedtak som tar stilling til løsningene i reformen og planlagt hvordan disse skal utformes og gjennomføres lokalt.

En innholdsanalyse av vedtakene viser at det er et stort spenn i kommunenes tilnærming, hvor noen kommuner beskriver Leve hele livet som en videreføring av eksisterende tiltak mens andre beskriver en endret innretning, fra utbygging av tjenester til økt innsats for å sikre økonomisk bærekraft, effektiv ressursutnyttelse, forebygging og mestring. Det varierer også hvor i kommuneorganisasjonen ansvaret for gjennomføring er plassert. I noen kommuner er ansvaret lagt til kommunens administrative ledelse, i andre er det plassert hos førstelinjen, og i relativt mange kommuner er det ikke spesifisert hvor ansvaret for gjennomføring ligger.

At gjennomføringen lokalt er varierende stemmer også overens med støtteapparatets inntrykk og vurderinger. I møtet med kommunene peker de regionale støtteapparatene på at det har vært stor variasjon i kommunenes arbeid; en variasjon som både skyldes at kommunene har hatt et stort lokalt handlingsrom i gjennomføringen av reformen og at kommunene i ulik grad har arbeidet med reformen. Dette er i tråd med hva vi finner i casekommunene. Mens enkelte av casekommunene har arbeidet systematisk og kontinuerlig innenfor Leve hele livets innsatsområder, er innsatsen i andre kommuner mer tilfeldig og sporadisk.

Den store variasjonen i kommunenes vedtak reiser spørsmålet om hvor viktig vedtakene har vært for gjennomføring lokalt. På den ene siden finner vi at politisk forankring er det området

hvor kommunene rapporterer at Leve hele livet har hatt størst innvirkning. På den annen side viser undersøkelsene i casekommunene at det ikke nødvendigvis er en sammenheng mellom det å ha fattet et vedtak om gjennomføring og det å faktisk gjennomføre Leve hele livet. To av casekommunene utmerker seg ved at de arbeider systematisk på de ulike innsatsområdene, samtidig som de aktivt arbeider for å involvere kommunens ulike sektorer. Dette er de to største kommunene i vårt utvalg. I de øvrige kommunene er arbeidet mindre systematisk, uavhengig av om kommunen har vedtatt en plan for arbeidet eller ei.

Det samlede inntrykket fra de ulike delundersøkelsen er at vedtak og planarbeid kan ha spilt en rolle for gjennomføringen lokalt, men at vedtakene i mange tilfeller bærer preg av å være mer symbolske enn reelle handlingsdokument. Mange av kommunene fattet vedtak i 2021, og det kan se ut til at ønsket om å bli prioritert i tildeling av tilskudd har vært en sterk motivasjon for kommunene. Inntrykket forsterkes ved at et flertall av vedtakene og gjennomføringsplanene ikke spesifiserer hvem eller hvor i kommunene det overordnede ansvaret for gjennomføring av Leve hele livet er plassert. Vi finner også at ansatte i førstelinjetjenesten opplever ansvarsforholdene som uklare, og at det er mangel på initiering fra sentrale personer i kommunen som bidrar til fremdrift og bred involvering.

Samlet sett konkluderer vi med at implementeringen i kommunene i stor grad har vært symbolsk, i den forstand at implementering har vært dominert og styrt av lokale aktører og deres ressurser, interesser og prioriteringer (Matland, 1995).

## 11.2 Kommunenes prioriteringer og innsats for eldre

Gjennom reformperioden har flere av informantene, både i kommuner og i støtteapparat, gitt uttrykk for at målene i Leve hele livet er diffuse og vanskelig å få grep om. Dette har ikke bare medført at kommuner og støtteapparat har brukt tid på å dechiffrere hva Leve hele livet er og hva som kreves av innsats. Det er også vanskelig å skille kommunens arbeid med Leve hele livet fra andre tiltak og prosesser som kommunene arbeider med, noe også informantene i casekommunene peker på. Dermed har det også vært vanskelig, både for aktørene selv og for evalueringen, å identifisere tydelige effekter og resultater av kommunenes og støtteapparatens innsats.

I reformperioden finner vi imidlertid svake, men signifikante, tendenser til at bruk av institusjonstjenester går ned, særlig blant de eldste eldre, og at bruk av hjemmetjenester går opp i samme gruppe. I spørreundersøkelsen rapporterer kommunene at Leve hele livet, i tillegg til styrket politisk forankring, i noen grad har hatt virkninger for samarbeidet med frivillig sektor, mens svært få rapporterer at reformen har hatt betydning for samarbeid med næringsliv og/eller spesialisthelsetjenesten. Det er også relativt få som mener at Leve hele livet har gitt budsjettmessige omprioriteringer, organisatoriske endringer eller personalmessige endringer.

Ved slutten av reformperioden ser vi at det er ferd med å utvikle seg en felles forståelse av hvordan kommunene kan og bør håndtere samfunnets aldring. Det handler om at kommuneorganisasjonen og innbyggerne må forberedes på og rustes for overgangen fra service-kommunen til den samskapende kommunen. For innbyggerne handler det først og fremst om å endre holdninger til hva kommunen skal gjøre og hva de selv må gjøre for å forberede seg på alderdommen. For kommunen handler det om å sikre en bred og systematisk innsats på flere nivå, fra flere sektorer og fra stat, kommune og sivilsamfunn. Til sammen kan dette innebære et radikalt skifte i hvordan og i hvilket omfang helse- og omsorgstjenester skal leveres framover. Budskapet er at hver enkelt av oss må forvente å selv ta et større ansvar, samtidig som kommunene satser på forebygging som en vei ut av personell- og ressursmangel. I denne snuoperasjonen etterlyser kommunene tydeligere styringssignaler fra nasjonale myndigheter.

## 11.3 Betydning for eldre, pårørende og ansatte

Undersøkelsen av eldre, pårørende og ansatte i de seks casekommunene viser at det utføres mye godt arbeid i kommunene, og at samtlige arbeider med prosesser innenfor Leve hele livets innsatsområder. De to største kommunene i utvalget utpeker seg imidlertid ved at de har satt arbeidet mer i system på tvers av sektorer og enheter. Videre har vi sett på kommunenes tilbud til henholdsvis eldre personer med god helse og funksjonsnivå, hjemmeboende eldre med hjelpebehov og eldre med omfattende hjelpebehov som bor i institusjon.

Vi finner at eldre med god helse og godt funksjonsnivå har gode muligheter for aktivitet og fellesskap, men at kommunale og frivillige tilbud med fordel kan samordnes bedre. Alle kommunene har hatt tilbud om forebyggende hjemmebesøk, og har gode erfaringer med dette. Likevel hadde fem av kommunene avvirket denne ordningen på undersøkelsestidspunktet (2022). I 2023 har samtlige av casekommunene avvirket denne ordningen. Denne gruppen eldre er kjennetegnet ved at de ønsker å ta ansvar for egen alderdom, men de er samtidig forsiktige med å sette seg i gjeld.

Det er stor variasjon i hjelpebehovet til gruppen hjemmeboende eldre med hjelpebehov. Kommunene har problemer med å imøtekomme behovene til hjemmeboende med størst tjenestebehov, og disse kan oppleve en utrygg og uforutsigbar hverdag, særlig i forhold til dette med fellesskap, aktivitet, ernæring, sammenheng og personsentrert omsorg. Pårørende er en avgjørende ressurs for denne gruppen, men de har behov for avlastning i form av informasjon, teknologiske løsninger og korttidsopphold i institusjon. Det er store variasjoner i kvalitet mellom kommunene, og behov for kompetanseheving, økt grunnbemanning og bedre organisering av arbeidet.

Nåløyet for institusjonsopphold er trangt, men for eldre som har fått institusjonsplass er tilbudet bedre enn til hjemmeboende. Utrygghet, sosiale og psykiske behov er ikke utslagsgivende for om man får institusjonsplass eller ikke. En økende andel eldre hjemmeboende med demenssykdom tilsier at behovet for institusjonsplasser vil øke i fremtiden, og dette er også den gruppen de ansatte synes det er mest utfordrende å tilrettelegge for i hjemmet. Til sist finner vi at implementeringsarbeidet med fordel kunne vært forankret sterkere ned i hver kommune. Her vil vi fremheve lokal lederforankring, implementeringsteam, kompetanseheving og støtte som viktige strategier.

Eldre personer beskriver trygghet, forutsigbarhet og å bli sett som personer som sentrale forutsetninger for at de skal oppleve kvalitet i tjenestene. Vi finner en tendens til at casekommunene har størst utfordring med å imøtekomme gruppen hjemmeboende med stadig mer omfattende hjelpebehov. En stadig større satsning på lavere nivå i innsatstrappen, kan gå utover verdige botilbud for eldre personer som er mer pleietrengende og trenger langtidsoppfølging, en tendens der noen «tvinges» til å bo lengre hjemme enn ønskelig. Spørsmålet er, med andre ord, om det sterke fokuset på helse, mestring og forebygging går på bekostning av eldre med stort omsorgsbehov.

## 11.4 Vurdering av Leve hele livets virkemidler

Leve hele livet er en pedagogisk reform, uten innslag av rettslige virkemidler og med få økonomiske virkemidler. Det betyr at det regionale støtteapparatet kan sies å være reformens viktigste virkemiddel. Støtteapparatet har hatt to funksjoner: På den ene siden å formidle styringssignaler fra nasjonalt nivå ned til kommunene og på den andre siden å formidle tilbakemeldinger fra kommunene opp til nasjonalt nivå. I det videre vil vi oppsummere hvordan støtteapparatet har fungert i disse to rollene. Videre vil vi diskutere hva fraværet av tilskuddsordninger kan ha betydd for Leve hele livets mottakelse og gjennomføring i kommunene.

### 11.4.1 Støtteapparatet som formidler av informasjon «ovenfra»

En nøkkelrolle for støtteapparatet har vært å spre kunnskap om reformen, innhold og virkemidler, samt å gi tilbud om støtte, veiledning og erfaringsdeling. Aktørene både i det nasjonale og de regionale støtteapparatene mener at arbeidet med reformen har vært givende, og de fleste er opptatt av at samarbeidet mellom aktørene bør videreføres i gjennomføringen av Bu trygt heime-reformen. De peker særlig på at samarbeidet på nasjonalt og regionalt nivå har medført at innsatsen overfor kommunene er blitt mer samordnet. Samtidig er man opptatt av at samarbeidet også har noen begrensninger, og at denne typen konstellasjoner vil være mindre hensiktsmessige i reformer og prosesser som går tettere på kommunens rolle som tjenesteyter.

Fra kommunenes ståsted tegner det seg et annet bilde. Selv om et flertall av kommunene som har svart på spørreundersøkelsen sier seg enig eller svært enig i at regionalt støtteapparat har vært relevant og nyttig for kommunen, rapporterer de også at de har fått begrenset støtte fra det regionale støtteapparatet til konkrete aktiviteter som forankring og informasjon til politikere, informasjon rettet mot innbyggerne og planarbeid og analyse. Inntrykket fra casestudien, er at informasjon fra støtteapparatene ikke har nådd bredt ut i kommunene, og at særlig førstelinjetjenesten synes å ha begrenset kunnskap både om Leve hele livet og om støtteapparatets arbeid.

Både i kommunene og i de regionale støtteapparatene forklares dette til dels med hvordan arbeidet har vært organisert i kommunene, hvor mange – både i støtteapparatene og i casekommunene – opplever at arbeidet i liten grad har vært forankret i kommunenes politiske og administrative ledelse. Dette kan i sin tur tyde på at kravet om politisk og administrativ forankring gjennom politiske vedtak og kommunale planer heller ikke har fungert etter hensikten. Snarere bærer flere av vedtakene preg av å være symbolske. Manglende lederforankring og vansker med å engasjere utenfor helse- og omsorgssektoren har lagt begrensninger både på hvem som stiller på ulike aktiviteter i regi av støtteapparatene og deres mulighet til å sikre spredning av informasjon og kunnskap i kommuneorganisasjonen. Samtidig finner vi at ikke alle casekommunene opplever informasjonen fra støtteapparatene som like nyttig eller relevant. Det gjelder både kommuner som opplever at de ikke har tid og ressurser til å jobbe med omstilling og utvikling av tjenestene og kommuner som opplever at støtteapparatene ikke har tilbudt kompetanse og informasjon utover den som kommunen allerede besitter.

### 11.4.2 Støtteapparatet som formidler av informasjon «nedenfra»

Funksjonen som formidler av signaler nedenfra og opp, har vært særdeles viktig i arbeidet med Leve hele livet. Det er primært to typer informasjon som har blitt formidlet fra lokalt til nasjonalt nivå. For det første, styringsinformasjon til det nasjonale støtteapparatet og videre til helse- og omsorgsdepartementet. Dette er en rolle som primært er ivaretatt av statsforvalter, som rapporterer om blandede erfaringer. To erfaringer er verdt å ta med seg. Den ene er at det har vært vanskelig å vurdere kommunenes innsats. Det er ikke etablert mål eller kriterier for å vurdere kommunenes innsats, og de regionale støtteapparatene opplever at det er vanskelig både å vurdere den enkelte kommunes innsats, og å sammenligne arbeidet i eget fylke med andre fylker. Den andre erfaringen er at statsforvalter, og de øvrige aktørene i det regionale støtteapparatet, opplever at kommunenes planer og vedtak ofte bærer mer preg av å være symbolske enn reelle, noe som blant annet forklares med henvisning til at kommunene måtte dokumentere vedtak og planarbeid for å bli prioritert i tilskuddsordninger. Med andre ord, oppleves styringen på samme tid som for svak og for sterk.

Den andre formen for informasjon handler om Leve hele livets mottakelse i kommunen. Ganske tidlig i prosessen fanget de regionale støtteapparatene opp en misnøye hos kommunene med Leve hele livets mål og innretning; en misnøye aktørene selv beskriver som avgjørende for dreiningen i innsats fra kvalitetsarbeid i tjenestene til økt

oppmerksomhet om behovet for en bredere, tverrfaglig og tverrsektoriell innsats. Gjennomgående beskriver alle aktørene, på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå, denne dreiningen som viktig, både for å få engasjert kommunene og for å sikre mer treffsikkerhet i støtteapparatets og kommunenes arbeid. Selv om de regionale støtteapparatet beskriver dreiningen primært som kommunedrevet, er det tydelig at de regionale aktørene har spilt en viktig rolle for å sikre formidling oppover i systemet, til nasjonale myndigheter.

Samtidig viser støtteapparatet, både på nasjonalt og regionalt nivå, til at denne dreiningen har medført at det har vært et misforhold mellom Leve hele livets mål og virkemidler, hvor særlig forankringen i helselinjen har blitt oppfattet som problematisk. Alle aktørene, på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå, synes å være enige om at manglende tverrsektoriell forankring på nasjonalt nivå har forplantet seg nedover i systemet og bidratt til at reformen i stor grad har forblitt en sektorreform, på tross av en bred enighet om at en bredere innsats vil være nødvendig for å møte de demografiske endringene.

### 11.4.3 Betydningen av tilskudd som virkemiddel

Det er flere i de regionale støtteapparatene og i kommunene som peker på at en problematisk bruk av tilskudd som styringsvirkemiddel i Leve hele livet. Tilskuddsordninger kan ha to funksjoner: De kan fungere som pisk, som en måte å sanksjonere feil eller manglende aktivitet, eller som gulrot, for å stimulere til aktivitet. I gjennomføringen av Leve hele livet har tilskuddsordningene først og fremst hatt funksjonen som pisk, ved at kommunene har måttet dokumentere gjennomføring av Leve hele livet for å kvalifisere til tilskuddsordninger. De regionale støtteapparatene er særlig kritiske til denne formen for styring, og begrunner dette med at kriterier for å vurdere gjennomføring har vært uklare og dermed vanskelige å anvende i praksis. Videre er det flere som mistenker at det har stimulert til strategiske tilpasninger og symbolsk implementering.

I stedet etterlyser både de regionale støtteapparatene og kommunene at tilskuddsmidler brukes som insentiv til gjennomføring av reformen. Begrunnelsene kan variere. For enkelte kommuner handler det om at tilskudd kan være sårt tiltrengt for kommuner som sliter med å få ressursene til å strekke til, og hvor tilskudd kan være avgjørende for kommunenes vilje og mulighet til å avsette ressurser til å arbeide med reformer og omstilling. En tilbakemelding fra de tidligere stadiene i reformarbeidet var blant annet at det kunne være hensiktsmessig med tilskudd for å finansiere prosjektstillinger i kommunene, for således å gi kommunene et større rom for å prioritere arbeidet med Leve hele livet (Zeiner et al., 2022). En annen begrunnelse handler om betingelsene for innovasjon i kommunal sektor. Innovasjon i kommunal sektor handler i stor grad om prøving og feiling, hvor kjeder av beslutninger fattes under stor grad av usikkerhet (Haug, 2019). Tilskudd kan gi kommunene økonomisk handlingsrom til å prøve ut ulike løsninger, og bidrar dermed til å redusere den økonomiske risikoen for den enkelte kommune. Til sist har tilskuddsordninger en viktig symbolsk verdi for kommunene, og fraværet av tilskuddsordninger i gjennomføringen av Leve hele livet synes å ha ledet til motvilje eller motstand i kommunene. Samlet sett er inntrykket at fraværet av økonomiske virkemidler har hatt en negativ effekt på kommunenes vilje og evne til å gjennomføre Leve hele livet.

## 11.5 Oppsummering

Sett under ett er inntrykket at Leve hele livet befinner seg i spenningsfeltet mellom politisk styring og eksperimentell implementering. Gjennom reformperioden har det vært en dreining i reformens fokus og innretning, fra kvalitet i tjenestene til forebygging, mestring og samfunnsplanlegging. Denne dreiningen har i stor grad vært drevet fram nedenfra, av kommuner som opplever at dagens tilbud og organisering av tjenester til en aldrende befolkning ikke er bærekraftig, men har også fått drahjelp fra et regionalt støtteapparat som har fanget opp kommunenes signaler og formidlet dem videre til nasjonale myndigheter.

Det er stor variasjon mellom kommunene, hvor noen kommuner har kommet langt i arbeidet, mens andre så vidt befinner seg i startgropen.

At noen kommuner går foran, mens andre kommer etter, er noe som kjennetegner kommunal innovasjon, og dermed ikke unikt for Leve hele livet (Haug, 2019). Det reiser imidlertid spørsmål om hvordan innovasjon bør styres. I det følgende vil vi argumentere for at den statlige styringen bør innrettes slik at den i størst mulig grad fremmer læring fremfor symbolsk tilpasning. Samtidig er det viktig å understreke at de kommunale velferdstjenestenes sentrale rolle i velferdsstaten setter noen grenser for hvor stor variasjon som er hensiktsmessig og legitim. Vi legger derfor også til grunn at kommunal omstilling og innovasjon også krever en felles, nasjonal debatt om individets ansvar og offentlige prioriteringer.

## 11.6 Bærekraft, styring og prioritering

Leve hele livet har hele tiden blitt fremholdt som en annerledes reform, og dermed også som en ny form for statlig styring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a). Sammenlignet med tidligere reformer har Leve hele livet få virkemidler utenom de pedagogiske, og har vist seg å være langt mer åpen og formbar. Som vi har sett byr denne innretningen både på muligheter og besvær. Avslutningsvis vil vi diskutere hvilken læring vi kan trekke fra Leve hele livet når det gjelder forholdet mellom statlig styring og lokalt selvstyre.

Vi har tidligere brukt begrepet «statlig intensjonsbølge» (jf. Vetvik & Disch, 2017) om den form for styring som Leve hele livet representerer (Zeiner et al., 2022). I likhet med andre, lignende satsninger, handler Leve hele livet primært om at staten skal tilrettelegge for innovasjon og nytenkning i kommunene (jf. Tjerbo et al., 2022). Samtidig har rammene rundt Leve hele livet vært strammere enn for eksempel Omsorgsplan 2015 og Omsorg 2020 (Hagen, 2015; Tjerbo et al., 2022) ved at det stilles krav både til innhold og til prosess. Kommunene skal ikke bare gjennomføre tiltak i tråd med statlige mål og ambisjoner, men fatte et politisk vedtak som binder sammen de ulike elementene i reformen. Dette vedtaket skal så forankres i kommunens planverk.

Som reform eller endringsarbeid, har Leve hele livet noen klare begrensninger, hvor den viktigste nok er at den har en organisering som ikke er hensiktsmessig i situasjoner hvor den statlige styringen i større grad skjer gjennom lov og forskrifter. Det er vanskelig å tenke seg at den tydelige bottom-up orienteringen som vi finner i Leve hele livet ville vært mulig dersom Leve hele livet i større grad hadde pålagt kommunene nye oppgaver og plikter, og det er også grunn til å tro at det da ville vært vanskeligere for aktørene i det nasjonale og regionale støtteapparatet å samarbeide. Vi legger dermed til grunn at Leve hele livet primært har overføringsverdi til initiativ og program som baserer seg på ulike former for pedagogisk styring. Med dette utgangspunkt, vil vi særlig fremheve tre forhold: For det første kommunen som arena for samskaping og tverrsektorielt arbeid. For det andre, betingelsene for eksperimentell implementering og behovet for en bred debatt om prioriteringer, og, til sist, grensdragningen mellom det individuelle og det offentlige ansvar.

### 11.6.1 Kommunen som arena for samskaping og tverrsektorielt arbeid

Fra 2018 – da Leve hele livet ble vedtatt av Stortinget – til reformperiodens utløp i 2023, har kommunens rolle som samfunnsutvikler fått en stadig mer fremtredende rolle i debatten om fremtidens helse- og omsorgstjenester. Som flere av informantene våre er inne på, handler debatten i dag i mye større grad om kommunen som arena for samskaping med innbyggere og næringsliv, og om betydningen av tverrsektorielt arbeid internt i kommunen. Et ankepunkt mot reformen, er at den i for stor grad har vært anliggende for helse- og omsorgssektoren. Våre informanter, både i kommunene og i støtteapparatet, viser til at Leve hele livet fra statlig hold har vært organisert som en sektorreform, og at kommunene i stor grad har speilet denne organiseringen.

Reformens støtteapparat har lagt ned en betydelig innsats for å vri Leve hele livet fra å være en sektorreform til å bli en samfunnsreform, en innsats som nok har vært utslagsgivende for den dreiningen vi har sett i diskusjonene om aldring, tjenestenes innretning og økonomisk og sosial bærekraft. Samtidig er det anerkjent at verken stat og kommune er organisert på måter som fremmer tverrsektorielt arbeid og samskaping mellom myndigheter, tjenester og sivilsamfunnet. I gjennomføringen av Leve hele livet, har kommunal planlegging vært særlig vektlagt. Som evalueringen viser, er det varierende hvor godt dette har fungert i kommunene, og fra casestudien ser vi at planlegging som verktøy til dels avhenger av kommunens ressurser. Samtidig vet vi fra andre prosjekt at kommunenes evne til å innta en samfunnsutviklerrolle som både støtter opp om lokalsamfunnets initiativ og ressurser, og om kommunens tverrsektorielle arbeid, fordrer en tettere integrert kommuneorganisasjon enn i dag (Hofstad et al., 2021). Det handler blant annet om å skape en infrastruktur for samskaping, det vil si mekanismer som kobler lokalsamfunnet og kommuneorganisasjonen, og om å sikre tverrsektoriell samhandling (Hofstad et al., 2023). Erfaringene fra Leve hele livet er en således ytterligere påminnelse om at vellykket samskaping og tverrsektorielt arbeid er avhengig av at man samtidig arbeider med å etablere den nødvendige sosiale, fysiske og institusjonelle grunnutrustning (Hofstad et al., 2023).

Det er behov for mer kunnskap om hvordan en infrastruktur for samskaping og tverrsektorielt arbeid kan etableres, videreutvikles og vedlikeholdes, og dette spørsmålet bør løftes både i forskningen og i omstillingen til et aldersvennlig samfunn. Dette er blant annet tema som bør løftes i det videre arbeidet med «Felleskap og meistring. Bu trygt heime» (jf. Helse- og omsorgsdepartementet, 2023).

### 11.6.2 Statlig styring og eksperimentell implementering

Vi legger til grunn at Leve hele livet og lignende statlige initiativ først og fremst er tenkt som eksperimentell implementering. Å sikre velferdsstatens bærekraft i møte med en aldrende befolkning er en formidabel oppgave preget av stor grad av usikkerhet både med hensyn til mål og virkemidler. I en slik situasjon bør læring være viktigere enn resultat, og lokale mutasjoner i programmet bør brukes aktivt til å øke kunnskapen om mål og virkemidler, og til å gjøre justeringer i programmet som helhet (Mohr, 1995). Det betyr for det første at implementeringsprosessen ikke bør tvinges inn i en form som begrenser mulighetene for læring underveis. Dersom styringen – i form av sanksjoner – blir for sterk, øker risikoen for at lokale aktørers etterlevelse blir overfladisk og tilfeldig, og at implementeringen dermed i første rekke blir symbolsk (Matland, 1995). For det andre betyr det at omstillingsarbeidet bør organiseres med tanke på læring. I dette ligger det at informasjon om lokale tiltak, mutasjoner og resultat må samles inn og sammenstilles gjennom evaluering og feedbackmekanismer. Dersom slik informasjonsinnhenting ikke skjer, eller skjer usystematisk, vil også læringen være tilfeldig og usystematisk (Matland, 1995). Til sist, er det viktig at organiseringen av programmet som helhet må være fleksibel nok til at man, også på sentralt nivå, kan gjøre nødvendige justeringer og endringer underveis.

I gjennomføringen av Leve hele livet har vi sett at statlige insentiv og styringsmekanismer i noen grad har motvirket ambisjonen om læring og kunnskapsspredning, og at resultatet synes å være symbolsk heller enn eksperimentell implementering. Det handler til dels om at, i utgangspunktet svake økonomiske insentiv, er blitt brukt til å tvinge fram kommunale vedtak, planer og deltakelse. Resultatet synes å være at kommunenes vedtak i flere tilfeller har mer preg av å være *planlaging* enn *planlegging*, som en av informantene uttrykker det. Samtidig er inntrykket at flere kommuner også har jobbet godt og systematisk, og deres erfaringer kunne med fordel blitt bearbeidet og brukt mer. Til sist finner vi at, på tross av betydelige innslag av bottom-up styring av arbeidet, så har det vært lite rom for å bruke disse signalene til å endre arbeidets organisering. Gjennom store deler av reformperioden, har det vært enighet blant aktørene på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå, at det er et misforhold mellom arbeidets organisering og forankring på den ene siden, og forventningene til mer samskaping og tverrsektorielt arbeid på den andre siden. Dette kan



tyde på at programmet, i alle fall i dets tidlige stadier, burde vært mer åpent for erfaringer og feedback fra kommunene og de regionale støtteapparatene. Man kunne for eksempel tenke seg at informasjon fra reformens forberedende faser, og da særlig fra dialogmøtene med kommunene, i større grad ble bearbeidet og anvendt til å endre organisering og innretning, og for således å bidra til et større samsvar mellom Leve hele livets mål og ambisjoner på den ene siden og organisering på den andre.

### 11.6.3 Individets ansvar og offentlige prioriteringer

Vi har tidligere pekt på at det er behov for en tydeliggjøring av prioriteringer og prioriteringsutfordringer i helse- og omsorgstjenesten, og i forlengelsen av dette i velferdsstaten (Zeiner et al., 2022). Erfaringene fra de siste årene av reformperioden, og fra andre statlige initiativ på feltet (Tjerbo et al., 2022), viser behovet for en slik debatt. Kommunene, både på sentralt nivå og ute i tjenestene, forteller om et økende gap mellom innbyggernes forventninger og kommunenes tilbud, noe også andre evalueringer rapporterer (Tjerbo et al., 2022). Det handler til dels om at innbyggere som forventer bistand fra det offentlige, blir møtt med forventninger om at de selv skal ta ansvar for egen helse og alderdom, gjennom å tilpasse boligen eller bosituasjonen, gjennom trening og rehabilitering, og gjennom økt bistand fra pårørende. I begynnelsen av reformperioden etterlyste kommunene større drahjelp fra nasjonalt nivå i å justere innbyggernes forventninger, i slutten av perioden opplever de at ansvar for egen alderdom i økende grad også kommer til uttrykk i statlig politikk.

Samtidig er det uklart hva ansvar for egen alderdom, særlig i kombinasjon med målet om at eldre skal bo hjemme lenger, skal bety i praksis. Vi ser en tendens til at enkelte kommuner har som praksis at omsorgstjenester fordeles til innbyggere etter behov uten hensyn til kostnader eller begrensede ressurser, mens tildeling av omsorgstjenester i andre kommuner mer har preg av omfordeling hvor begrensede ressurser medfører større grad av prioritering mellom ulike grupper og behov (jf. Lowi, 1964; Zeiner et al., 2022). Resultatet kan være større variasjon i tildeling av tjenester mellom kommunene, og mellom ulike grupper tjenestemottakere. I vårt datamateriale finner vi for eksempel at eldre som mottar tjenester på institusjon samlet sett får et bedre tilbud enn eldre hjemmeboende med stort omsorgsbehov. Spørsmålet er da om vi beveger oss bort fra det idealet om universelle tjenester som har karakterisert helse- og omsorgstjenestene i Norden (Szebehely & Meagher, 2018).

Dersom gapet mellom innbyggernes forventninger og det offentlige tilbudet blir for stort, risikerer vi at grunnlaget for den norske velferdsmodellen undergraves. Vi har ikke i denne evalueringen vurdert spørsmålet knyttet til helse-, omsorg- og velferdstjenestenes legitimitet, men vi registrerer at flere av våre informanter forstår omstilling av eldreomsorgen som et spørsmål om prioritering av knappe ressurser. Hvis vi sammenligner forarbeidene til reformen (Halogen, 2017) med dennes mottakelse i kommunene, ser vi også at kommunene opplever det som svært vanskelig å skulle imøtekomme innbyggernes forventninger til kvalitet i helse- og omsorgstjenestene. Dette tyder på at det nå er viktig å for alvor sette diskusjonen om prioriteringer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene på den nasjonale dagsorden.

## Referanser

- Alford, J. & Head, B. W. (2017). Wicked and less wicked problems: a typology and a contingency framework. *Policy and Society*, 36(3), 397-413.
- Andrews, T. M., Tjerbo, T., Ambugo, E. A., Bliksvær, T., Fabritius, M. K., Aguinaldo, S. J. R. & Hagen, T. P. (2021). *Årsaker til kostnadsvekst i kommunale pleie- og omsorgstjenester. NF rapport nr: 10/2021*. Nordlandsforskning.  
[https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2981915/NF-rapport+10\\_2021+131221.pdf?sequence=2](https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2981915/NF-rapport+10_2021+131221.pdf?sequence=2)
- Argyris, C. & Schön, D. A. (1978). *Organizational Learning: A Theory of Action Perspective*. Addison-Wesley.
- Atkinson, S., Ingham, J., Cheshire, M. & Went, S. (2010). Defining quality and quality improvement. *Clin Med (Lond)*, 10(6), 537-539.  
<https://doi.org/10.7861/clinmedicine.10-6-537>
- Bindal kommune. (2022). *Leve hele livet i Bindal. 2023-2026*.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Cohen, M. D., March, J. G. & Olsen, J. P. (1972). A Garbage Can Model of Organizational Choice. *Administrative Science Quarterly*, 17(1), 1-25.  
<https://doi.org/10.2307/2392088>
- Creswell, J. W. & Creswell, J. D. (2017). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage publications.
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A. & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation science*, 4(1), 1-15.
- DeLeon, P. (1999). The Missing Link Revisited. *Review of Policy Research*, 16(3-4), 311-338. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1541-1338.1999.tb00887.x>
- Dunér, A., Blomberg, S. & Hasson, H. (2011). Implementing a continuum of care model for older people-results from a Swedish case study. *Int J Integr Care*, 11, e136.  
<https://doi.org/10.5334/ijic.665>
- Eoyang, G. H. & Berkas, T. H. (1999). Evaluation in Complex Adaptive Systems. I M. Lissack & H. Gunz (Red.), *Managing Complexity in Organizations*. Quorum Books.
- Etnedal kommune. (2020). Implementering av reformen "Leve hele livet". Saksframlegg.
- Etzioni, A. (1962). Complex Organizations. *American Journal of Sociology*, 67(5), 579-579.
- Evje og Hornnes kommune. (2021). *Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre. Handlingsplan 2021-2023*. .
- Flekkfjord kommune. (2022). *Helse og omsorgsplan 2030. Mobilisering og muligheter*.
- Flor, A. (2022). *Glemt i eget hjem. Hvordan hindre at hjemmet blir en institusjon uten sosial kontakt i alderdommen?* (Bd. Røde kors). Oslo.
- Folkehelseinstituttet. (2021a). *Folkehelse rapporten. Ikke smittsomme sykdommer. Demens*.  
<https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/demens/?term=>
- Folkehelseinstituttet. (2021b). *Folkehelse rapporten. Samfunn og levekår. Livskvalitet*.  
<https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/samfunn/livskvalitet-i-norge/?term=>

- Fretheim, A., Flottorp, S. A. & Oxman, A. D. (2015). *Effekt av tiltak for implementering av kliniske retningslinjer. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 10–2015* (8281219599). Kunnskapssenteret. [https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/2475818/K\\_rapport\\_2015\\_10.pdf?sequence=2](https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/2475818/K_rapport_2015_10.pdf?sequence=2)
- Froland kommune. (2021). *Plan for Leve hele livet*.
- Gautun, H. & Bratt, C. (2023). Help and Care to Older Parents in the Digital Society. *Nordic Journal of Working Life Studies*, 13(4), 67-87. <https://doi.org/https://doi.org/10.18291/njwls.137453>
- Gautun, H. & Grødem, A. S. (2015). Prioritising care services: Do the oldest users lose out? *International Journal of Social Welfare*, 24(1), 73-80. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/ijsw.12116>
- Gjøvik kommune. (2022). *Helse- og omsorgsplan 2030. Vedtatt av kommunestyret 28.04.2022*.
- Glouberman, S. & Zimmerman, B. (2002). *Complicated and Complex Systems: What Would Successful Reform of Medicare Look Like? Commission on the Future of Health Care in Canada. Discussion Paper No. 8*. [https://www.researchgate.net/profile/Sholom-Glouberman/publication/265240426\\_Complicated\\_and\\_Complex\\_Systems\\_What\\_Would\\_Successful\\_Reform\\_of\\_Medicare\\_Look\\_Like/links/548604670cf268d28f044afd/Complicated-and-Complex-Systems-What-Would-Successful-Reform-of-Medicare-Look-Like.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Sholom-Glouberman/publication/265240426_Complicated_and_Complex_Systems_What_Would_Successful_Reform_of_Medicare_Look_Like/links/548604670cf268d28f044afd/Complicated-and-Complex-Systems-What-Would-Successful-Reform-of-Medicare-Look-Like.pdf)
- Gransjøen, A. (2022). *Hvordan kan retningslinjer og veiledere implementeres i den kommunale helse- og omsorgssektoren*. Senter for omsorgsforskning.
- Hagen, T. P. (2015). *Resultatevaluering av Omsorgsplan 2015: Faglig sluttrapport*. Universitetet i Oslo, Avdeling for helseledelse og helseøkonomi., Institutt for helse og samfunn. <https://kudos.dfo.no/documents/7857/files/7750.pdf>
- Halogen. (2017). *Oppsummerende rapport. Dialogmøte Leve hele livet*. Halogen. [https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/fellesdok/levehelelivet/hod\\_oppsummering1-4samlingsrapport.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/fellesdok/levehelelivet/hod_oppsummering1-4samlingsrapport.pdf)
- Haug, A. V. (2019). Innovasjonsteori og fremveksten av digital forvaltning - hvorfor noen kommuner går foran og andre kommer etter. I H. Baldersheim & L. Rose (Red.), *Det kommunale laboratorium. Teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering*. 3. utgave (s. 153-176). Fagbokforlaget.
- Haukelien, H., Vike, H. & Vardheim, I. (2015). *Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene*. Telemarksforskning.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). *Samhandlingsreformen - Rett behandling - på rett sted - til rett tid. St. meld. nr. 47 (2008-2009)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009/id567201/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*. H.-o. omsorgsdepartementet. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018a). *Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre. Meld. St. 15 (2017-2018)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018b). *Tillegg no. 40 til tildelingsbrev til Helsedirektoratet 2018 - Oppdrag om gjennomføring av Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/leve-hele-livet-kvalitetsreformen-for->

[eldre/Oppdragsbrev%20til%20Helsedirektoratet.pdf/ /attachment/inline/1d9f0a51-ce9c-4d59-a412-738f38db157a:57b650b3efc09ccaa16cb1e76a4bbbac35034c87/Oppdragsbrev%20leve%20hele%20livet.pdf](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/)

Helse- og omsorgsdepartementet. (2019a). *Folkehelsemeldinga - Gode liv i eit trygt samfunn. Meld. St. 19 (2018-2019)*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2019b). *Proposisjon til Stortinget for budsjettåret 2020. Prop. 1 S (2019-2020)*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/358b7feabd0c4e069bffa87f3fc3813d/no/pdfs/prp201920200001hodddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Proposisjon til Stortinget for budsjettåret 2021. Prop 1 S (2020-2021)*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/49cdf0dd4b2e4f1981e09ea62b94f0d8/no/pdfs/prp202020210001hodddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2021). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) for budsjettåret 2022. Prop. 1 S (2021-2022)*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2022). *Proposisjon til Stortinget for budsjettåret 2023. Prop. 1 S (2022-2023)*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/51e808bed72d4c64bd38016efcf5c609/no/pdfs/prp202220230001hodddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). *Felleskap og meistring - Bu trygt heime. Meld. St. 24 (2022-2023)*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/a8280e2548c04d3ea6898078480bfa0c/nn-no/pdfs/stm202220230024000dddpdfs.pdf>

Helsedirektoratet. (2019). *Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering, organisering og tilbud*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunale-frisklivssentraler-etablering-organisering-og-tilbud/Kommunale%20frisklivssentraler%20%E2%80%93%20Etablering,%20organisering%20og%20tilbud%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/ /attachment/inline/7cbef5d9-65ee-468d-b8a0-786746db7d2f:94a0131dab82438294c9705ce1155dcea34e7ec7/Kommunale%20frisklivssentraler%20%E2%80%93%20Etablering,%20organisering%20og%20tilbud%20%E2%80%93%20Veileder.pdf>

Helsedirektoratet. (2021a). *Nasjonal gjennomføringsplan for Leve hele livet- reformen 2019-2023. Revidert juni 2021*. Helsedirektoratet.  
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/leve-hele-livet-kvalitetsreformen-for-eldre/om-leve-hele-livet-reformen/Nasjonal%20gjennomf%C3%B8ringsplan%20Leve%20hele%20livet%20-%20revidert%20juni%202021.pdf/ /attachment/inline/f0cba203-81e2-4459-9e04-abe77af16cb4:d6b414e5beb9dd60f2c226ba6e0fd98e7400a1df/Nasjonal%20gjennomf%C3%B8ringsplan%20Leve%20hele%20livet%20-%20revidert%20juni%202021.pdf>

Helsedirektoratet. (2021b). *Notat - Leve hele livet, oppsummering av statusrapportering fra statsforvalterne pr. 1. november 2021*.

Helsedirektoratet. (2021c). *Årsrapport Leve hele livet - en kvalitetsreform for eldre. Status per 31. desember 2021*.

Helsedirektoratet. (2022). *Leve hele livet. Statusrapportering fra de regionale støtteapparatene pr. 1. november 2022*.

- Helsedirektoratet. (2023). *Leve hele livet - en kvalitetsreform for eldre - årsrapport 2022*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/leve-hele-livet-arsrapport-2022>
- Hillestad, C. (2020). *Nutritional care for older persons: A qualitative study of experiences of older patients, family caregivers and healthcare professionals*. OsloMet.
- Hofstad, H., Mouratidis, K., Sagen, S. B. & Zeiner, H. H. (2021). Erfaringer etter gjennomførte hovedaktiviteter i Kristiansand. *NIBR-kortnotat 2021*(3), 1-20. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/11250/2835023>
- Hofstad, H., Mouratidis, K., Zeiner, H. H., Følling, K. E. & Olsen, B. O. (2023). Hva er lokal, sosial bærekraft? Erfaringer fra Fredrikstad. *NIBR-kortnotat, 2023*(4), 1-33. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/11250/3105831>
- Jason, S., Tracy, F., Mark, B., Gregory, M., Chris, G., Bryan, Y., Narayanan, K., Neil, S. & Nigel Suren, K. (2019). Acute kidney injury electronic alerts: mixed methods Normalisation Process Theory evaluation of their implementation into secondary care in England. *BMJ Open*, 9(12), e032925. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032925>
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2015). *Samarbeid mellom frivillige og kommuner. Råd og veiledning til kommuner som vil inngå samarbeid med frivillige*. Kommunal- og moderniseringsdepartementet. [https://www.regjeringen.no/contentassets/5003785a94a5487391a47a62c4dd8ca4/samarbeid\\_frivillige\\_kommuner.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/5003785a94a5487391a47a62c4dd8ca4/samarbeid_frivillige_kommuner.pdf)
- Kulturdepartementet. (2018). *Frivilligheita – sterk, sjølvstendig, mangfoldig — Den statlege frivilligheitspolitikken. Meld. St. 10 (2018–2019)*. Kulturdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-10-20182019/id2621384/>
- Kvæl, L. A. H., Hellesø, R., Bergland, A. & Debesay, J. (2022). Balancing standardisation and individualisation in transitional care pathways: a meta-ethnography of the perspectives of older patients, informal caregivers and healthcare professionals. *BMC Health Services Research*, 22(1), 430. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07823-8>
- Linnerud, S., Kvael, L. A. H., Graverholt, B., Idland, G., Taraldsen, K. & Brovold, T. (2023). Stakeholder development of an implementation strategy for fall prevention in Norwegian home care – a qualitative co-creation approach. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1390. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10394-x>
- Lowi, T. J. (1964). American Business, Public Policy, Case-Studies, and Political Theory. *World Politics*, 16(4), 677-715. <https://doi.org/10.2307/2009452>
- Løten kommune. (2021). *Leve hele livet - plan for Løten kommune*.
- Matland, R. E. (1995). Synthesizing the Implementation Literature: The Ambiguity-Conflict Model of Policy Implementation. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 5(2), 145-174. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.jpart.a037242>
- May, C. & Finch, T. (2009). Implementing, Embedding, and Integrating Practices: An Outline of Normalization Process Theory. *Sociology*, 43(3), 535-554. <https://doi.org/10.1177/0038038509103208>
- May, C. R., Mair, F., Finch, T., MacFarlane, A., Dowrick, C., Treweek, S., Rapley, T., Ballini, L., Ong, B. N., Rogers, A., Murray, E., Elwyn, G., Légaré, F., Gunn, J. & Montori, V. M. (2009). Development of a theory of implementation and integration: Normalization Process Theory. *Implementation science*, 4(1), 29. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-29>
- Metz, A. & Bartley, L. (2020). Implementation Teams: A Stakeholder View of Leading and Sustaining Change. I B. Albers, A. Shlonsky & R. Mildon (Red.), *Implementation*



- Science 3.0 (s. 199-225). Springer International Publishing.  
[https://doi.org/10.1007/978-3-030-03874-8\\_8](https://doi.org/10.1007/978-3-030-03874-8_8)
- Miljøverndepartementet. (2011). *Kommunal planstrategi. Veileder*. . Miljøverndepartementet  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/83801c9c858d402ea2958e1930fc421a/t-1494.pdf>
- Miljøverndepartementet. (2012). *Kommuneplanprosessen - samfunnsdelen - handlingsdelen. Veileder*. Miljøverndepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/493007ab4f9349a295a34982f77173ec/t-1492.pdf>
- Mohr, L. B. (1995). *Impact analysis for program evaluation. 2nd edition*. Sage.
- Montero-Odasso, M., van der Velde, N., Martin, F. C., Petrovic, M., Tan, M. P., Ryg, J., Aguilar-Navarro, S., Alexander, N. B., Becker, C., Blain, H., Bourke, R., Cameron, I. D., Camicioli, R., Clemson, L., Close, J., Delbaere, K., Duan, L., Duque, G., Dyer, S. M., Freiburger, E., Ganz, D. A., Gómez, F., Hausdorff, J. M., Hogan, D. B., Hunter, S. M. W., Jauregui, J. R., Kamkar, N., Kenny, R.-A., Lamb, S. E., Latham, N. K., Lipsitz, L. A., Liu-Ambrose, T., Logan, P., Lord, S. R., Mallet, L., Marsh, D., Milisen, K., Moctezuma-Gallegos, R., Morris, M. E., Nieuwboer, A., Perracini, M. R., Pieruccini-Faria, F., Pighills, A., Said, C., Sejdic, E., Sherrington, C., Skelton, D. A., Dsouza, S., Speechley, M., Stark, S., Todd, C., Troen, B. R., van der Cammen, T., Verghese, J., Vlaeyen, E., Watt, J. A., Masud, T. & Adults, t. T. F. o. G. G. f. F. i. O. (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age and Ageing*, 51(9). <https://doi.org/10.1093/ageing/afac205>
- Nakrem, S. & Hynne, A. B. (2017). Pårørende en betinget ressurs? En kvalitativ studie av pårørende til langtidsbeboere i sykehjem sine erfaringer av egen rolle. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 3(3), 165-175. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2017-03-02>
- Narvik kommune. (2021). *Leve hele livet - en kvalitetsreform for eldre. Handlingsplan for eldreomsorgen i Narvik kommune. 2021-2024*.
- NOU 2023:4. (2023). *Tid for handling - personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. . Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/nou/dfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf>
- Offerdal, A. (2019). Iverksettingsteori - resultatene blir sjelden som planlagt, og det kan være en fordel? I H. Baldersheim & L. Rose (Red.), *Det kommunale laboratorium. Teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering. 3. utgave* (s. 219-238). Fagbokforlaget.
- Olsen, J. P. (1970). Local Budgeting, Decision-Making or a Ritual Act? *Scandinavian Political Studies*.
- Plan- og bygningsloven. (2008). *Lov om planlegging og byggesaksbehandling (LOV-2008-06-27-71)*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-27-71>
- Powell, B. J., Waltz, T. J., Chinman, M. J., Damschroder, L. J., Smith, J. L., Matthieu, M. M., Proctor, E. K. & Kirchner, J. E. (2015). A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implementation science*, 10(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0209-1>
- Pressman, J. L. & Wildavsky, A. (1984). *Implementation: How great expectations in Washington are dashed in Oakland....* (Bd. 708). University of California Press.
- Risør kommune. (2021). *Plan for Leve til livet*.

- Rogers, P. J. (2008). Using Programme Theory to Evaluate Complicated and Complex Aspects of Interventions. *Evaluation*, 14(1), 29-48.  
<https://doi.org/10.1177/1356389007084674>
- Røsstad, T., Garåsen, H., Steinsbekk, A., Håland, E., Kristoffersen, L. & Grimsmo, A. (2015). Implementing a care pathway for elderly patients, a comparative qualitative process evaluation in primary care. *BMC Health Services Research*, 15(1), 86.  
<https://doi.org/10.1186/s12913-015-0751-1>
- Sandlie, H. C., Flåto, M. & Gulbrandsen, L. (2023). *Eldres boligønsker og bosituasjon. En undersøkelse blant hjemmeboende over 75 år. NOVA-rapport 8/23*. NOVA.  
<https://oda.oslomet.no/oda-xmloi/bitstream/handle/11250/3090376/NOVA-Rapport-8-2023.pdf?sequence=1>
- Sattar, R., Lawton, R., Panagioti, M. & Johnson, J. (2021). Meta-ethnography in healthcare research: a guide to using a meta-ethnographic approach for literature synthesis. *BMC Health Services Research*, 21(1), 50. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-06049-w>
- Schein, E. H. & Schein, P. A. (2016). *Organizational Culture and Leadership* (5,5th edition. utg.). Wiley.
- Scott, J. C. (1998). *Seeing like a state: How certain schemes to improve the human condition have failed*. Yale University Press.
- Smith, K. B. & Larimer, C. W. (2013). *The Public Policy Primer. Vol. 2nd. ed.* Westview Press
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). ... OG BEDRE SKAL DET BLI! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten. Til deg som leder og utøver. . Sosial- og helsedirektoratet. <https://veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/metoder-og-verktoy-for-systematisk-kvalitetsforbedring-for-helhetlige-og-koordinerte-tjenester/de-seks-dimensjonene-for-kvalitet-i-tjenestene-er-sentrale-sjek>
- Statistisk sentralbyrå. (2023). *Sykehjem og hjemmetjenesten i Norge*.  
<https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/sykehjem-og-hjemmetjenesten-i-norge>
- Steinsheim, G., Malmedal, W., Follestad, T., Olsen, B. & Saga, S. (2023). Factors associated with subjective burden among informal caregivers of home-dwelling people with dementia: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 23(1), 644.  
<https://doi.org/10.1186/s12877-023-04358-3>
- Szebehely, M. & Meagher, G. (2018). Nordic eldercare – Weak universalism becoming weaker? *Journal of European Social Policy*, 28(3), 294-308.  
<https://doi.org/10.1177/0958928717735062>
- Søndre Land kommune. (2021). *Statusrapport "Leve hele livet"; Søndre Land kommune*.
- Sør-Odal kommune. (2021). *Leve hele livet i Sør-Odal. Handlingsplan 2021-2023*.
- Taranrød, L. B., Eriksen, S., Pedersen, I. & Kirkevold, Ø. (2020). Characteristics, Burden of Care and Quality of Life of Next of Kin of People with Dementia Attending Farm-Based Day Care in Norway: A Descriptive Cross-Sectional Study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 13(null), 1363-1373.  
<https://doi.org/10.2147/JMDH.S268818>
- Tjerbo, T., Førland, O., Sørvoll, J., Hagen, T. P., Fosse, R. M., Ambugo, E. A., Gautun, H. & Bikova, M. (2022). *Resultatevaluering av Omsorg 2020 - regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015 -2020. HERO WP 2022/2*. Universitetet i Oslo.  
[https://www.med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/publikasjoner/skriftserie/2022/2022\\_2.pdf](https://www.med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/publikasjoner/skriftserie/2022/2022_2.pdf)

- Tøien, M. (2019). *An exploration of how long-term preventive home visits affect older persons' health and possibility for a good life in their own homes: Users' and service-providers' perspectives*. Universiteter i Oslo.
- Uusikylä, P. & Valovirta, V. (2007). Three Spheres of Performance Governance: Spanning the Boundaries from Single-Organization Focus towards a Partnership Network. *Evaluation*, 13(4), 399-419. <https://doi.org/10.1177/1356389007082128>
- Vestby, G. M., Gundersen, F. & Skogheim, R. (2014). *Ildsjeler og lokalt utviklingsarbeid– Gløden, rollen og rammevilkårene*. NIBR-rapport 2014:2. NIBR. <https://oda.oslomet.no/oda-xmloi/bitstream/handle/20.500.12199/5921/2014-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Vetvik, E. & Disch, P. G. (2017). *Retorikk og Realiteter: planlegging for framtidens helse-og omsorgsoppgaver i kommunene–2015-2025*. Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 05/2017. . Høgskolen i Sørøst-Norge. [https://openarchive.usn.no/usn-xmloi/bitstream/handle/11250/2448818/rapport\\_05\\_2017\\_trykk.pdf?sequence=1](https://openarchive.usn.no/usn-xmloi/bitstream/handle/11250/2448818/rapport_05_2017_trykk.pdf?sequence=1)
- World Health Organization. (2012). *Programme on Mental Health WHO QOL User Manual*. WHO: Division of mental health and prevention of substance abuse.
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2020). *Healthy ageing and functional ability*. World Health Organization. Hentet 11.04 fra <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/healthy-ageing-and-functional-ability>
- Yin, R. K. (1994). *Case study research: Design and methods*. 2nd edition. Sage.
- Zeiner, H. H., Amundsen, M., Dokken, T., Dyb, E., Holden, M. B., Monkerud, L. C., Rasmussen, I. & Ruud, M. E. (2022). *Leve hele livet i kommunene*. NIBR- rapport 2022:1. By- og regionforskningsinstituttet, NIBR, OsloMet.
- Zeiner, H. H., Amundsen, M., Dokken, T., Holden, M. B., Ruud, M. E., Rasmussen, I. & Skogheim, R. (2021). *Kvalitetsreform, samfunnsreform eller begge deler? Støtteapparatets forståelse og vurdering av "Leve hele livet"*. NIBR-rapport 2021:12. By- og regionforskningsinstituttet, NIBR, OsloMet.



# Vedlegg 1: Tabeller, kommunalt pasient- og brukerregister

Tabell A3.1: Tilpasningsmål for ulike estimerte modeller (N=1 599 039)

		I	II	III	IV	V
<i>H</i> (helsetj. i hjemmet mv.)	just. $R^2$	0,000	0,165	0,228	0,228	0,240
	<i>AIC</i>	4472395	4249256	4124189	4124145	4098754
<i>I</i> (institusjonstj.)	just. $R^2$	0,000	0,337	0,374	0,374	0,376
	<i>AIC</i>	4505772	3880216	3788943	3788910	3785170
<i>A</i> (avlastning mv.)	just. $R^2$	0,000	0,069	0,076	0,076	0,077
	<i>AIC</i>	4520707	4423716	4412215	4412087	4409737
År		ja	ja	ja	ja	ja
Behov			ja	ja	ja	ja
Alder				ja	ja	ja
År·alder					ja	ja
Kommunestørrelse (log)						ja
År·kommunestørrelse (log)						ja
Alder·kommunestørrelse (log)						ja
År·alder·kommunestørrelse (log)						ja
And. i spredtbygde strøk (log)						ja
År·and. i spredtbygde strøk (log)						ja
Alder·and. i spredtbygde strøk (log)						ja
År·alder·and. i spredtbygde strøk (log)						ja

Tabell A3.2: Forskjeller i «reformeffekt» ( $\Delta$ ) for hjemmetjenester mv. ( $H$ ), institusjonstjenester ( $I$ ) og avlastningstjenester mv. ( $A$ ) etter kommunestørrelse og spredtbygdhet (N=1 599 039)

		Endring i $\Delta H$ * etter:		Endring i $\Delta I$ * etter:		Endring i $\Delta A$ * etter:	
		Komm.strl.	Spr.bygdh.	Komm.strl.	Spr.bygdh.	Komm.strl.	Spr.bygdh.
2019	<19	0,0041	0,0108	0,0050	-0,0051	-0,0286	-0,0130
	20-34	0,0085	0,0085	-0,0156	-0,0127	0,0123	0,0088
	35-49	0,0082	0,0101	-0,0180	-0,0137	0,0094	0,0128
	65-69	-0,0064	-0,0035	0,0013	0,0049	-0,0005	-0,0033
	70-74	-0,0034	-0,0082	0,0217	0,0254 *	0,0110	0,0020
	75-79	0,0019	0,0034	0,0048	0,0094	0,0102	0,0003
	80-84	-0,0057	-0,0091	0,0156	0,0182	-0,0244 *	-0,0286 *
	85-90	0,0082	0,0057	0,0063	0,0125	-0,0127	-0,0195
	>90	-0,0061	0,0019	0,0143	0,0070	-0,0196	-0,0187
2020	<19	-0,0321 **	-0,0263 *	0,0262 *	0,0271 *	0,0498 *	0,0543 *
	20-34	0,0129	0,0145	-0,0029	0,0033	-0,0188	-0,0145
	35-49	0,0038	0,0040	-0,0011	0,0039	0,0011	0,0065
	65-69	-0,0093	-0,0079	-0,0061	-0,0018	-0,0162	-0,0097
	70-74	-0,0070	-0,0128	0,0174	0,0202	0,0087	0,0019
	75-79	-0,0182	-0,0108	0,0201	0,0300 **	-0,0086	-0,0074
	80-84	-0,0068	-0,0150	-0,0021	0,0080	-0,0136	-0,0050
	85-90	-0,0098	-0,0120	0,0048	0,0158	-0,0143	-0,0081
	>90	-0,0374 **	-0,0202	0,0042	0,0080	-0,0046	0,0047
2021	<19	-0,0253 *	-0,0211	0,0325 **	0,0467 **	0,0159	0,0189
	20-34	0,0170	0,0184	-0,0083	0,0000	-0,0187	-0,0074
	35-49	0,0106	0,0060	-0,0113	-0,0008	0,0001	0,0059
	65-69	-0,0084	-0,0053	-0,0032	0,0001	-0,0236	-0,0178
	70-74	-0,0101	-0,0171	0,0164	0,0299 *	-0,0117	-0,0143
	75-79	-0,0156	-0,0144	0,0186	0,0409 **	-0,0252	-0,0236
	80-84	-0,0254 *	-0,0266 *	0,0108	0,0306 **	-0,0343 **	-0,0233 *
	85-90	-0,0139	-0,0126	0,0074	0,0298 **	-0,0278 **	-0,0208 *
	>90	-0,0266	-0,0147	0,0143	0,0286 *	-0,0078	0,0050
2022	<19	-0,0210	-0,0111	0,0365 **	0,0530 **	0,0058	-0,0010
	20-34	0,0194	0,0198 *	-0,0049	0,0044	-0,0212	-0,0075
	35-49	0,0134	0,0114	-0,0056	0,0064	0,0006	0,0081
	65-69	-0,0135	-0,0025	-0,0121	-0,0065	-0,0242	-0,0191
	70-74	0,0084	0,0043	0,0246 *	0,0371 **	-0,0128	-0,0225
	75-79	-0,0061	-0,0024	0,0318 **	0,0533 **	-0,0214	-0,0245
	80-84	-0,0066	-0,0044	0,0075	0,0239 *	-0,0287 *	-0,0197
	85-90	-0,0221	-0,0144	0,0251 *	0,0450 **	-0,0251 *	-0,0196
	>90	-0,0248	-0,0072	0,0279 *	0,0447 **	0,0005	0,0128

Forklaring: \*\* p<0,01, \*p<0,05. Estimater fra modell V (se tabell A1).

Tabell A3.3: Behovskombinasjoner og tildeling av hjemmetjenester mv. (H), institusjonstjenester (I) og avlastningstjenester mv. (A) (N=1 599 039)

Sosiale	Kognitive	Egen helse	Husholdning	Egen omsorg	H	I	A
L	L	L	L	M	0,23	0,00	0,15
L	L	L	L	H	0,37	0,29	0,16
L	L	L	M	L	0,39	-0,08	0,04
L	L	L	M	M	0,52	-0,11	0,23
L	L	L	M	H	0,68	0,15	0,40
L	L	L	H	L	0,47	-0,03	0,17
L	L	L	H	M	0,56	0,01	0,32
L	L	L	H	H	0,58	0,31	0,41
L	L	M	L	L	0,08	-0,19	0,07
L	L	M	L	M	0,38	-0,07	0,28
L	L	M	L	H	0,47	0,66	0,47
L	L	M	M	L	0,64	-0,30	0,21
L	L	M	M	M	0,78	-0,19	0,36
L	L	M	M	H	0,77	0,19	0,44
L	L	M	H	L	0,78	-0,18	0,33
L	L	M	H	M	0,88	-0,01	0,52
L	L	M	H	H	0,84	0,37	0,57
L	L	H	L	L	0,18	-0,04	0,04
L	L	H	L	M	0,47	0,41	0,29
L	L	H	L	H	0,61	0,79	0,34
L	L	H	M	L	0,68	-0,13	0,22
L	L	H	M	M	0,90	-0,04	0,39
L	L	H	M	H	0,75	0,33	0,57
L	L	H	H	L	0,85	0,05	0,38
L	L	H	H	M	0,99	0,16	0,53
L	L	H	H	H	0,84	0,50	0,59
L	M	L	L	L	0,08	0,02	0,15
L	M	L	L	M	0,26	0,31	0,28
L	M	L	L	H	0,41	0,36	0,09
L	M	L	M	L	0,47	-0,16	0,30
L	M	L	M	M	0,58	-0,09	0,35
L	M	L	M	H	0,74	0,00	0,30
L	M	L	H	L	0,50	-0,09	0,50
L	M	L	H	M	0,69	0,06	0,53
L	M	L	H	H	0,79	0,34	0,30
L	M	M	L	L	0,17	-0,18	0,23
L	M	M	L	M	0,51	0,34	0,60
L	M	M	L	H	0,39	1,06	0,57
L	M	M	M	L	0,63	-0,28	0,45
L	M	M	M	M	0,88	-0,12	0,60
L	M	M	M	H	0,69	0,41	0,95
L	M	M	H	L	0,83	-0,12	0,66
L	M	M	H	M	0,97	0,06	0,79
L	M	M	H	H	0,90	0,58	0,79
L	M	H	L	L	0,26	-0,02	0,26
L	M	H	L	M	0,58	1,17	0,81

Tabell A3.3 forts

Sosiale	Kognitive	Egen helse	Husholdning	Egen omsorg	H	I	A
L	M	H	L	H	0,58	1,19	0,54
L	M	H	M	L	0,78	-0,21	0,44
L	M	H	M	M	1,01	0,07	0,63
L	M	H	M	H	0,79	0,62	0,60
L	M	H	H	L	0,95	0,14	0,75
L	M	H	H	M	1,03	0,36	0,77
L	M	H	H	H	0,86	0,71	0,77
L	H	L	L	L	0,12	0,35	0,19
L	H	L	L	M	0,28	0,36	0,00
L	H	L	L	H	0,32	0,59	0,34
L	H	L	M	L	0,44	-0,05	0,22
L	H	L	M	M	0,39	0,22	0,05
L	H	L	H	L	0,56	-0,29	0,45
L	H	L	H	M	0,79	0,27	0,76
L	H	L	H	H	0,59	0,23	0,31
L	H	M	L	L	0,14	-0,16	0,13
L	H	M	L	M	0,27	0,04	0,37
L	H	M	L	H	0,24	1,42	0,19
L	H	M	M	L	0,50	-0,13	0,44
L	H	M	M	M	0,72	-0,22	0,40
L	H	M	M	H	0,32	1,00	1,97
L	H	M	H	L	0,59	-0,05	0,77
L	H	M	H	M	0,78	0,20	0,88
L	H	M	H	H	0,82	0,57	0,77
L	H	H	L	L	0,04	-0,01	0,24
L	H	H	L	M	0,16	0,84	0,52
L	H	H	L	H	0,29	1,09	0,54
L	H	H	M	L	0,59	-0,23	0,33
L	H	H	M	M	0,98	-0,13	0,63
L	H	H	M	H	0,91	0,84	0,96
L	H	H	H	L	0,89	0,30	0,93
L	H	H	H	M	0,88	0,58	0,72
L	H	H	H	H	0,62	0,94	0,80
M	L	L	L	L	0,11	0,18	0,01
M	L	L	L	M	0,23	0,36	0,16
M	L	L	L	H	0,40	0,41	-0,10
M	L	L	M	L	0,27	0,21	0,07
M	L	L	M	M	0,41	0,06	0,20
M	L	L	M	H	0,23	0,09	0,13
M	L	L	H	L	0,43	0,23	0,21
M	L	L	H	M	0,59	0,08	0,30
M	L	L	H	H	0,57	0,47	0,26
M	L	M	L	L	0,13	0,00	0,09
M	L	M	L	M	0,33	0,33	0,25
M	L	M	L	H	0,26	1,43	0,19
M	L	M	M	L	0,46	0,05	0,20

Tabell A3.3 forts

Sosiale	Kognitive	Egen helse	Husholdning	Egen omsorg	H	I	A
M	L	M	M	M	0,80	-0,03	0,36
M	L	M	M	H	0,83	0,51	0,46
M	L	M	H	L	0,73	0,07	0,37
M	L	M	H	M	0,96	0,16	0,57
M	L	M	H	H	0,92	0,62	0,60
M	L	H	L	L	0,22	-0,01	0,05
M	L	H	L	M	0,37	0,79	0,14
M	L	H	L	H	0,41	1,55	0,39
M	L	H	M	L	0,56	0,05	0,24
M	L	H	M	M	0,85	0,10	0,34
M	L	H	M	H	0,58	0,75	0,40
M	L	H	H	L	0,73	0,19	0,40
M	L	H	H	M	1,01	0,37	0,59
M	L	H	H	H	0,86	0,78	0,55
M	M	L	L	L	0,14	0,24	0,08
M	M	L	L	M	0,22	0,45	0,28
M	M	L	L	H	0,35	0,42	0,15
M	M	L	M	L	0,32	0,19	0,19
M	M	L	M	M	0,41	0,15	0,23
M	M	L	M	H	0,15	0,70	0,92
M	M	L	H	L	0,56	0,21	0,32
M	M	L	H	M	0,42	0,23	0,51
M	M	L	H	H	0,53	0,55	0,55
M	M	M	L	L	0,15	0,00	0,14
M	M	M	L	M	0,34	0,71	0,36
M	M	M	L	H	0,39	1,42	0,54
M	M	M	M	L	0,47	0,01	0,39
M	M	M	M	M	0,72	0,03	0,59
M	M	M	M	H	0,48	0,94	0,66
M	M	M	H	L	0,74	0,04	0,71
M	M	M	H	M	0,93	0,31	0,83
M	M	M	H	H	0,83	0,83	0,74
M	M	H	L	L	0,26	0,13	0,17
M	M	H	L	M	0,42	1,36	0,46
M	M	H	L	H	0,33	1,75	0,42
M	M	H	M	L	0,57	0,05	0,43
M	M	H	M	M	0,75	0,27	0,52
M	M	H	M	H	0,64	1,28	0,43
M	M	H	H	L	0,75	0,31	0,80
M	M	H	H	M	0,90	0,64	0,83
M	M	H	H	H	0,74	1,06	0,69
M	H	L	L	L	0,13	0,36	0,03
M	H	L	L	M	0,32	0,45	-0,06
M	H	L	L	H	0,20	0,59	0,58
M	H	L	M	L	0,32	0,16	0,33
M	H	L	M	M	0,28	0,48	-0,10

Tabell A3.3 forts

Sosiale	Kognitive	Egen helse	Husholdning	Egen omsorg	H	I	A
M	H	L	M	H	1,34	2,36	0,95
M	H	L	H	L	0,45	0,24	0,89
M	H	L	H	M	0,22	0,59	0,51
M	H	L	H	H	0,50	0,64	0,97
M	H	M	L	L	0,15	0,00	0,22
M	H	M	L	M	0,43	1,00	0,57
M	H	M	L	H	0,38	1,42	0,52
M	H	M	M	L	0,45	-0,04	0,47
M	H	M	M	M	0,61	0,05	0,90
M	H	M	M	H	0,55	0,48	0,46
M	H	M	H	L	0,69	0,07	0,82
M	H	M	H	M	0,87	0,41	0,98
M	H	M	H	H	0,85	0,74	0,84
M	H	H	L	L	0,13	0,35	0,24
M	H	H	L	M	0,38	1,65	0,61
M	H	H	L	H	0,18	1,83	0,52
M	H	H	M	L	0,59	-0,01	0,58
M	H	H	M	M	0,72	0,35	0,67
M	H	H	M	H	0,32	1,55	0,42
M	H	H	H	L	0,74	0,40	0,91
M	H	H	H	M	0,76	0,80	0,93
M	H	H	H	H	0,60	1,20	0,68
H	L	L	L	L	0,16	0,39	0,05
H	L	L	L	M	0,18	0,50	0,31
H	L	L	L	H	0,24	0,53	0,36
H	L	L	M	L	0,25	0,39	-0,01
H	L	L	M	M	0,32	0,39	-0,09
H	L	L	M	H	0,05	0,47	0,42
H	L	L	H	L	0,18	0,44	0,38
H	L	L	H	M	0,26	0,45	0,38
H	L	L	H	H	0,27	0,65	0,30
H	L	M	L	L	0,13	0,10	0,10
H	L	M	L	M	0,20	0,50	0,18
H	L	M	L	H	0,15	1,05	0,37
H	L	M	M	L	0,35	0,16	0,20
H	L	M	M	M	0,43	0,18	0,24
H	L	M	M	H	0,75	1,15	0,56
H	L	M	H	L	0,42	0,26	0,43
H	L	M	H	M	0,67	0,38	0,47
H	L	M	H	H	0,66	0,82	0,33
H	L	H	L	L	0,17	0,09	0,09
H	L	H	L	M	0,25	0,64	0,11
H	L	H	L	H	0,30	1,32	0,11
H	L	H	M	L	0,45	0,13	0,21
H	L	H	M	M	0,58	0,21	0,40
H	L	H	M	H	0,26	0,97	0,46

Tabell A3.3 forts

Sosiale	Kognitive	Egen helse	Husholdning	Egen omsorg	H	I	A
H	L	H	H	L	0,59	0,25	0,44
H	L	H	H	M	0,71	0,39	0,55
H	L	H	H	H	0,69	0,95	0,43
H	M	L	L	L	0,20	0,38	0,15
H	M	L	L	M	0,18	0,48	0,38
H	M	L	L	H	0,10	0,47	0,89
H	M	L	M	L	0,18	0,40	0,10
H	M	L	M	M	0,17	0,46	0,32
H	M	L	M	H	0,22	0,58	-0,27
H	M	L	H	L	0,21	0,49	0,47
H	M	L	H	M	0,03	0,51	1,03
H	M	L	H	H	0,19	0,54	0,76
H	M	M	L	L	0,16	0,15	0,03
H	M	M	L	M	0,29	0,59	0,05
H	M	M	L	H	0,52	1,08	0,37
H	M	M	M	L	0,37	0,17	0,21
H	M	M	M	M	0,47	0,39	0,31
H	M	M	M	H	0,67	-0,08	0,47
H	M	M	H	L	0,49	0,34	0,43
H	M	M	H	M	0,63	0,62	0,67
H	M	M	H	H	0,54	1,13	0,50
H	M	H	L	L	0,17	0,18	0,11
H	M	H	L	M	0,19	1,30	0,41
H	M	H	L	H	0,11	1,79	0,37
H	M	H	M	L	0,47	0,14	0,24
H	M	H	M	M	0,53	0,39	0,47
H	M	H	M	H	0,34	1,05	0,44
H	M	H	H	L	0,62	0,32	0,64
H	M	H	H	M	0,66	0,68	0,72
H	M	H	H	H	0,53	1,23	0,50
H	H	L	L	L	0,17	0,55	0,49
H	H	L	L	M	0,10	0,56	0,79
H	H	L	L	H	0,07	0,73	0,92
H	H	L	M	L	-0,04	0,46	0,68
H	H	L	M	M	0,10	0,55	0,62
H	H	L	M	H	0,11	0,44	1,10
H	H	L	H	L	0,12	0,46	0,74
H	H	L	H	M	-0,06	0,51	1,70
H	H	L	H	H	0,19	0,69	1,15
H	H	M	L	L	0,17	0,10	0,22
H	H	M	L	M	0,22	0,72	0,80
H	H	M	L	H	0,37	0,97	0,44
H	H	M	M	L	0,43	0,14	0,31
H	H	M	M	M	0,20	0,55	0,64
H	H	M	M	H	-0,09	0,70	0,56
H	H	M	H	L	0,55	0,42	0,64

Tabell A3.3 forts:

Sosiale	Kognitive	Egen helse	Husholdning	Egen omsorg	<i>H</i>	<i>I</i>	<i>A</i>
H	H	M	H	M	0,60	0,69	0,86
H	H	M	H	H	0,38	1,31	0,78
H	H	H	L	L	0,14	0,39	0,19
H	H	H	L	M	0,07	1,64	0,47
H	H	H	L	H	-0,08	2,02	0,23
H	H	H	M	L	0,41	0,15	0,38
H	H	H	M	M	0,40	0,50	0,73
H	H	H	M	H	0,05	1,28	0,89
H	H	H	H	L	0,59	0,47	0,73
H	H	H	H	M	0,58	0,89	0,87
H	H	H	H	H	0,26	1,49	0,43

*Forklaring:* Estimer i kursiv ikke signifikante på 0,05-nivå. Estimer fra modell V (se tabell A1). «Lite/avgrenset behov» langs alle behovsdimensjonene er referansekategori.



# Vedlegg 2: Spørreskjema til kommunene

## Evaluering av 'Leve hele livet'

OsloMet, ved By- og regionforskningsinstituttet NIBR, Velferdsforskningsinstituttet NOVA og Fakultet for helsevitenskap, evaluerer i samarbeid med Vista Analyse 'Leve hele livet' – en kvalitetsreform for eldre på oppdrag fra Helsedirektoratet. Som del av evalueringen gjennomfører vi en spørreundersøkelse til alle norske kommuner om kommunens deltakelse i reformen.

Kommunene har en nøkkelrolle i gjennomføringen av reformen 'Leve hele livet'. Vi håper du vil ta deg tid til å fylle ut vedlagte spørreundersøkelse. Opplysningene vi samler inn skal hjelpe Helsedirektoratet med å justere kurs og virkemiddelbruk i implementeringen av reformen.

### Informasjon om databehandling

#### Hvilke opplysninger registrerer vi?

De fleste spørsmålene i skjemaet dreier seg om kommunens arbeid. Fordi kommunene er organisert forskjellig, har vi også behov for å vite hvor i kommuneorganisasjonen du som fyller ut skjemaet arbeider, og hvilken stilling du har. Vi registrerer ikke ditt navn, men fordi stilling kombinert med kommune kan innebære at du indirekte kan identifiseres, er dette å regne som personopplysninger som reguleres av personvernregelverket. Regelverket gir deg noen rettigheter, samtidig som det innebærer forpliktelser for oss forskere (om dine rettigheter: åpne lenken under om personopplysninger).

#### Hvordan skal vi bruke opplysningene?

Spørreundersøkelsen til kommunen er en av flere datakilder i evalueringen. Svarene fra spørreundersøkelsen registreres elektronisk, og kobles til data om kommunene hentet fra blant annet KOSTRA og Kommunedatabasen (folketall, demografi, sentralitet, ressurser, bruk av hjemmebaserte tjenester og institusjon blant brukere > 80 år). Dataene fra undersøkelsen vil bare brukes til statistiske analyser, og det vil ikke være mulig å identifisere enkeltkommuner eller enkeltpersoner i publikasjoner fra evalueringen. Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om her. Det er bare forskerne i prosjektet som har tilgang på dataene, og vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personregelverket. På oppdrag fra NIBR/OsloMet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### Hvordan kontakte oss

Institutt for by- og regionforskning NIBR,  
OsloMet storbyuniversitetet  
Hilde Hatleskog Zeiner, prosjektleder  
hildehz@oslomet.no Tlf. 916 62 575

Klikk på denne koblingen hvis du [ønsker å få mer informasjon om behandlingen av dine personopplysninger](#)

Jeg godtar behandlingen av mine personopplysninger i henhold til informasjonen gitt her.

Undersøkelsen inneholder spørsmål om de kommunale helse- og omsorgstjenestene generelt, i tillegg til spørsmål om 'Leve hele livet'-reformene. Selv om kommunen ikke deltar i reformen, ber vi om at du besvarer undersøkelsen.

#### 1. Har din kommune fattet vedtak om gjennomføring av 'Leve hele livet'?

Ja  Nei  Vet ikke

Neste

6 % fullført

1b. Har kommunen gjennomført tiltak i tråd med vedtaket?

Ja  Nei  Vet ikke

2. Hvor godt mener du følgende påstander om reformen stemmer? Svar på en skala fra 1 til 5, der 1 betyr "stemmer ikke" og 5 betyr "stemmer svært godt"

	1 stemmer ikke	2	3	4	5 stemmer svært godt	Vet ikke/ikke relevant
Reformens mål er tydelig definert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reformens mål samsvarer med kommunens behov	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reformens virkemidler samsvarer med kommunens behov	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informasjonsmateriellet er relevant og nyttig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regionalt støtteapparat har vært relevant og nyttig for kommunen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Neste

12 % fullført

3. Deltar din kommune i følgende nettverk? Kryss av for alle aktuelle alternativer.

- Nettverk for aldersvennlige lokalsamfunn
- Nettverk for klinisk observasjonskompetanse (KlinObsKommune)
- Kommunenettverk for velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging
- Kommunenettverk for universell utforming
- KS kompetansenettverk for e-helse
- TØRN-prosjektet (sammen om fremtidens helse og omsorg)
- Helseledernettverk
- Helsefellesskap
- Andre interkommunale nettverk

4. Har kommunen din tilstrekkelig kapasitet på følgende institusjonsplasser. Svar på en skala fra 1 til 5, der 1 betyr «i svært liten grad» og 5 betyr «i svært stor grad».

	1 i svært liten grad	2	3	4	5 i svært stor grad
Langtidsplasser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Korttidsplasser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rehabiliteringsplasser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Neste


---

5. Har kommunen satt av personalressurser til å koordinere samarbeidet med frivillige aktører?

Ja  Nei  Vet ikke

Neste

24 % fullført



---

5b. Du svarte at kommunen har satt av personalressurser til å koordinere samarbeidet med frivillige aktører. Er dette gjort som en del av reformen 'Leve hele livet'?

Ja  Nei  Vet ikke

Neste

29 % fullført



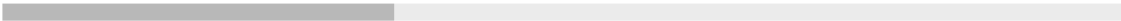
---

6. Har kommunen boligrådgivning rettet mot eldre for tilpassing av egen boligsituasjon?

Ja  Nei  Vet ikke

Neste

35 % fullført



---

6b. Du svarte at kommunen har boligrådgivning rettet mot eldre for tilpassing av egen boligsituasjon. Er dette innført som en del av reformen 'Leve hele livet'?

Ja  Nei  Vet ikke

Neste

41 % fullført



---

7. Har kommunen innført systematisk ernæringskartlegging av beboere i sykehjem?

Ja, i stor grad  Ja, i noen grad  Nei  Vet ikke

Neste

47 % fullført



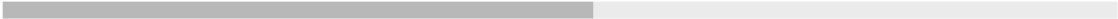
---

7b. Du svarte at kommunen har innført systematisk ernæringskartlegging av beboere i sykehjem. Er dette innført som en del av reformen 'Leve hele livet'?

- Ja  Nei  Vet ikke

Neste

53 % fullført




---

8. Har kommunen innført systematisk ernæringskartlegging av mottakere av helsetjenester i hjemmet?

- Ja, i stor grad  Ja, i noen grad  Nei  Vet ikke

Neste

59 % fullført



---

8b. Du svarte at kommunen har innført systematisk ernæringskartlegging av mottakere av helsetjenester i hjemmet. Er dette innført som en del av reformen 'Leve hele livet'?

- Ja  Nei  Vet ikke

---

9. Hvor i kommuneorganisasjonen er ansvaret for oppfølgingen av 'Leve hele livet' plassert?

- Kommunedirektør/kommunedirektørens ledergruppe
- Kommunalsjef for helse og omsorg eller tilsvarende
- Folkehelsekoordinator
- Saksbehandler helse og omsorg eller tilsvarende
- Saksbehandler plan eller tilsvarende
- Annet

Neste

9b. Du svarte 'annet' på spørsmålet om hvor i kommuneorganisasjonen ansvaret for oppfølgingen av 'Leve hele livet' er plassert. Spesifiser nærmere her:

0/255

10. Ligger kommunens rammebetingelser på områdene som er listet opp nedenfor til rette for å gjennomføre reformen? Svar på en skala fra 1 til 5, der 1 betyr "i svært liten grad" og 5 betyr "i svært stor grad".

	1 i svært liten grad	2	3	4	5 i svært stor grad
Totalt sett (hele kommunens situasjon tatt i betraktning)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personalressurser/kompetanse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ressurser/kompetanse til planarbeid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Økonomiske ressurser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nasjonale føringer og forskrifter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Neste

11. I hvilken grad har deltakelse i 'Leve hele livet' innebåret endringer og/eller nye tiltak på områdene listet opp under? Svar på en skala fra 1 til 5, der 1 betyr "ingen endring" og 5 betyr "svært store endringer".

	1 ingen endring	2	3	4	5 svært store endringer
Budsjettmessige omprioriteringer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organisatoriske endringer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personalmessige konsekvenser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Styrket politisk forankring av eldrepolitikken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utvikling og rapportering på måleindikatorer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samarbeid med andre kommunale etater og tjenester	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samarbeid med spesialisthelsetjenesten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samarbeid med frivillige organisasjoner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samarbeid med eldre og deres pårørende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samarbeid med det lokale næringslivet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Neste

**12. Deltok følgende områder/enheter i din kommunes i arbeidet med reformen 'Leve hele livet' i løpet av de første fasene av reformperioden (2019-2020)?**

	Vet		
	Ja	Nei	ikke
Helse og omsorg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
NAV kommune	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Folkehelse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samferdsel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kultur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Neste

**12b. Du svarte at 'andre' enheter/områder deltok i din kommunes i arbeid med reformen 'Leve hele livet' i løpet av de første fasene av reformperioden (2019-2020). Spesifiser nærmere her:**

0/255

**13. Hvilke områder/enheter deltar NÅ i din kommunes gjennomføring av reformen 'Leve hele livet'? Svar på en skala fra 1 til 5, der 1 betyr "deltar ikke" og 5 betyr "deltar i svært stor grad".**

	5 deltar i svært stor grad				
	1 deltar ikke	2	3	4	5
Helse og omsorg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
NAV kommune	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Folkehelse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samferdsel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kultur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Neste

13b. Du svarte at 'andre' områder/enheter NÅ deltar i din kommunes gjennomføring av reformen 'Leve hele livet'. Spesifiser nærmere her:

0/255

14. Har ansatte i kommunen deltatt i følgende typer arrangementer i forbindelse med reformen 'Leve hele livet'?

- Dialogmøter i regi av det regionale støtteapparatet     Læringsnettverk for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring
- Læringsnettverk for systematisk ernæringsarbeid (forebygging og behandling av underernæring)
- Innspillmøte i regi av Helse- og omsorgsdepartementet     Webinar

15. Har kommunen fått støtte fra regionalt støtteapparat for iverksetting av reformen 'Leve hele livet' på områdene som er listet opp nedenfor? Svar på en skala fra 1 til 5, der 1 betyr "har ikke fått støtte" og 5 betyr "i svært stor grad".

	1 har ikke fått støtte	2	3	4	5 i svært stor grad	Vet ikke
Planarbeid og analyse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kompetanseplanlegging	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fag- og tiltaksutvikling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informasjon rettet mot innbyggerne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forankring og informasjon til politikere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nettverksarbeid med andre kommuner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Neste

Til slutt stiller vi noen bakgrunnsspørsmål.

Hva er din stilling i kommunen?

0/255

I hvilken avdeling/enhet i kommunen er du ansatt?

0/255

Send

## Vedlegg 3: Kommunale vedtak, vid definisjon

Knr	Kommune	Fylke	Vedtak	Årstall	År siste	LHL Plan
K-4204	Kristiansand	Agder	1	2021	2021	0
K-1804	Bodø	Nordland	1	2022	2022	0
K-4203	Arendal	Agder	1	2020	2020	0
K-3411	Ringsaker	Innlandet	1	2021	2021	1
K-3403	Hamar	Innlandet	1	2021	2022	1
K-3407	Gjøvik	Innlandet	1	2021	2022	1
K-3405	Lillehammer	Innlandet	1	2022	2022	1
K-1833	Rana	Nordland	1	2020	2022	0
K-4202	Grimstad	Agder	1	2021	2021	0
K-4205	Lindesnes	Agder	1	2021	2021	1
K-1806	Narvik	Nordland	1	2021	2021	1
K-3420	Elverum	Innlandet	1	2021	2021	1
K-3413	Stange	Innlandet	1	2021	2021	1
K-3401	Kongsvinger	Innlandet	1	2021	2022	0
K-3442	Østre Toten	Innlandet	1	2022	2022	0
K-4223	Vennesla	Agder	1	2021	2022	0
K-3446	Gran	Innlandet	1	2021	2021	1
K-3443	Vestre Toten	Innlandet	1	2021	2021	0
K-1824	Vefsn	Nordland	1	2021	2022	1
K-1860	Vestvågøy	Nordland	1	2021	2021	1
K-4215	Lillesand	Agder	1	2019	2019	0
K-1870	Sortland - Suortá	Nordland	1	2019	2021	1
K-4225	Lyngdal	Agder	1	2022	2022	0
K-1841	Fauske - Fuosko	Nordland	1	2020	2022	0
K-4206	Farsund	Agder	1	2021	2021	0
K-1865	Vågan	Nordland	1	2020	2020	0
K-4207	Flekkefjord	Agder	1	2022	2022	0
K-1866	Hadsel	Nordland	1	2019	2022	1
K-1813	Brønnøy	Nordland	1	2018	2018	0
K-3415	Sør-Odal	Innlandet	1	2021	2021	1
K-3412	Løten	Innlandet	1	2021	2021	1
K-1820	Alstahaug	Nordland	0			0
K-3418	Åsnes	Innlandet	1	2022	2022	0
K-4201	Risør	Agder	1	2021	2021	1
K-3448	Nordre Land	Innlandet	1	2022	2022	1
K-3421	Trysil	Innlandet	1	2020	2023	0
K-3451	Nord-Aurdal	Innlandet	1	2023	2023	0
K-1837	Meløy	Nordland	1	2019	2021	0
K-3416	Eidskog	Innlandet	1	2021	2023	1
K-3441	Gausdal	Innlandet	1	2019	2019	0
K-4213	Tvedestrand	Agder	1	2022	2022	0
K-4227	Kvinesdal	Agder	1	2018	2021	1



K-4214	Froland	Agder	1	2021	2022	1
K-3437	Sel	Innlandet	1	2021	2021	1
K-3436	Nord-Fron	Innlandet	0			0
K-3447	Søndre Land	Innlandet	1	2019	2021	0
K-3427	Tynset	Innlandet	1	2020	2023	1
K-4216	Birkenes	Agder	1	2019	2020	1
K-3440	Øyer	Innlandet	1	2022	2022	1
K-3414	Nord-Odal	Innlandet	1	2022	2022	0
K-1840	Saltdal	Nordland	1	2020	2021	1
K-1871	Andøy	Nordland	0			0
K-3417	Grue	Innlandet	1	2022	2022	1
K-1832	Hemnes	Nordland	1	2021	2021	1
K-1868	Øksnes	Nordland	0			0
K-3439	Ringebu	Innlandet	1	2021	2021	1
K-3422	Åmot	Innlandet	1	2021	2021	0
K-3419	Våler	Innlandet	1	2021	2021	1
K-4219	Evje og Hornnes	Agder	1	2021	2021	1
K-3435	Vågå	Innlandet	1	2020	2020	0
K-3453	Øystre Slidre	Innlandet	1	2021	2021	0
K-3438	Sør-Fron	Innlandet	1	2021	2021	1
K-3449	Sør-Aurdal	Innlandet	1	2021	2021	1
K-1875	Hamarøy	Nordland	0			0
K-1848	Steigen	Nordland	0			0
K-1867	Bø	Nordland	0			0
K-3431	Dovre	Innlandet	1	2022	2022	0
K-3428	Alvdal	Innlandet	1	2021	2021	1
K-4211	Gjerstad	Agder	1	2020	2022	1
K-3423	Stor-Elvdal	Innlandet	1	2021	2021	0
K-1822	Leirfjord	Nordland	0			0
K-3434	Lom	Innlandet	1	2022	2022	0
K-3433	Skjåk	Innlandet	0			0
K-3452	Vestre Slidre	Innlandet	1	2018	2018	0
K-4212	Vegårshei	Agder	1	2020	2021	1
K-1851	Lødingen	Nordland	1	2021	2021	0
K-3432	Lesja	Innlandet	1	2021	2021	1
K-1812	Sømna	Nordland	1	2021	2022	0
K-1838	Gildeskål	Nordland	1	2021	2021	0
K-1845	Sørfold	Nordland	1	2021	2021	0
K-3430	Os	Innlandet	1	2021	2021	0
K-1834	Lurøy	Nordland	1	2021	2021	1
K-4217	Åmli	Agder	0			0
K-4228	Sirdal	Agder	0			0
K-3424	Rendalen	Innlandet	0			0
K-1818	Herøy (Nordland)	Nordland	1	2019	2020	0
K-1828	Nesna	Nordland	1	2023	2023	0

<b>K-4226</b>	Hægebostad	Agder	0			0
<b>K-3454</b>	Vang	Innlandet	1	2021	2021	1
<b>K-3426</b>	Tolga	Innlandet	1	2021	2021	0
<b>K-3429</b>	Folldal	Innlandet	1	2021	2021	1
<b>K-1825</b>	Grane	Nordland	1	2021	2021	0
<b>K-1811</b>	Bindal	Nordland	1	2021	2022	1
<b>K-1827</b>	Dønna	Nordland	1	2021	2021	1
<b>K-1853</b>	Evenes	Nordland	1	2020	2021	1
<b>K-4218</b>	Iveland	Agder	0			0
<b>K-1826</b>	Hattfjelldal	Nordland	1	2021	2021	1
<b>K-3450</b>	Etnedal	Innlandet	1	2020	2020	0
<b>K-1859</b>	Flakstad	Nordland	0			0
<b>K-3425</b>	Engerdal	Innlandet	1	2020	2020	0
<b>K-1836</b>	Rødøy	Nordland	1	2019	2021	0
<b>K-1815</b>	Vega	Nordland	1	2021	2022	1
<b>K-4221</b>	Valle	Agder	1	2020	2021	1
<b>K-4220</b>	Bygland	Agder	0			0
<b>K-1839</b>	Beiarn	Nordland	1	2020	2021	1
<b>K-1874</b>	Moskenes	Nordland	1	2023	2023	0
<b>K-4222</b>	Bykle	Agder	0			0
<b>K-4224</b>	Åseral	Agder	0			0
<b>K-1857</b>	Værøy	Nordland	1	2022	2022	0
<b>K-1856</b>	Røst	Nordland	1	2022	2022	0
<b>K-1816</b>	Vevelstad	Nordland	1	2020	2020	0
<b>K-1835</b>	Træna	Nordland	1	2021	2021	0

## Vedlegg 4: Kommunale vedtak, streng definisjon

Knr	kommune	fylke	vedtak	årstall	Innhold vedtak					Gjennomføring				Sektor	Ansvarlig	Følge opp i plan
					1	2	3	4	5	ansvar	tidsplan	oppgaver	tilskudd			
K-4204	Kristiansand	Agder	1	2021	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2	1	0
K-1804	Bodø	Nordland	0													
K-4203	Arendal	Agder	1	2021	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	2	0
K-3411	Ringsaker	Innlandet	2	2022	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1
K-3403	Hamar	Innlandet	2	2020	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1
K-3407	Gjøvik	Innlandet	2	2022	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1
K-3405	Lillehammer	Innlandet	1	2021	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	1	0
K-1833	Rana	Nordland	0													
K-4202	Grimstad	Agder	1	2021	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
K-4205	Lindesnes	Agder	2	2021	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1
K-1806	Narvik	Nordland	2	2021	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
K-3420	Elverum	Innlandet	2	2021	1	1	1	1	1	1	1	1	0	2	2	0
K-3413	Stange	Innlandet	2	2021	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
K-3401	Kongsvinger	Innlandet	1	2021	0	1	1	1	1	1	0	0	1	2	2	1
K-3442	Østre Toten	Innlandet	0													
K-4223	Vennesla	Agder	2	2022	1	1	1	1	1	1	1	0	1	2	2	1
K-3446	Gran	Innlandet	2	2021	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0
K-3443	Vestre Toten	Innlandet	1	2021	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
K-1824	Vefsn	Nordland	2	2021	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0
K-1860	Vestvågøy	Nordland	1	2021	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0
K-4215	Lillesand	Agder	1	2021	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
K-1870	Sortland - Suortá	Nordland	2	2021	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1
K-4225	Lyngdal	Agder	0													
K-1841	Fauske - Fuosko	Nordland	0													

K-4206	Farsund	Agder	2	2021	1	1	1	1	1	1	0	0	1	2	1	1
K-1865	Vågan	Nordland	0													
K-4207	Flekkefjord	Agder	2	2022	1	1	1	1	1	1	1	1	0	2	1	1
K-1866	Hadssel	Nordland	2	2021	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	0
K-1813	Brønnøy	Nordland	0													
K-3415	Sør-Odal	Innlandet	2	2021	1	1	1	1	0	1	1	1	0	2	1	0
K-3412	Løten	Innlandet	2	2021	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0
K-1820	Alstahaug	Nordland	0													
K-3418	Åsnes	Innlandet	0													
K-4201	Risør	Agder	2	2021	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0
K-3448	Nordre Land	Innlandet	2	2022	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0
K-3421	Trysil	Innlandet	1	2023	0	1	1	1	1	1	0	0	0	2	1	0
K-3451	Nord-Aurdal	Innlandet	0													
K-1837	Meløy	Nordland	0													
K-3416	Eidskog	Innlandet	1	2021	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
K-3441	Gausdal	Innlandet	0													
K-4213	Tvedestrand	Agder	0													
K-4227	Kvinesdal	Agder	2	2021	1	1	1	1	1	0	0	1	1	2	1	1
K-4214	Froland	Agder	2	2021		1	1	1	1	1	1	1	0	0	2	1
K-3437	Sel	Innlandet	1	2021	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2	0
K-3436	Nord-Fron	Innlandet	0													
K-3447	Søndre Land	Innlandet	1	2021	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0
K-3427	Tynset	Innlandet	2	2020	1	1	1	1	1	0	1	1	0			
K-4216	Birkenes	Agder	2	2020	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	2	0
K-3440	Øyer	Innlandet	2	2022	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	2	0
K-3414	Nord-Odal	Innlandet	0													
K-1840	Saltdal	Nordland	2	2021	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1
K-1871	Andøy	Nordland	0													
K-3417	Grue	Innlandet	2	2022	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0
K-1832	Hemnes	Nordland	2	2021	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0

K-1868	Øksnes	Nordland	0													
K-3439	Ringebu	Innlandet	2	2021	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0
K-3422	Åmot	Innlandet	0													
K-3419	Våler	Innlandet	1	2021	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	0
K-4219	Evje og Hornnes	Agder	2	2021	1	1	1	1	1	1	0	1	1	2	1	1
K-3435	Vågå	Innlandet	0													
K-3453	Øystre Slidre	Innlandet	0													
K-3438	Sør-Fron	Innlandet	2	2021	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	2	0
K-3449	Sør-Aurdal	Innlandet	1	2021	1	1	1	1	1	1	0	0	0	2	2	1
K-1875	Hamarøy	Nordland	0													
K-1848	Steigen	Nordland	0													
K-1867	Bø	Nordland	0													
K-3431	Dovre	Innlandet	0													
K-3428	Alvdal	Innlandet	2	2021	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1
K-4211	Gjerstad	Agder	1	2021	1	0	0	0	0	1	1	1	1	2	1	1
K-3423	Stor-Elvdal	Innlandet	1	2021	0	0	0	0	0	1	1	1	0	2	1	0
K-1822	Leirfjord	Nordland	0													
K-3434	Lom	Innlandet	0													
K-3433	Skjåk	Innlandet	0													
K-3452	Vestre Slidre	Innlandet	0													
K-4212	Vegårshei	Agder	1	2021	0	0	0	0	0	1	1	0	1	2	1	0
K-1851	Lødingen	Nordland	1	2021	0	1	0	0	0	1	0	1	1	2	1	0
K-3432	Lesja	Innlandet	2		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
K-1812	Sømna	Nordland	0													
K-1838	Gildeskål	Nordland	2	2021	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1
K-1845	Sørfold	Nordland	2	2021	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1
K-3430	Os	Innlandet	2	2021	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	2	1
K-1834	Lurøy	Nordland	2	2021	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1
K-4217	Åmli	Agder	0													
K-4228	Sirdal	Agder	0													

<b>K-3424</b>	<b>Rendalen</b>	<b>Innlandet</b>	<b>0</b>													
<b>K-1818</b>	Herøy (Nordland)	Nordland	1	2020	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>K-1828</b>	Nesna	Nordland	0													
<b>K-4226</b>	Hægebostad	Agder	0													
<b>K-3454</b>	Vang	Innlandet	1	2021	0	0	0	0	0	1	1	1	0	2	1	0
<b>K-3426</b>	Tolga	Innlandet	0													
<b>K-3429</b>	Folldal	Innlandet	2	2021	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	2	0
<b>K-1825</b>	Grane	Nordland	0													
<b>K-1811</b>	Bindal	Nordland	2	2022	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	2	0
<b>K-1827</b>	Dønna	Nordland	2	2022	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1
<b>K-1853</b>	Evenes	Nordland	2	2021	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	2	0
<b>K-4218</b>	Iveland	Agder	0													
<b>K-1826</b>	Hattfjelldal	Nordland	2	2021	1	1	1	1	1	1	0	1	1	2	1	0
<b>K-3450</b>	Etnedal	Innlandet	2	2020	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0
<b>K-1859</b>	Flakstad	Nordland	0													
<b>K-3425</b>	Engerdal	Innlandet	2	2020	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1
<b>K-1836</b>	Rødøy	Nordland	1	2021	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1
<b>K-1815</b>	Vega	Nordland	2	2021	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	2	0
<b>K-4221</b>	Valle	Agder	2	2021	1	1	1	1	1	1	1	1	0	2	1	1
<b>K-4220</b>	Bygland	Agder	0													
<b>K-1839</b>	Beiarn	Nordland	0													
<b>K-1874</b>	Moskenes	Nordland	0													
<b>K-4222</b>	Bykle	Agder	0													
<b>K-4224</b>	Åseral	Agder	0													
<b>K-1857</b>	Værøy	Nordland	0													
<b>K-1856</b>	Røst	Nordland	0													
<b>K-1816</b>	Vevelstad	Nordland	0													
<b>K-1835</b>	Træna	Nordland	2	2021	1	1	1	1	1	1	0	1	0	2	1	0

## Vedlegg 5: Handlings- og økonomiplan, tre fylker, 2020, 2022 og 2023

Knr	Kommune	Fylke	2020	2022	2023
K-4204	Kristiansand	Agder	1	1	1
K-1804	Bodø	Nordland	1	1	0
K-4203	Arendal	Agder	1	1	1
K-3411	Ringsaker	Innlandet	1	1	1
K-3403	Hamar	Innlandet	0	1	1
K-3407	Gjøvik	Innlandet	1	1	1
K-3405	Lillehammer	Innlandet	0	1	1
K-1833	Rana	Nordland	0	1	1
K-4202	Grimstad	Agder	1	0	1
K-4205	Lindesnes	Agder	1	0	0
K-1806	Narvik	Nordland	1	1	0
K-3420	Elverum	Innlandet	1	1	1
K-3413	Stange	Innlandet	0	0	0
K-3401	Kongsvinger	Innlandet	0	1	1
K-3442	Østre Toten	Innlandet	0	1	0
K-4223	Vennesla	Agder	0	0	1
K-3446	Gran	Innlandet	1	1	0
K-3443	Vestre Toten	Innlandet	1	1	0
K-1824	Vefsn	Nordland	0	1	0
K-1860	Vestvågøy	Nordland	1	1	1
K-4215	Lillesand	Agder	1	0	0
K-1870	Sortland - Suortá	Nordland	1	1	1
K-4225	Lyngdal	Agder	1	1	1
K-1841	Fauske - Fuosko	Nordland	1	1	1
K-4206	Farsund	Agder	0	1	0
K-1865	Vågan	Nordland	0	0	1
K-4207	Flekkefjord	Agder	0	0	0
K-1866	Hadsel	Nordland	1	1	1
K-1813	Brønnøy	Nordland	0	0	0
K-3415	Sør-Odal	Innlandet	1	1	1
K-3412	Løten	Innlandet	0	0	0
K-1820	Alstahaug	Nordland	0	0	0
K-3418	Åsnes	Innlandet	1	0	1
K-4201	Risør	Agder	1	1	0
K-3448	Nordre Land	Innlandet	0	1	1
K-3421	Trysil	Innlandet	*	1	0
K-3451	Nord-Aurdal	Innlandet	0	1	1
K-1837	Meløy	Nordland	0	1	1
K-3416	Eidskog	Innlandet	1	1	0

K-3441	Gausdal	Innlandet	1	1	1
K-4213	Tvedestrand	Agder	0	1	1
K-4227	Kvinesdal	Agder	*	1	0
K-4214	Froland	Agder	0	1	0
K-3437	Sel	Innlandet	*	1	1
K-3436	Nord-Fron	Innlandet	0	0	0
K-3447	Søndre Land	Innlandet	1	1	0
K-3427	Tynset	Innlandet	0	1	0
K-4216	Birkenes	Agder	1	1	1
K-3440	Øyer	Innlandet	0	0	1
K-3414	Nord-Odal	Innlandet	1	0	1
K-1840	Saltdal	Nordland	0	1	0
K-1871	Andøy	Nordland	*	0	0
K-3417	Grue	Innlandet	0	1	1
K-1832	Hemnes	Nordland	0	0	0
K-1868	Øksnes	Nordland	0	0	0
K-3439	Ringebu	Innlandet	1	1	1
K-3422	Åmot	Innlandet	0	1	1
K-3419	Våler	Innlandet	0	1	1
K-4219	Evje og Hornnes	Agder	0	0	0
K-3435	Vågå	Innlandet	0	0	0
K-3453	Øystre Slidre	Innlandet	0	0	0
K-3438	Sør-Fron	Innlandet	0	1	1
K-3449	Sør-Aurdal	Innlandet	1	1	1
K-1875	Hamarøy	Nordland	0	0	0
K-1848	Steigen	Nordland	*	0	0
K-1867	Bø	Nordland	*	1	1
K-3431	Dovre	Innlandet	0	0	1
K-3428	Alvdal	Innlandet	1	1	1
K-4211	Gjerstad	Agder	0	1	1
K-3423	Stor-Elvdal	Innlandet	*	1	1
K-1822	Leirfjord	Nordland	0	1	0
K-3434	Lom	Innlandet	0	1	1
K-3433	Skjåk	Innlandet	1	1	1
K-3452	Vestre Slidre	Innlandet	0	0	0
K-4212	Vegårshei	Agder	0	0	1
K-1851	Lødingen	Nordland	*	0	0
K-3432	Lesja	Innlandet	0	1	1
K-1812	Sømna	Nordland	1	1	1
K-1838	Gildeskål	Nordland	1	1	1
K-1845	Sørfold	Nordland	1	0	0
K-3430	Os	Innlandet	*	1	1
K-1834	Lurøy	Nordland	1	1	1
K-4217	Åmli	Agder	1	1	1
K-4228	Sirdal	Agder	1	0	0



<b>K-3424</b>	Rendalen	Innlandet	0	1	1
<b>K-1818</b>	Herøy (Nordland)	Nordland	0	0	0
<b>K-1828</b>	Nesna	Nordland	*	0	1
<b>K-4226</b>	Hægebostad	Agder	*	0	0
<b>K-3454</b>	Vang	Innlandet	1	1	1
<b>K-3426</b>	Tolga	Innlandet	0	0	0
<b>K-3429</b>	Folldal	Innlandet	0	1	1
<b>K-1825</b>	Grane	Nordland	0	1	0
<b>K-1811</b>	Bindal	Nordland	0	0	1
<b>K-1827</b>	Dønna	Nordland	*	0	1
<b>K-1853</b>	Evenes	Nordland	0	0	0
<b>K-4218</b>	Iveland	Agder	1	1	1
<b>K-1826</b>	Hattfjelldal	Nordland	0	1	1
<b>K-3450</b>	Etnedal	Innlandet	0	1	0
<b>K-1859</b>	Flakstad	Nordland	0	0	0
<b>K-3425</b>	Engerdal	Innlandet	*	1	1
<b>K-1836</b>	Rødøy	Nordland	1	1	0
<b>K-1815</b>	Vega	Nordland	*	*	0
<b>K-4221</b>	Valle	Agder	1	1	0
<b>K-4220</b>	Bygland	Agder	0	1	1
<b>K-1839</b>	Beiarn	Nordland	0	1	0
<b>K-1874</b>	Moskenes	Nordland	0	1	1
<b>K-4222</b>	Bykle	Agder	0	1	1
<b>K-4224</b>	Åseral	Agder	0	0	1
<b>K-1857</b>	Værøy	Nordland	0	0	0
<b>K-1856</b>	Røst	Nordland	0	1	1
<b>K-1816</b>	Vevelstad	Nordland	*	0	0
<b>K-1835</b>	Træna	Nordland	1	0	1