Riksrevisjonen

Riksrevisjonen si undersøking av kommunale helse- og omsorgstenester til eldre

Dokument 3:16 (2025–2026)

ISBN 978-82-8229-657-1

Riksrevisjonen

Til Stortinget

Riksrevisjonen legg med dette fram Dokument 3:16 (2025–2026) Riksrevisjonen si undersøking av kommunale helse- og omsorgstenester til eldre.

Revisjonen er gjennomført som ein forvaltningsrevisjon i samsvar med

- lov om Riksrevisjonen § 5-1
- INTOSAI-standarden for forvaltningsrevisjon (ISSAI 3000)
- dei faglege retningslinjene for forvaltningsrevisjon frå Riksrevisjonen

Dokumentet er delt inn slik:

Del 1: Riksrevisjonen sine vurderingar
Del 2: Riksrevisjonen sitt faktagrunnlag
Del 3: Revisjonskriterium og metodar

Riksrevisjonen, 9. juni 2026

For riksrevisorkollegiet

Karl Eirik Schjøtt-Pedersen
riksrevisor

Riksrevisjonen

Om undersøkinga

Kort oppsummert

Bakgrunn

Det er velkjent at det stadig blir fleire eldre i Noreg, samtidig som helse- og omsorgstenestene i kommunane har avgrensa kapasitet. For å møte dei framtidige utfordringane er planlegging eit viktig verktøy. Riksrevisjonen rapporterte allereie i 2018 at fleire kommunar ikkje hadde tilstrekkelege planar, og tilrådde at Helse- og omsorgsdepartementet sørgjer for å ha god informasjon om korleis kommunane førebur seg på konsekvensane av den venta auken i talet på eldre, og vurderer korleis det er best å bruke statlege verkemiddel for å hjelpe kommunane i arbeidet.

Formål

Formålet med undersøkinga har vore å vurdere om kommunane sørgjer for berekraftige helse- og omsorgstenester av god kvalitet til eldre, og om statlege styresmakter legg til rette for dette.

Konklusjonar

- Dei kommunale helse- og omsorgstenestene er i liten grad dimensjonerte for å møte auken i talet på eldre.
- Det er risiko for svikt i dei kommunale helse- og omsorgstenestene til eldre.
- Kommunane planlegg ikkje systematisk for framtida.
- Sjølv om Helse- og omsorgsdepartementet har lagt fram mange stortingsmeldingar og sett i verk mange planar, har resultata på området vore avgrensa.
- Statlege helsestyresmakter har teke i bruk mange verkemiddel, men manglar framleis nødvendig informasjon om kvaliteten i tenestene.

Overordna vurdering: Kritikkverdig

Riksrevisjonen anerkjenner at nasjonale helsemyndigheiter har teke i bruk ei rekkje verkemiddel for å støtte kommunane sitt arbeid med helse- og omsorgstenestene. Dette er til dømes tiltak som gjeld omstilling av tenestene og tiltak som skal leggje til rette for å auke kompetanse og kapasitet.

Kommunane si førebuing har sidan 2006 vore tema i stortingsmeldingar og planar frå Helse- og omsorgsdepartementet. Undersøkinga viser at kommunane likevel i liten grad har planlagt for å møte dei demografiske utfordringane. Sjølv om fleire eldre er friskare enn før, vil den kraftige veksten i andelen eldre innebere at behova for kommunale helse- og omsorgstenester vil auke. Etter Riksrevisjonens vurdering er det nødvendig at kommunane planlegg korleis dei skal løyse utfordringane, til dømes ved å omstille tenestene.

Kommunalt sjølvstyre gir kommunane stor fridom til å innrette tenestetilbodet sitt ut frå lokale forhold og prioriteringar, dersom dei følgjer krava Stortinget har sett. Samtidig har staten eit ansvar for å gi kommunane moglegheit til å løyse oppgåvene sine. Riksrevisjonen meiner at manglande planlegging av helse- og omsorgssektoren i kommunane vil kunne føre til alvorlege

konsekvensar for innbyggjarane. På bakgrunn av dette meiner Riksrevisjonen det er kritikkverdig at Helse- og omsorgsdepartementet ikkje har ettergått at kommunane er tilstrekkeleg førebudde på demografiutfordringane.

Tilrådingar

Helse- og omsorgsdepartementet har teke i bruk mange verkemiddel som direkte eller indirekte omfattar kommunale helse- og omsorgstenester til eldre. Det er viktig at departementet fortset dette arbeidet og vurderer å tydeleggjere forventningane til kommunane sitt arbeid på området og grep som kan bidra til å dekke kommunane sine behov.

Riksrevisjonen tilrår at Helse- og omsorgsdepartementet

- følgjer opp at kommunane sine helse- og omsorgstenester blir dimensjonert for å dekkje behova til den aukande andelen eldre. I den samanheng er kommunen si planlegging ein sentral føresetnad for at kommunane skal kunne gi nødvendige helse- og omsorgstenester til sine innbyggarar på kort og lengre sikt.
- sørgjer for betre kunnskap om kvaliteten på dei kommunale helse- og omsorgstenestene, slik at det blir mogleg for statlege myndigheiter og kommunen sjølv å kunne følgje med på nivået på og utviklinga i kvaliteten på tenestene.
- sørgjer for at statsforvaltarane i større grad blir sette i stand til å gjennomføre tilsyn og hjelpe kommunane i deira arbeid med planar og kvalitetsforbetring for å sikre eldre brukarar trygge og nødvendige tenester.
- ser til at innretninga på investeringstilskot til omsorgsbustader og sjukeheimsplassar blir tilpassa til ulike kommunar sitt behov for fleire heildøgns omsorgsplassar og alternative bustadtilbod.

Innhold

Del 1: Riksrevisjonen sine vurderingar 6

1 Bakgrunn 6

2 Mål og problemstillingar 8

3 Konklusjonar 10

4 Overordna vurdering: Kritikkverdig 10

5 Utdjuping av konklusjonar 11

6 Tilrådingar 47

7 Svar frå statsråden 48

8 Fråsegn frå Riksrevisjonen om svar frå statsråden 48

Del 2: Riksrevisjonen sitt faktagrunnlag 49

9 Utviklinga i andelen eldre og utgiftene kommunane har til helse- og omsorgstenester 49

10 Kapasitet og kompetanse i dei kommunale helse- og omsorgstenestene til eldre 54

11 Kommunane sitt arbeid med å sikre kvalitet i helse- og omsorgstenestene til eldre 89

12 Utviklinga i talet på eldre i åra framover 115

13 Kommunane si planlegging av framtidige helse- og omsorgstenester til eldre 120

14 Verkemidla Helse- og omsorgsdeparte-mentet har for å sikre at nasjonale mål for helse- og omsorgstenester til eldre blir nådde 134

Del 3: Revisjonskriterium og metodar 150

15 Revisjonskriterium 150

16 Metodisk tilnærming og gjennomføring 157

Referanseliste 165

Tabell-, figur- og faktaboksoversikt 182

Ordliste og forkortingar 185

Vedlegg 1: Riksrevisjonens brev til statsråden i Helse- og omsorgsdepartementet 187

Vedlegg 2: Svar frå statsråden 189

Vedlegg 3: Resultat frå regresjonsanalysen 196

Del 1: Riksrevisjonen sine vurderingar

1 Bakgrunn

1.1 Innleiing

I åra framover vil Noreg få stadig fleire eldre i befolkninga. Parallelt med denne utviklinga er det venta at veksten i tilgjengeleg arbeidskraft bremsar. Demografiutviklinga betyr både ein auke i talet på eldre og ein reduksjon i talet på dei som er i arbeidsfør alder.[1] Sjølv om fleire eldre er friskare enn før, vil behova for kommunale helse- og omsorgstenester auke ettersom talet på eldre aukar. Det er òg venta at det blir fleire eldre med meir komplekse sjukdommar enn tidlegare, til dømes demens, som generelt er meir ressurskrevjande enn andre brukargrupper.

Stortinget har i mange år understreka at kommunane må planleggje for ei framtid der det blir fleire eldre og færre yrkesaktive. Sosialkomiteen meinte i 1997 at planarbeidet i kommunane må liggje til grunn for utviklinga av ei god eldreomsorg. Vidare meinte komiteen at Helse- og omsorgsdepartementet (tidlegare Sosial- og helsedepartementet) må bidra med god rettleiing til kommunane i dette arbeidet.[2]

Etter *lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* skal kommunane sørgje for at alle som oppheld seg i kommunen, får tilbod om nødvendige helse- og omsorgstenester. Etter *lov om pasient- og brukerrettigheter* skal kommunane sikre at det er god kvalitet på tenestene som innbyggjarane får. Prinsippet om kommunalt sjølvstyre gir kommunane stor fridom til å innrette tenestetilbodet sitt ut frå lokale forhold og prioriteringar, under føresetnad av at dei følgjer dei krava Stortinget har sett til tilgjengelegheit og kvalitet.

Helse- og omsorgstenestene i kommunane består av mange typar tenester, og dei lovpålagde tenestene inkluderer mellom anna

- praktisk hjelp
- helsetenester i heimen
- plass i institusjon, til dømes sjukeheimar

Ansvaret til kommunen omfattar alle pasient- og brukargrupper og skil ikkje mellom ulike aldersgrupper. Det er behovet til kvar enkelt som skal avgjere kva tenester han eller ho skal få. I 2024 var 63 prosent av dei som blei tildelte helse- og omsorgstenester i kommunane, 67 år eller eldre. For aldersgruppa som er under 67 år har det i perioden 2015–2025 vore ein større vekst i talet på brukarar av kommunale helse- og omsorgstenester enn veksten i denne aldersgruppa. I følgje ein forskingsrapport frå Hagen mfl. er høgkostnadsbrukarane[3] i gjennomsnitt yngre enn dei andre brukarane

[1] Meld. St. 31 (2023–2024)
[2] Innst. S. nr. 294 (1996–1997)
[3] Høgkostnadsbrukare definerast i rapporten som dei fem prosentane av brukarane som har dei høgaste årlege kostnadene blant dei som mottar tenester eit heilt år.

(46 år vs. 66 år) og har ofte psykiske lidingar, lungelidingar, nevrologiske lidingar og særleg psykisk utviklingshemming.[4]

Seinast i 2023 understreka helse- og omsorgskomiteen at det å ha tilstrekkeleg personell med rett kompetanse var det som var mest avgjerande for å kunne levere trygge og gode tenester til befolkninga, jf. Innst. 112 S (2023–2024) til Meld. St. 24 (2022–2023) *Fellesskap og meistring – Bu trygt heime*. Komiteen sa at ein må ta kraftfulle grep for å sikre ei god og verdig eldreomsorg med nok ressursar til tenestene, byggje fleire sjukeheimsplassar og sikre kvalifisert personell.[5]

I 2025 gav OECD ut ein rapport frå ei undersøking i 19 land blant personar over 45 år med kroniske tilstandar. Rapporten viser at Noreg gjer det betre enn gjennomsnittet på tre indikatorar: fysisk helse, velvære og tillit til helsevesenet.[6] Samtidig peikar rapporten på forbetringsområde innanfor koordinering av tenestene og eigenmeistring.

Helse- og omsorgsdepartementet har beskrive utfordringar i tenestene til eldre i fleire dokument til Stortinget, seinast i *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–*2027. I Riksrevisjonen si undersøking om tilgjengelegheit og kvalitet i eldreomsorga frå 2018 kom det mellom anna fram at

- statlege helsestyresmakter mangla nødvendig kunnskap om kvaliteten i dei kommunale tenestene til eldre
- eldre blei tildelte helse- og omsorgstenester utan at behova og ønska deira var godt nok greidde ut
- staten ikkje hadde god nok oversikt over kommunane sitt arbeid med å sikre rett kapasitet i eldreomsorga

Helse- og omsorgsdepartementet har eit overordna ansvar for å sikre at dei nasjonale måla for helse- og omsorgstenestene blir nådde. Tiltak og verkemiddel på nasjonalt nivå skal støtte opp under det ansvaret kommunane har for kapasitet og kvalitet. Regjeringa la i 2023 fram ei eldrereform, Meld. St. 24 (2022–2023*) Fellesskap og meistring – Bu trygt heime*. Hensikta med denne reforma er å bidra til at eldre kan bu trygt heime, og til at behovet deira for helse- og omsorgstenester blir utsett gjennom betre planlegging, styrkt førebygging og meir målretta tenester. Reforma varer til 2028.

1.2 Aktørar

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har det overordna ansvaret for helsetilbodet som blir gitt i spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta. Departementet har ansvaret for at befolkninga får gode og likeverdige helse- og omsorgstenester, uavhengig av mellom anna bustad og økonomi. Helse- og omsorgsdepartementet styrer gjennom lovverk og årlege løyvingar og ved hjelp av statlege verksemder.

[4] Hagen mfl. 2024
[5] Innst. 112 S (2023–2024)
[6] OECD 2025

Helsedirektoratet skal vere ein pådrivar for kunnskapsbasert arbeid og opptre fagleg normerande nasjonalt. Vidare skal Helsedirektoratet utvikle, formidle og halde ved like nasjonale kvalitetsindikatorar som skal fungere som eit hjelpemiddel for leiingsarbeid og kvalitetsforbetring i den kommunale helse- og omsorgstenesta. Direktoratet forvaltar òg tilskotsordningar.

Helsetilsynet har det overordna faglege ansvaret for tilsyn med helse- og omsorgstenester til eldre.

Husbanken er ein etat under Kommunal- og distriktsdepartementet. Husbanken har ei viktig rolle på det kommunale bustadområdet, mellom anna som forvaltar av investeringstilskot til omsorgsbustader og sjukeheimsplassar.

Statsforvaltarane er staten sin representant i fylka. Dei har fagkunnskap på ei rekkje overordna samfunnsområde, samtidig som dei har viktig lokalkunnskap. Statsforvaltarane har ansvar for mellom anna å

- følgje opp vedtak, mål og retningslinjer frå Stortinget og regjeringa
- kontrollere kommuneverksemda og behandle klagar om kommunale vedtak
- gjennomføre tilsyn og forvalte tilskot på vegner av helsestyresmaktene

Kommunane skal sørgje for at personar som oppheld seg i kommunen, får tilbod om nødvendige helse- og omsorgstenester. Kommunalt sjølvstyre gir kommunane stor fridom til å innrette tenestetilbodet sitt ut frå lokale forhold og prioriteringar, dersom dei følgjer krava Stortinget har sett.

2 Mål og problemstillingar

Målet med revisjonen er å undersøkje om kommunane sørgjer for berekraftige helse- og omsorgstenester av god kvalitet til eldre, og om statlege styresmakter legg til rette for dette.

Undersøkinga har følgjande hovudproblemstillingar:

1. I kva grad sikrar kommunane tilstrekkeleg kapasitet i helse- og omsorgstenester til eldre?
2. I kva grad har kommunane førebudd seg på å sikre tilstrekkeleg kapasitet og kvalitet i helse- og omsorgstenester til eldre sett i forhold til framskrivingar av befolkninga i kommunen?
3. I kva grad jobbar kommunane systematisk med å sikre kvalitet i helse- og omsorgstenestene til eldre?
4. I kva grad legg dei statlege verkemidla til rette for tilstrekkeleg kapasitet og kvalitet i kommunale helse- og omsorgstenester til eldre?

Undersøkinga dekkjer i hovudsak perioden 2019–2024, men det er gjort enkelte analysar av data for perioden 2015–2025. Det er Helse- og omsorgsdepartementet som er revisjonsobjekt.

Undersøkinga er avgrensa til berre å kartleggje Husbanken si rolle som forvaltar av investeringstilskot til omsorgsbustader og sjukeheimsplassar for personar med behov for heildøgns helse- og omsorgstenester. Andre ordningar som Husbanken forvaltar, inngår ikkje i undersøkinga. Investeringstilskotet er finansiert over budsjettet til Helse- og omsorgsdepartementet. Kommunal- og distriktsdepartementet er derfor ikkje omfatta av denne revisjonen.

Revisjonskriteria for undersøkinga er nærmare omtalte i del 3. Dei viktigaste vedtaka og føresetnadene som undersøkinga har teke utgangspunkt i, er

- *lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (helse- og omsorgstenestelova)
- *lov om pasient- og brukerrettigheter* (pasient- og brukarrettslova)
- *lov om kommuner og fylkeskommuner* (kommunelova)
- *lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv*. (helsetilsynslova)
- *lov om planlegging og byggesaksbehandling* (plan- og bygningslova)
- Innst. S. nr. 150 (2006–2007) til St. meld. nr. 25 (2005–2006) *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*
- Innst. 112 S (2023–2024) til Meld. St. 24 (2022–2023) *Fellesskap og meistring – Bu trygt heime*

Vi har brukt *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* som eitt av revisjonskriteria vi tek utgangspunkt i når vi skal vurdere kommunane sitt arbeid med å sikre kvalitet i helse- og omsorgstenestene til eldre. Vi grunngir dette ut frå desse forholda:

- Forskrifta er heimla i helse- og omsorgstenestelova § 4-2 om plikta kommunen har til å arbeide systematisk for kvalitetsforbetring og pasient- og brukarsikkerheit.
- Helse- og omsorgskomiteen har vist til at forskrifta skal sikre at kommunane jobbar systematisk med pasientsikkerheit, og at dette skal skje i eit styringssystem med fire element: planleggje, gjennomføre, evaluere og korrigere.[7] Desse elementa er beskrivne nærmare i *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*.

Sentralt regelverk for kommunal planlegging ligg i hovudsak under Kommunal- og distriktsdepartementet sitt ansvarsområde.

Undersøkinga er gjennomført ved bruk av ulike metodar og datakjelder, både kvalitative og kvantitative. Det er gjennomført ein omfattande dokumentanalyse, mellom anna ein

[7] Innst 288 S (2020–2021)

gjennomgang av kommunale planar frå eit representativt utval på 60 kommunar[8], spørjeundersøkingar til alle kommunar og statsforvaltarar, analyse av kvantitative data og intervju. Metodebruken er nærmare omtalt i del 3.

Rapporten blei presentert for Helse- og omsorgsdepartementet ved brev 20. mars 2026. Helse- og omsorgsdepartementet har i brev 23. april 2026 gitt kommentarar som i hovudsak er innarbeidde i dette dokumentet.

3 Konklusjonar

- Dei kommunale helse- og omsorgstenestene er i liten grad dimensjonerte for å møte auken i talet på eldre.
- Det er risiko for svikt i dei kommunale helse- og omsorgstenestene til eldre.
- Kommunane planlegg ikkje systematisk for framtida.
- Sjølv om Helse- og omsorgsdepartementet har lagt fram mange stortingsmeldingar og sett i verk mange planar, har resultata på området vore avgrensa.
- Statlege helsestyresmakter har teke i bruk mange verkemiddel, men manglar framleis nødvendig informasjon om kvaliteten i tenestene.

Konklusjonane er baserte på Riksrevisjonen sitt faktagrunnlag i del 2 av rapporten.

4 Overordna vurdering: Kritikkverdig

Riksrevisjonen anerkjenner at nasjonale helsemyndigheiter har teke i bruk ei rekkje verkemiddel for å støtte kommunane sitt arbeid med helse- og omsorgstenestene. Dette er til dømes tiltak som gjeld omstilling av tenestene og tiltak som skal leggje til rette for å auke kompetanse og kapasitet.

Kommunane si førebuing har sidan 2006 vore tema i stortingsmeldingar og planar frå Helse- og omsorgsdepartementet. Undersøkinga viser at kommunane likevel i liten grad har planlagt for å møte dei demografiske utfordringane. Sjølv om fleire eldre er friskare enn før, vil den kraftige veksten i andelen eldre innebere at behova for kommunale helse- og omsorgstenester vil auke. Etter Riksrevisjonens vurdering er det nødvendig at

[8] Kommunane blei delt inn i undergrupper (strata) basert på andel eldre og økonomisk handlingsrom (korrigerte frie inntekter). Deretter har vi trekt eit tilfeldig utval frå kvar gruppe, noko som sikrar at undergruppene er proporsjonalt representerte, jf. punkt 16.3.2.

kommunane planlegg korleis dei skal løyse utfordringane, til dømes ved å omstille tenestene.

Kommunalt sjølvstyre gir kommunane stor fridom til å innrette tenestetilbodet sitt ut frå lokale forhold og prioriteringar, dersom dei følgjer krava Stortinget har sett. Samtidig har staten eit ansvar for å gi kommunane moglegheit til å løyse oppgåvene sine. Riksrevisjonen meiner at manglande planlegging av helse- og omsorgssektoren i kommunane vil kunne føre til alvorlege konsekvensar for innbyggjarane. På bakgrunn av dette meiner Riksrevisjonen det er kritikkverdig at Helse- og omsorgsdepartementet ikkje har ettergått at kommunane er tilstrekkeleg førebudde på demografiutfordringane.

4.1 Riksrevisjonen sine kritikkformer

Riksrevisjonen kan gi kritikk etter desse tre alvorsgradane:

Ikkje tilfredsstillande	Kritikkverdig	Sterkt kritikkverdig
Når vi finn svakheiter, feil og manglar som i mindre grad får direkte konsekvensar for enkeltmenneske eller samfunnet	Når vi finn betydelege svakheiter, feil og manglar som ofte vil kunne få moderate til store konsekvensar for enkeltmenneske eller samfunnet.	Når vi finn alvorlege svakheiter, feil og manglar. Desse vil ofte kunne få svært store konsekvensar for enkeltmenneske eller samfunnet.

5 Utdjuping av konklusjonar

5.1 Dei kommunale helse- og omsorgstenestene er i liten grad dimensjonerte for å møte auken i talet på eldre

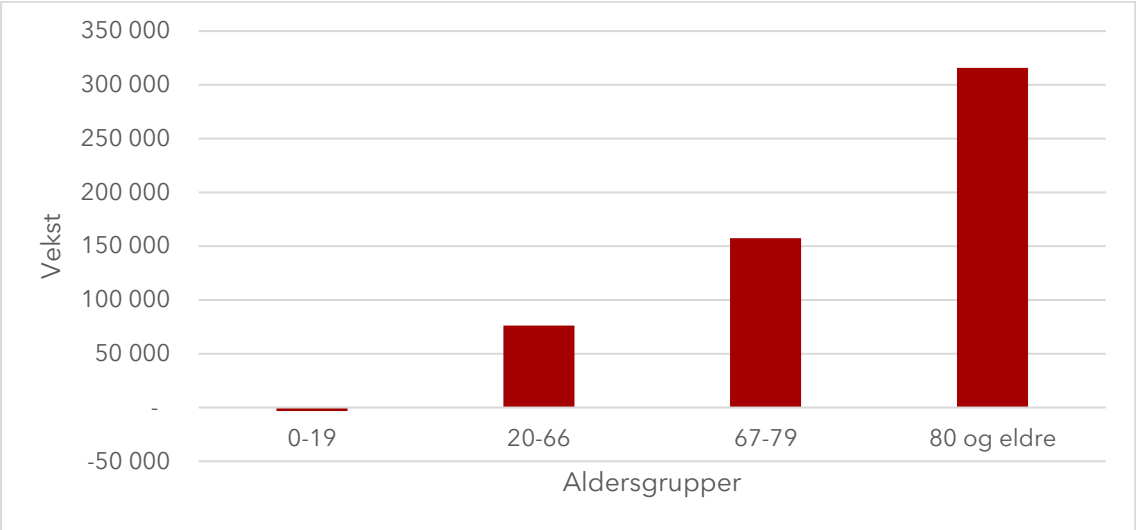
Eit viktig formål med helse- og omsorgstenestelova er å bidra til eit likeverdig tenestetilbod for heile befolkninga. Det går fram av forarbeida til lova at dette inneber at befolkninga skal sikrast lik tilgang til helsetenester uavhengig av til dømes alder eller bustad. I tillegg må kommunane organisere eit tilbod som tek omsyn til endringar i behova til befolkninga, og som sikrar kvalitet i tenestene for alle brukargrupper.[9] Helse- og omsorgskomiteen har sagt at ein må ta kraftfulle grep for å sikre ei god og verdig eldreomsorg, med nok ressursar til tenestene, til å byggje fleire sjukeheimsplassar og til å sikre kvalifisert personell.[10]

Ifølgje SSB sine framskrivingar er det venta at delen av befolkninga som er 67 år eller eldre kjem til å vekse med nær 70 prosent mellom 2020 og 2050.[11] Allereie i 2030 vil talet på dei

[9] Prop. 91 L (2010–2011)
[10] Innst. 112 S (2023–2024)
[11] SSB 2024a

som er 80 år eller eldre ha auka med 50 prosent samanlikna med 2020. Aukinga gjer at det er viktig at kommunane har oversikt over det framtidige behovet for tenester, jf. punkt 5.3.

Figur 1 Utvikling i befolkninga frå 2025 til 2050, per aldersgruppe

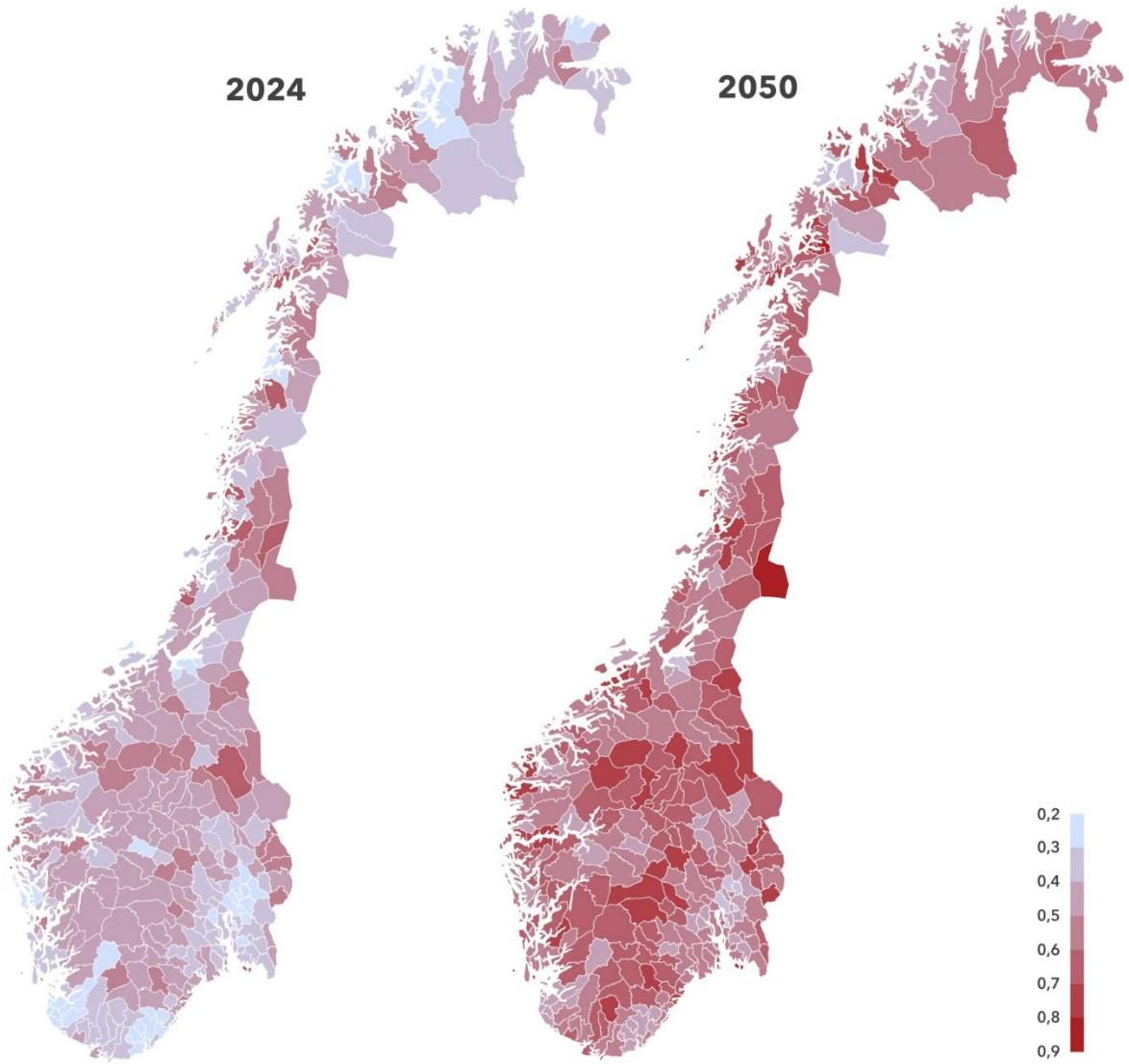


Kjelde: SSB, tabell 14282.

Framskrivingar av «forsørgjarbrøken» viser at SSB ventar at talet på eldre vil vekse meir enn talet på yrkesaktive i åra framover. Jo høgare forsørgjarbrøken er, desto fleire eldre er det per yrkesaktiv. For heile landet var brøken 0,32 i 2024, og han er venta å bli 0,48 i 2050.[12] Det betyr at i 2024 var det tre yrkesaktive personar per alderspensjonist og det er venta at dette talet blir redusert til to yrkesaktive per pensjonist i 2050. Figur 2 viser utviklinga i forsørgjarbrøken for kommunane. Jo mørkare fargen er, desto fleire innbyggjarar som er 65 år eller eldre, er det i forhold til talet på innbyggjarar mellom 20 og 64 år.

[12] SSB sitt hovudalternativ er brukt.

Figur 2 Framskriving av forsørgjarbrøken 2024–2050



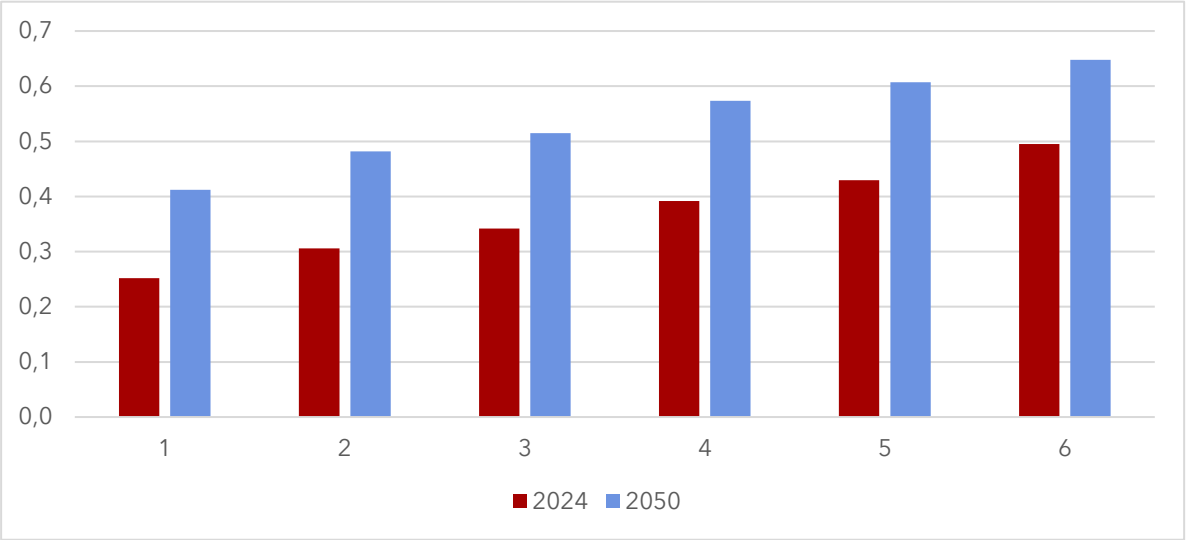
Kjelde: SSB, tabell 14293.[13]

Som figur 2 viser, er det venta at alle kommunane i landet vil få ei eldre befolkning i 2050 samanlikna med 2024.

Det varierer mellom kommunane kor stor forsørgjarbrøken er i 2024, og det er venta at forskjellane vil helde fram mot 2050. Figur 3 viser utviklinga i forsørgjarbrøken der kommunane er grupperte etter sentralitet. SSBs seks sentralitetsklasser er brukte, der sentralitetsklasse 1 betyr sentral kommune og klasse 6 betyr kommunar som ligg usentralt til.

[13] SSB sitt hovudalternativ er brukt. Dette er eit mellomalternativ for dei tre komponentane fruktbarheit, levealder og innvandring.

Figur 3 Forsørgjarbrøken for kommunane i 2024 og 2050, gjennomsnitt per sentralitetsklasse



Kjelde: SSB, tabell 14293.

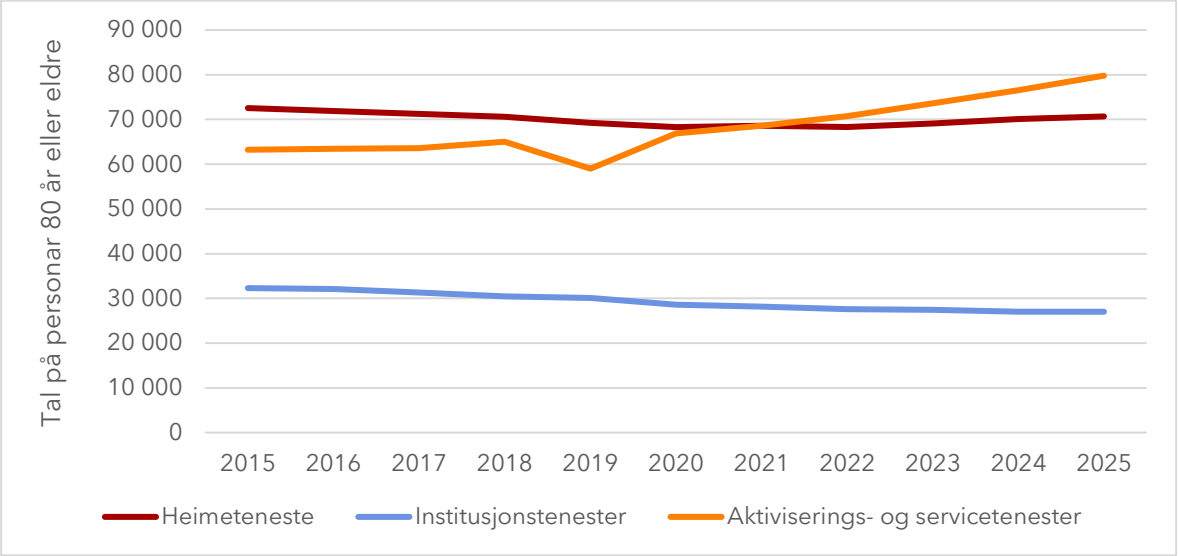
Som det går fram av figur 3, er forsørgjarbrøken større jo meir usentral kommunen er. Ei mogleg forklaring er at unge vaksne flyttar til sentrale strøk og får barna sine der, medan dei eldre blir igjen i distrikta.[14] Samtidig viser figuren at forsørgjarbrøken vil auke for alle kommunane, uavhengig av sentralitet. Figuren viser òg at kommunane i sentralitetsklasse 5 og 6 allereie i 2024 har ein høgare forsørgjarbrøk enn det er venta at kommunane i klasse 1 vil få i 2050.

5.1.1 Andelen som får institusjonsplass eller heimetenester blant dei som er 80 år eller eldre, er redusert

Det følgjer av helse- og omsorgstenestelova at kommunen skal tilby opphald i sjukeheimar eller heildøgns omsorg i alternative buformer til personar som treng det, for å sikre nødvendige og forsvarlege helse- og omsorgstenester.

[14] SSB 2020b

Figur 4 Utviklinga i talet på tenestemottakarar som er 80 år eller eldre, heile landet 2015–2025

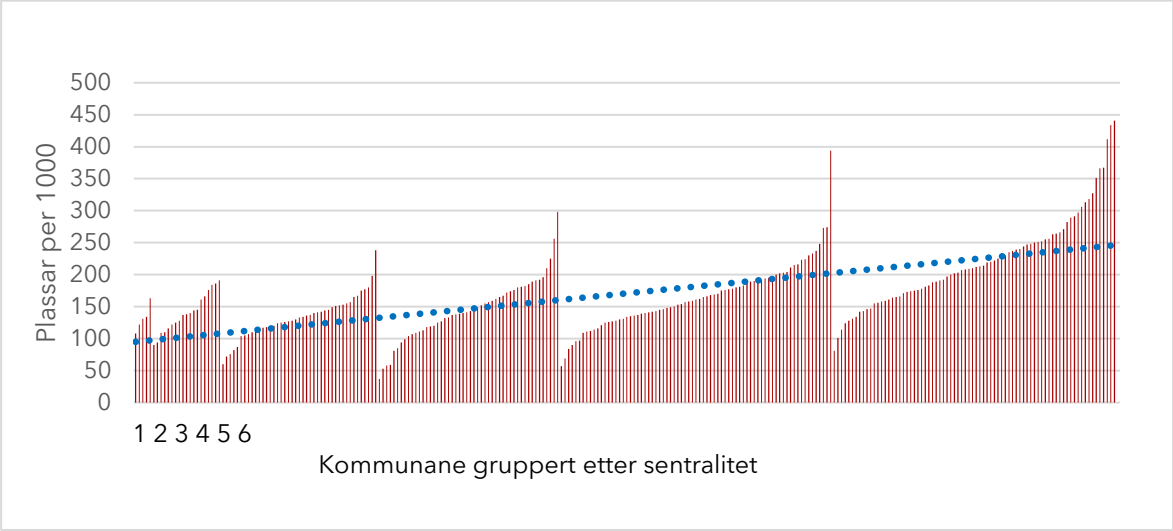


Kjelde: SSB, tabell 12003.

Det har i perioden 2015–2025 vore ein vekst i talet på innbyggjarar som er 80 år eller eldre, på 50 000 eller 23 prosent. Dette er ei gruppe som ofte har behov for helse- og omsorgstenester. Likevel er andelen brukarar som er 80 år eller eldre og som har plass på institusjon redusert med 16 prosent. Talet på mottakarar av heimetenester er redusert med 3 prosent. I same periode auka talet på brukarar av aktiviserings- og servicetenester som er 80 år eller eldre med 26 prosent. Auken blir i stor grad forklart av at fleire eldre har teke i bruk velferdsteknologiar, hovudsakleg tryggleiksalarm.[15] Nesten alle kommunane brukte tryggleiksalarm i helse- og omsorgstenestene i 2024. Undersøkinga viser også at andelen som bur i omsorgsbustad med heildøgnsomsorg har vore omtrent uendra i perioden 2015–2025.

[15] Dette utgjer ca. 65 prosent.

Figur 5 Institusjonsplassar per 1 000 innbyggjarar som er 80 år eller eldre, per kommune i 2025 etter sentralitetsklasse



Kjelde: SSB, tabell 11875. N=355. Institusjonsplassar inkluderer sjukeheimar og aldersheimar.

Figur 5 viser at talet på institusjonsplassar per 1 000 innbyggjarar som er 80 år eller eldre varierer mellom kommunar, og at det er store skilnader innanfor kvar sentralitetsklasse. Den stipla trendlinja viser ein tendens til at jo mindre sentral ein kommune er, desto fleire institusjonsplassar har han. Undersøkinga viser at talet på institusjonsplassar har gått ned i perioden 2015–2025.

I Riksrevisjonen si spørjeundersøking har 31 prosent av kommunane svart at dei har for få plassar på sjukeheimar til å dekkje behova til eldre innbyggjarar. Rundt 43 prosent av kommunane har opplyst at dei har for få heildøgns omsorgsplassar. Hagen mfl. si undersøking frå 2024 tyder på at det over tid har blitt ein høgare terskel for å få langtidsplass i sjukeheimar for dei eldre.[16] Undersøkinga vår tyder på det same, og på at det er store skilnader mellom kommunane når det gjeld kor stort hjelpebehov brukarane på institusjonar har. Undersøkinga frå Hagen mfl. fant òg at terskelen for å få langtidsplass på institusjon er endå høgare for yngre brukarar enn eldre.

Undersøkinga viser at i *aldersgruppa under 67 år* har det vore ein stor vekst i talet på brukarar av helse- og omsorgstenester. Denne aldersgruppa auka med 214 000 personar, eller 5 prosent i perioden 2015–2025, mens talet på brukarar auka med 12 000, eller 9 prosent i den same perioden.

Undersøkinga viser vidare at talet på innbyggjarar som er mellom 67 og 79 år i perioden 2015–2025, har vakse med 165 000, eller med 33 prosent. Talet på brukarar i denne aldersgruppa som har plass på institusjon eller får heimetenester, har auka omtrent like mykje.

Tal frå Nasjonalt senter for aldring og helse viser at talet på personar med demens kjem til å bli meir enn dobla fram mot 2040. Dette er ei gruppe der svært mange vil få behov for

[16] Hagen mfl. 2024

heildøgns omsorgstilbod. Undersøkinga viser at det er store skilnader mellom kommunane når det gjeld tilbodet som er spesielt tilrettelagt for personar med demens. 31 kommunar har rapportert at dei ikkje har demensplassar. Desse kommunane er i sentralitetsklasse 4, 5 eller 6, og dei fleste har eit folketal på under 5 000.

Eldre er i dag friskare enn før, men mange lever med kroniske sjukdommar og nedsett funksjonsevne, særleg dei som er 80 år eller eldre. I tillegg har talet på personar i denne aldersgruppa auka over fleire år. Sjølv om det i framskrivingar frå SSB er lagt til grunn at helsetilstanden blir betra over tid, ventar SSB at etterspurnaden etter heildøgns omsorgsplassar vil auke mykje fram mot 2060.[17]

Kommunane har eit sjølvstendig ansvar overfor innbyggjarane sine for å løyse grunnleggjande oppgåver og yte tenester. Samtidig har staten eit ansvar for å setje kommunesektoren i stand til å løyse oppgåvene til det beste for innbyggjarane, og kommunal- og forvaltningskomiteen framhevar at staten har eit breitt spekter av verkemiddel i styringa av kommunane.[18]

Riksrevisjonen merkar seg at trass i auken i talet på eldre, er andelen som er 80 år eller eldre som fekk institusjonsplassar eller heimetenester redusert. I tillegg har andelen som bur i omsorgsbustad med heildøgnsomsorg vore uendra. Riksrevisjonen meiner at ei slik utvikling i tenestene vil kunne føre til ein auka belastning på pårørande. Det kan òg føre til forskjellar i den omsorga eldre med og utan pårørande får. Helse- og omsorgskomiteen er tydeleg på at det er samfunnet sitt ansvar å ta vare på dei som har behov for omsorgstenester, og det er viktig at dei pårørande ikkje blir ei kvilepute eller blir teke for gitt av dei som yter helse- og omsorgstenester.[19] Riksrevisjonen stiller spørsmål om det er eit likeverdig tilbod for dei som er 80 år eller eldre i alle kommunar, når det er så store skilnader mellom kommunane i andelen institusjonsplassar som det statistikken viser.

5.1.2 Det er usikkert om investeringstilskot til omsorgsbustader og sjukeheimsplassar har ført til fleire heildøgns omsorgsplassar

Allereie i 2007 påpeika helse- og omsorgskomiteen at dei «ser alvorlig på utfordringene samfunnet står overfor når det gjelder framtidens økende behov for pleie- og omsorgstjenester med hensyn til blant annet utbygging av flere sykehjemsplasser og omsorgsboliger med heldøgns tjenester».[20]

I samband med behandlinga av Bu trygt heime-reforma uttalte helse- og omsorgskomiteen at ein må ta kraftfulle grep for å sikre ei god og verdig eldreomsorg med nok ressursar til tenestene, byggje fleire sjukeheimsplassar og sikre kvalifisert personell. Komiteen meinte òg at målsetjinga om at fleire skal bu heime lenger, ikkje kan gå ut over fleire sjukeheimsplassar. Videre understreka komiteen at tilgjengelegheit og andelen eigna bustader, spesielt for eldre, er sentrale element for å sikre trygge heimar.[21]

[17] SSB 2020a
[18] Innst. 270 S (2011–2012)
[19] Innst. 112 S (2023–2024)
[20] Budsjett-innst. S. nr. 11 (2007–2008)
[21] Innst. 112 S (2023–2024)

I perioden 2019–2025 har det blitt utbetalt ca. 19 milliardar kroner i investeringstilskot til omsorgsbustader og sjukeheimsplassar (heretter «investeringstilskotet») til kommunane.

Investeringstilskotet blei innført i 2008. Heilt sidan den gongen har formålet med tilskotet vore å både auke talet på plassar til personar med behov for heildøgns helse- og omsorgsplassar og å rehabilitere dei plassane som finst. Husbanken erfarer at nokre kommunar bruker investeringstilskotet til å byggje nye plassar, samtidig som gamle plassar blir lagde ned. I perioden 2019–2022 var investeringstilskotet todelt, kor deler av tilskotet var øyremerka til netto tilvekst av heildøgns omsorgsplassar.[22] Netto tilvekst betyr at plassar som det er gitt tilskot til kjem i tillegg til dei plassane kommunen allereie har. Frå og med 2023 er det ikkje satt av øyremerka midlar til netto tilvekst, men tilskotet kan også nyttast til å auke talet på heildøgns omsorgsplassar.[23] I Helse- og omsorgsdepartementets budsjettproposisjon for 2026 foreslår departementet at 1 milliard kroner av tilsagnsramma er forbehalde heildøgns omsorgsplassar som skal gi netto tilvekst i kommunane som mottar tilskot. Vidare skriv departementet at «Innretningen på kravet om netto tilvekst har betydning for kommunens mulighet til å planlegge og tilpasse sine tjenester.»[24]

Undersøkinga viser at kommunane har behov for alternative buformer, til dømes servicebustader.[25] Distriktskommunane og dei minste kommunane vurderer tilgangen på eigna bustader klart dårlegare enn andre kommunar gjer. Mangelen på eigna bustader er størst i dei nordlegaste fylka.[26] I Riksrevisjonen si undersøking frå 2018 blei det trekt fram at det var usikkert om kapasiteten i heildøgns omsorg for eldre hadde auka. Ei evaluering gjennomført av Menon Economics mfl. i 2019 viste at tilskotet i større grad hadde ført til fornying av og auka kvalitet på plassar enn til ein netto tilvekst av plassar.[27]

Husbanken fører oversikt over talet på plasser det gis tilskot til. Dette er ikkje nødvendigvis det same talet på plassar som faktisk blir bygde. SSB har statistikk som viser talet på institusjonsplassar. SSB har òg talet på dei som bur i omsorgsbustad med heildøgnsbemanning, men ikkje tal for kor mange *plassar* med heildøgnsbemanning som finst. Det kan vera avvik mellom talet på dei som *bur i omsorgsbustad* og talet på *plassar med heildøgnsbemanning*. Det inneber at det ikkje finst data om det samla talet på kor mange *plassar* for heildøgns omsorg som finst i dag.

Statistikken frå SSB viser at talet på institusjonsplassar har vore omtrent uendra i perioden 2015–2025, medan det har vore ei auke i talet på dei som bur i omsorgsbustad på om lag 20 prosent.[28] Talet på brukarar som er 67 eller eldre har i perioden 2015–2024 vakse med 11 prosent. Andelen av bebuarane som er 80 år eller eldre som får heildøgns omsorg er redusert frå 35 prosent i 2015 til 31 prosent i 2025.

Sidan 2008 har det vore eit mål å auke talet på og rehabilitere heildøgns omsorgsplassar. I perioden 2019–2025 blei det utbetalt ca. 19 milliardar kroner til dette formålet. Med tanke

[22] Prop. 1 S (2023–2024) Helse- og omsorgsdepartementet
[23] Prop. 1 S (2023–2024) Helse- og omsorgsdepartementet
[24] Prop. 1 S (2025–2026) Helse- og omsorgsdepartementet
[25] Verifisert referat frå møte med Husbanken 26. november 2025 og verifisert referat frå møte med KS 9. desember 2025.
[26] Husbanken 2025
[27] Menon Economics 2019
[28] Desse tala gjeld alle aldersgrupper.

på auken i talet på eldre i tida framover meiner Riksrevisjonen at Helse- og omsorgsdepartementet i større grad burde ha følgt opp at investeringstilskotet bidreg til at talet på sjukeheimsplassar og plassar i omsorgsbustader med heildøgns omsorg er i tråd med dei framtidige behova i helse- og omsorgstenesta og med Stortinget sine vedtak og føresetnader.

Definisjonen av omgrepet «heildøgns omsorgsplass» er framleis utydeleg

Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie, som tredde i kraft i 1989, er normdannande for kva heildøgns omsorg inneber. I 2017 utarbeidde Helse- og omsorgsdepartementet og KS eit felles notat om bruken av omgrepet «heildøgns helse- og omsorgstenester».[29] Trass i forskrifta og notatet viste Riksrevisjonen si undersøking frå 2018 at kommunar, SSB og Husbanken har lagt ulike definisjonar til grunn for «heildøgns omsorg».[30]

Ein rapport KS publiserte i 2024 om heildøgns omsorgsplassar, viser at det framleis kan vere relativt store skilnader i korleis kommunane forstår og i praksis forheld seg til omgrepet heildøgns omsorg, og kva dei skal rapportere i KOSTRA (som står for «kommune-stat-rapportering»).[31] Gjennom KOSTRA sender alle kommunar inn tal frå sine tenesteområde til SSB.

I Riksrevisjonen si spørjeundersøking svarer ein av fire kommunar at definisjonen av heildøgns omsorg framleis er utydeleg. Ulik tolking av dette omgrepet kan gi variasjonar i rapporteringa til SSB. Nokre kommunar legg svært personellintensive tenester til grunn, medan andre kommunar inkluderer tenester som i stor grad er baserte på å tilkalle helsepersonell. Variasjonar i rapporteringa kan gjere det vanskeleg å planleggje for å dekkje framtidig behov, både på kommunalt og på statleg nivå.

Riksrevisjonen tilrådde i 2018 at Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med KS tydeleggjer kva heildøgns omsorg for eldre inneber, og korleis omgrepet skal brukast i planlegging og statistikk. Riksrevisjonen meiner at helsestyresmaktene ikkje i tilstrekkeleg grad har lykkast med å tydeleggjere innhaldet i omgrepet overfor kommunane.

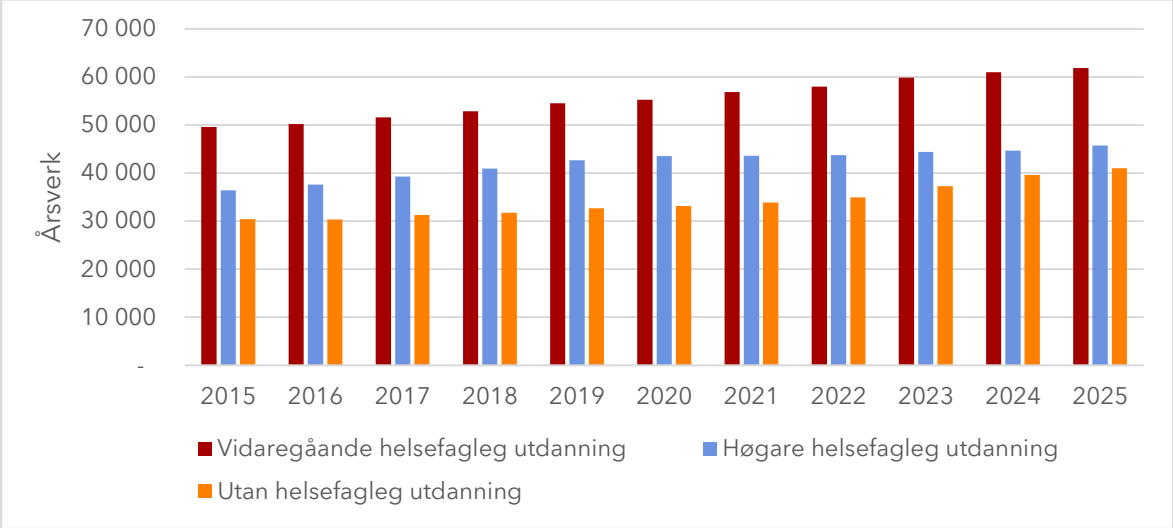
5.1.3 Kvar femte kommune har for få tilsette med rett kompetanse til å gi forsvarlege helse- og omsorgstenester til eldre i sjukeheimar

Helse- og omsorgskomiteen understrekar at det å ha tilstrekkeleg personell med rett kompetanse er det som er mest avgjerande for å levere trygge og gode tenester til befolkninga, og at dette er eit område som må styrkjast.[32] Ifølgje Kompetanseløft 2025[33] er knappleik på helse- og sosialfagleg personell blant utfordringane som må løysast for å møte behova og styrke berekrafta i helse- og omsorgstenestene.

[29] Helse- og omsorgsdepartementet & KS 2017
[30] Riksrevisjonen 2018
[31] KS 2024a
[32] Innst. 112 S (2023–2024)
[33] Kompetanseløft 2025 er regjeringa sin plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstenesta for perioden 2021–2025.

I perioden 2015–2025 har det vore ein vekst på 32 000 årsverk i dei kommunale helse- og omsorgstenestene. Dette svarer til ei auking på 28 prosent. Undersøkinga viser at dei fleste kommunane har ei bemanning som svarer til rundt eit halvt årsverk per brukar av helse- og omsorgstenesta.[34] Nærmare analysar viser at veksten har vore lågast i kommunar i sentralitetsklasse 5 og 6, jf. punkt 10.3.2.

Figur 6 Talet på årsverk etter utdanningsnivå i brukarretta tenester i heile landet, 2015–2025



Kjelde: SSB, tabell 12292.

Figur 6 viser at fordelinga av årsverk etter utdanningsnivå (ikkje medrekna administrative stillingar) har halde seg tilnærma konstant dei siste ti åra for heile landet. I 2025 hadde 31 prosent høgare utdanning, 41 prosent har vidaregåande utdanning, og 28 prosent av dei tilsette hadde ikkje helsefagleg utdanning.

68 prosent av helse- og omsorgssjefane i kommunane svarar i Riksrevisjonen si spørjeundersøking at dei i dag har tilstrekkeleg bemanning med rett kompetanse til å gi forsvarlege helse- og omsorgstenester til eldre i heimen. 15 prosent svarar at dei ikkje har tilstrekkeleg bemanning i heimetenestene og heile 20 prosent av helse- og omsorgssjefane i kommunane svarar at dette òg gjeld for tenester til eldre i sjukeheimar. Bemanningsutfordringane gjeld i noko større grad distriktskommunar og kommunar med mange eldre.

Riksrevisjonen har gått gjennom 74 rapportar frå tilsyn som er utførte av statsforvaltarane i perioden 2022–2025, og som gjeld tenester til eldre. Gjennomgangen viser at i 15 prosent av dei undersøkte kommunane har statsforvaltaren avdekt svakheiter i leiinga si oppfølging av kompetanse.[35] Dette inneber at leiinga ikkje har oversikt over kompetansen til dei tilsette og heller ikkje følgjer opp om det blir gjennomført opplæring.

[34] Dette gjeld alle brukarane i kommunane, uavhengig av alder.
[35] Gjeld både tilsyn med bruk av medisindispenser og andre tilsyn som gjeld eldre, som er gjennomførte av statsforvaltarane i perioden 2022–2025.

Mange kommunar reknar med at vanskar med å behalde og rekruttere tilsette i framtida vil få konsekvensar for tenestetilbodet. Spørjeundersøkinga til kommunane viser at litt over 80 prosent av kommunane meiner at framtidig personellmangel betyr at fleire eldre må ta ansvar for eiga helse, og over halvparten meiner at dette vil innebere at kommunane må redusere kvaliteten på helse- og omsorgstenestene i åra framover.

Undersøkinga viser at det sidan 2015 har vore ein auke i talet på eldre, og det er venta ein vesentleg auke framover. Helsepersonellkommisjonen peikar på at det kjem til å bli behov for meir personell i kommunane som følgje av denne auken. I den same perioden har det også vore ein auke i talet på brukarar som er yngre enn 67 år. Riksrevisjonen merkar seg at sjølv om det har vore ein auke i talet på årsverk på 28 prosent sidan 2015, var det færre personar som er 80 år eller eldre som fekk institusjons- eller heimetenester i 2024 enn i 2015. I tillegg svarar mellom 15 og 20 prosent av helse- og omsorgssjefane at dei ikkje har tilstrekkeleg bemanning med rett kompetanse til å gi *forsvarlege* helse- og omsorgstenester til eldre i heimen og i sjukeheimar i 2025.

Statlege tiltak innanfor rekruttering og kompetanseheving treffer ikkje alle kommunar

Kompetanseløft 2025 er regjeringa sin plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstenesta for perioden 2021–2025. Sidan 2021 har Statsforvaltaren (den gongen fylkesmannen) hatt eit særskilt ansvar for dialogen med og oppfølginga av kommunane.[36]

Statsforvaltarane forvaltar kompetanse- og tenesteutviklingstilskotet. Formålet med tilskotet er mellom anna å redusere mangelen på personell med relevant kompetanse og leggje til rette for berekraftige omsorgstenester. I perioden 2019–2024 utbetalte statsforvaltarane i alt 2,2 milliardar kroner over denne tilskotsordninga.[37] Over 90 prosent av kommunane opplyser til Riksrevisjonen at tilskotet er viktig i kommunen sitt arbeid med kompetansehevande tiltak og utvikling. Senter for omsorgsforsking har evaluert den delen av tilskotet som går til utviklingsarbeid. Rapporten frå 2024 viser at det er vanskeleg å seie noko om resultat av denne delen av tilskotsordninga, fordi rapporteringa frå kommunane er svært kortfatta.[38]

I 2023 blei det etablert ei regional koordinatorrolle hos statsforvaltarane som skal gi støtte og rettleiing til kommunar i arbeidet deira med strategisk kompetanseutvikling.[39] Koordinatorrolla er eit verkemiddel for å støtte kommunane i arbeidet med å rekruttere og behalde tilsette og er viktig i arbeidet for å sikre kommunane nødvendig kompetanse for å utvikle tenestene, særleg i distrikta.[40] Spørjeundersøkinga til kommunane viser at halvparten av kommunane meiner at statsforvaltaren ikkje hjelper dei i arbeidet med å rekruttere, behalde eller utvikle helsepersonell og fagkompetanse. Medan 30 prosent av distriktskommunane meiner at statsforvaltaren hjelper dei i dette arbeidet.

[36] Prop. 1 S (2020–2021) Helse- og omsorgsdepartementet
[37] Ikkje prisjustert i perioden.
[38] Senter for omsorgsforsking 2024a
[39] Prop. 1 S (2022–2023) Helse- og omsorgsdepartementet
[40] Meld. St. 9 (2023–2024)

Helsedirektoratet erfarer at statsforvaltarane har merksemd på lovpålagde oppgåver, som klagesaksbehandling og tilsyn, og at andre oppgåver blir prioriterte ned som følgje av stort arbeidspress.[41]

Helsedirektoratet tilbyr leiarutdanning for primærhelsetenesta og lønstilskot til masterutdanning i avansert klinisk allmennsjukepleie. Begge har som formål å heve breiddekompetansen. Evalueringa av leiarutdanninga i 2024 viste at ho har treft godt på det faglege innhaldet og gitt resultat og effektar på både individ- og organisasjonsnivå. Det var færre søkjarar til leiarutdanninga i studieåret 2024–2025.[42] Samtidig har Helsedirektoratet sett at mange kommunar slit med å leggje til rette for dei som har teke masterutdanning i avansert klinisk allmennsjukepleie, og at mange kommunar ikkje har råd til å prioritere slike stillingar.[43]

Demografiutviklinga inneber at tenestene òg må endre arbeidsmåtar og arbeide meir førebyggjande. I spørjeundersøkinga vår svarer om lag 60 prosent av kommunane at dei har planar om å styrkje det førebyggjande arbeidet. Helsedirektoratet understrekar at satsinga på førebygging og helsefremjing må intensiverast, både i helsetenestene og i samfunnet som heilskap.[44] Samstundes erfarer direktoratet at mange kommunar må nedprioritere førebyggjande tiltak, som ikkje er lovpålagde oppgåver, fordi dei ikkje har tilstrekkeleg kapasitet eller kompetanse.

Vidare planlegg over 80 prosent av kommunane å arbeide med fordeling av arbeidsoppgåver mellom helsepersonell, til dømes Tørn-prosjektet til KS, jf. punkt 14.2.2. Dette gjeld i noko større grad for sentrale kommunar enn distriktskommunar.

Riksrevisjonen konstaterer at det er sett i verk fleire statlege tiltak som skal bidra til nok personell med rett kompetanse. Det er likevel usikkert om kommunane i tilstrekkeleg grad har klart å nyttiggjere seg dei, til dømes lønstilskot til utdanning i avansert klinisk allmennsjukepleie. Riksrevisjonen viser til at mangel på personell og kompetanse kan true pasientsikkerheita og kvaliteten i tenestene.

5.1.4 Nesten alle kommunar har teke i bruk velferdsteknologi, men har i liten grad teke ut gevinstar

Helse- og omsorgskomiteen hadde allereie i 2013 forventningar om at kommunane ved å ta i bruk ny teknologi i helsetenestene skulle kunne opprettholde eit tenestetilbod av god kvalitet og bremse auken i behovet for personell.[45] Ti år etter er det framleis eit mål å auke bruken av helse- og velferdsteknologi som legg til rette for at fleire eldre kan bu heime lenger.[46] Også i rapporten frå helsepersonellkommisjonen blir det trekt fram at

[41] Verifisert referat frå møte med Helsedirektoratet 16. desember 2025.
[42] Helse- og omsorgsdepartementet 2026
[43] Verifisert referat frå møte med Helsedirektoratet 16. desember 2025.
[44] Helsedirektoratet sine årsrapportar for 2022, 2023 og 2024.
[45] Innst. 477 S (2012–2013) og i Innst. 112 S (2023–2024) viste komiteen til målet om at auka bruk av teknologi kan bidra til at fleire eldre kan bu heime lenger.
[46] Meld. St. 24 (2022–2023)

velferdsteknologi vil vere eit sentralt verkemiddel for å bidra til at kommunane kan tilby berekraftige tenester.[47]

Faktaboks 1 Velferdsteknologi

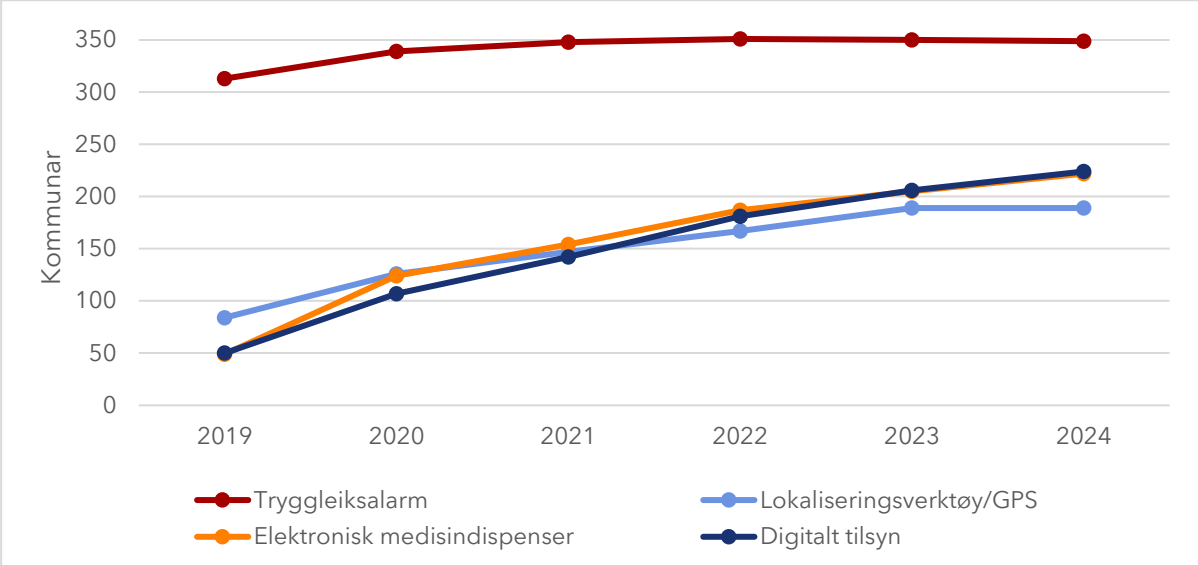
Velferdsteknologi er teknologiske hjelpemiddel som skal støtte opp under og forsterke tryggleiken, sikkerheita, medråderetten og livskvaliteten til brukarane og gjere dei meir sjølvhjelpne.

Helseteknologi omfattar både velferdsteknologi og helseinformatikk. Helseteknologi omfattar teknologiske metodar, utstyr og materiale som blir brukte i planlegging, organisering, realisering, dokumentasjon, evaluering, leiing og vidareutvikling av kunnskapsbasert helsehjelp.

Kjelde: basert på Helsedirektoratet 2016a og NTNU u.å.

Nesten alle kommunar har teke i bruk velferdsteknologi i form av tryggleiksalarmar

Figur 7 Talet på kommunar som har registrert at dei har teke i bruk velferdsteknologiar i perioden 2019–2024



Kjelde: Kommunalt pasient- og brukarregister (KPR)

Som figur 7 viser, har det i undersøkingsperioden vore ein auke i talet på kommunar som rapporterer at dei har teke i bruk dei fire velferdsteknologiane tryggleiksalarm, lokaliseringsverktøy/GPS, elektronisk medisindispenser og digitalt tilsyn. Desse fire teknologiane er beskrivne i faktaboks 6 i punkt 10.7.1. Blant brukere som er 80 år eller eldre var det 38 prosent som hadde tryggleiksalarm i 2024. Vidare hadde 10 prosent i denne aldersgruppa anten elektronisk medisindispenser, lokaliseringsteknologi eller digitalt tilsyn.

[47] NOU 2023: 4

Det er ifølgje Helsedirektoratet komplisert å angi eit ønskt nivå for innføring av velferdsteknologi, samtidig som det på enkelte område er indikasjonar på at talet på brukarar kan aukast. Ifølgje direktoratet har til dømes Finland høgare andel brukarar av elektronisk medisindispenser enn Noreg. Medan bruken av tryggleiksalarmar truleg er på same nivå som i Sverige.

Kommunane møter fleire barrierar når dei skal ta i bruk velferdsteknologi

I ei kunnskapsoppsummering frå 2021 peikar Helsedirektoratet på ulike barrierar kommunane møter når dei skal innføre velferdsteknologi.[48] Dette kan vere både organisatoriske, kulturelle, tekniske og regulatoriske barrierar, og avgrensingar i kompetanse blant leiarar og tilsette. I ein rapport frå 2023 viser Helsedirektoratet til at kommunane òg må endre arbeidsmåtane sine for å hente ut gevinstar.[49] KS viser òg til at det er komplekst å implementere velferdsteknologi.[50] KS meiner at lovverket ikkje blir oppdatert i tråd med den teknologiske utviklinga, og at det i større grad bør forenklast og leggje til rette for bruk av teknologi.[51]

Halvparten av statsforvaltarane opplyser til Riksrevisjonen at dei er samde i at nokre av dei største utfordringane er at kommunane

- ikkje har tid eller kompetanse til å skaffe velferdsteknologiar
- ikkje kjenner godt nok til kva teknologiar som kan vere aktuelle å ta i bruk
- ikkje har god nok kunnskap om regelverket for velferdsteknologi

Det er vanskeleg for kommunane å realisere gevinstar av innføring av velferdsteknologi

I kunnskapsoppsummeringa frå 2021 viste Helsedirektoratet til at kommunar kan få gevinstar frå velferdsteknologi ved at teknologien frigjer tid, reduserer kostnader og aukar kvaliteten for brukarar, tilsette og pårørande.[52] I 2024 kartla Oslo Economics gevinstar av helseteknologi på vegner av KS.[53] Ifølgje denne rapporten er moglege gevinstar å redusere veksten i talet på tilsette og auke kvaliteten i tenestene.

I Riksrevisjonen si spørjeundersøking er det at eldre kan bu heime lenger, den gevinsten flest kommunar oppgir at bruk av velferdsteknologi har ført til. Nesten 60 prosent svarte at pasientar eller pårørande opplever meistring, sjølvstende og sikkerheit. Litt over halvparten av kommunane svarte at tenestene har blitt meir tidseffektive. Berre ein av tre kommunar svarte at tilsette opplever ein betre arbeidskvardag.

I rapporten frå Oslo Economics frå 2024 kom det fram at det er vanskeleg for kommunane å estimere gevinstane, og at dette ofte skuldast at kommunane ikkje har god informasjon om kva gevinstar dei har fått av teknologiane. Oslo Economics har inntrykk av at det er stor variasjon mellom kommunane i kva grad dei har lykkast med å innføre teknologiane og

[48] Helsedirektoratet 2021a. Dette er gitt att i Meld. St. 24 (2022–2023).
[49] Helsedirektoratet 2023e
[50] KS 2023
[51] Verifisert referat frå møte med KS 9. desember 2025.
[52] Helsedirektoratet 2021a
[53] Oslo Economics 2024

realisere gevinstar. I KS sin arbeidsgivarmonitor for 2025 opplyser nesten alle kommunar at gevinstrealisering ved digitalisering er utfordrande. Dette rapporterte kommunane som ei av dei største utfordringane i 2021 og 2023.[54]

Velferdsteknologi kan gi tryggleik dersom det blir brukt rett

Helsetilsynet meiner at å ta i bruk velferdsteknologi, som elektronisk medisindispenser, kan vere eit viktig tiltak for å auke sjølvstende og tryggleik hos pasientane.[55] Samtidig understrekar Helsetilsynet at individuelle vurderingar må liggje til grunn, og at pasientane må medverke. Riksrevisjonen sin gjennomgang av rapportane frå tilsyn med eldre sin bruk av elektronisk medisindispenser, viser at det i 19 av 30 rapportar blei påpeika mangelfull dokumentasjon av eignavurderingar eller kartlegging av brukarane.

Helsetilsynets erfaringar etter alvorlege hendingar der velferdsteknologi har vore brukt, viser at det er nødvendig at både dei tilsette og brukaren får opplæring i korleis teknologien skal brukast, og at kommunen har rutinar for installering og testing av velferdsteknologien før bruk, jf. punkt 10.7.4.

Riksrevisjonen merkar seg at fleire kommunar har teke i bruk velferdsteknologiar, men at det er barrierar som hindrar gevinstrealisering. Kommunar kan få gevinstar frå velferdsteknologi om den vert brukt rett og dette vil bli særleg viktig når andelen eldre aukar samtidig som andelen yrkesaktive går ned. Riksrevisjonen viser til at for at velferdsteknologi skal kunne vere eit godt tiltak både for eldre brukarar og for kommunane, må tildelinga av slike tenester vere basert på individuelle vurderingar og involvering av brukaren, og kommunen må følgje opp korleis teknologien blir brukt, og sørgje for nødvendig opplæring av både brukarar og tilsette.

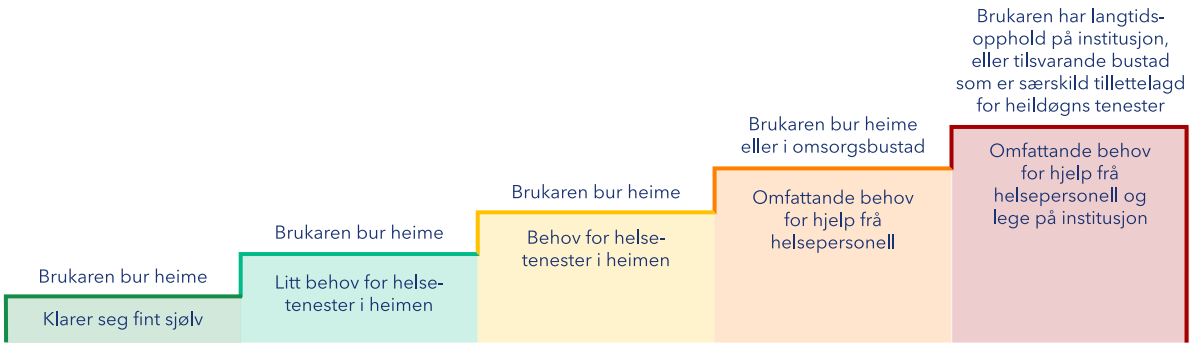
5.1.5 Nivået på helse- og omsorgstenester er redusert i 40 prosent av kommunane, og fleire kommunar planlegg å gjere det

Det følgjer av helse- og omsorgstenestelova og lov om helsepersonell at tenestene som eldre får i kommunane, skal vere forsvarlege. At tenestene er forsvarlege, betyr at dei må halde tilfredsstillande kvalitet og bli ytte i tide og i tilstrekkeleg omfang.[56]

I Riksrevisjonen sin gjennomgang av plandokumenta frå 60 kommunar kjem det fram at 45 prosent av kommunane skriv at det vil vere vanskeleg eller umogleg å oppretthalde nivået på eller omfanget av tenestene i tida framover. Til dømes er det kommunar som skriv at behova til innbyggjarane overstig ressursane, og at kommunen manglar ressursar. Det er òg kommunar som skriv at dei må tilby tenester på lågare nivå av omsorgstrappa, jf. figur 8.

[54] KS 2025b
[55] Helsetilsynet 2025a
[56] Prop. 99 L (2015–2016)

Figur 8 Omsorgstrappa



Kjelde: Riksrevisjonen med utgangspunkt i Helsedirektoratet 2016b

Heile 40 prosent av kommunane har i spørjeundersøkinga vår svart at dei allereie har redusert kvaliteten på helse- og omsorgstenestene til eldre, som følgje av ein pressa kommuneøkonomi. Fleirtalet av statsforvaltarane ser det same og erfarer at situasjonen i kommunane over tid har gjort det nødvendig å redusere kvaliteten og/eller omfanget på tenestene. Åtte av ti statsforvaltarar svarer at det stemmer godt eller svært godt at «flere kommuner enn tidligere senker kvaliteten og/eller omfanget av helse- og omsorgstjenestene for å utfordre grensen for forsvarlighet».

I årsmeldinga si for 2025 skriv Pasient- og brukarombodet at det er lite rom for å redusere tenestetilbodet, fordi kommunane ikkje har tradisjon for å innvilge helse- og omsorgstenester langt over kravet til forsvarlege tenester.

Samtidig som fleire kommunar reduserer nivået eller kvaliteten på tenestene, er fleire sentrale aktørar opptekne av at det er eit gap mellom forventningane befolkninga har til tenester dei kan få, og kva kommunane kan tilby. Alle statsforvaltarar unnateke éin har opplyst til Riksrevisjonen at dette gapet er aukande. Helsedirektoratet seier i intervju at hovudbodskapen til innbyggjarane, mellom anna frå direktoratseininga *Senteret for eit aldersvennleg Noreg*, er at innbyggjarane i større grad må ta ansvar for eigen alderdom, medan samfunnet skal leggje til rette for at dei tek dei rette vala. Det har vore ei endring etter kvalitetsreforma Leve heile livet, der direktoratet frykta at forventningsgapet skulle auke, men no blir det jobba frå fleire hald med å redusere det.[57]

Helsedirektoratet opplyser vidare at direktoratet kan bidra til å avklare og justere forventningane befolkninga har til helse- og omsorgstenestene gjennom informasjonstiltak og lovtolkingar. Direktoratet erkjenner at nokre av lovtolkingane er gamle. Direktoratet er kjent med at både statsforvaltarar og kommunar drøftar om det er behov for å justere lovtolkingane slik at dei i større grad stemmer overeins med dagens situasjon, slik forarbeida til helse- og omsorgstenestelova opnar for når det gjeld kravet om forsvarlege tenester: «Innholdet i forsvarlighetskravet endrer seg dermed også i takt med utviklingen av fagkunnskap og endringer i verdioppfatninger».[58]

[57] Verifisert referat frå møte med Helsedirektoratet 10. desember 2025.
[58] Prop. 91 L (2010–2011)

I ein rapport frå Senter for omsorgsforsking frå 2024 kjem det fram at «uavhengig av hvordan tildeling av tjenester er organisert, opplever alle [utførerne og saksbehandlerne på tildelingskontorene] at økonomiske rammer ofte styrer tjenestetildelingen mer enn tjenestesøkernes behov og ønsker».[59]

Helsedirektoratet opplyser til Riksrevisjonen at dagens arbeid med tildeling av helse- og omsorgstenester er krevjande. Tildelingsprosessen inneber krevjande vurderingar av rettar, behov og tilgjengelege ressursar (økonomiske og personellmessige). Direktoratet viser vidare til at prioriteringskriteria «nytte, ressurs og alvor» kan inngå i vurderinga av behovet for kommunale helse- og omsorgstenester.[60]

Pasient- og brukarrettslova gir pasientar og brukarar fleire rettar overfor helse- og omsorgstenesta. Helse- og omsorgsdepartementet har sett ned eit utval som skal greie ut ei ny lov. Noko av bakgrunnen for gjennomgangen er endringar i behova til befolkninga, innhaldet og organiseringa i tenestene, og i samfunnets forventningar til rettigheiter.[61]

Demografiutfordringa inneber at det etter Riksrevisjonens vurdering er viktig med omstilling og innovasjon i helse- og omsorgstenestene. Det er mellom anna behov for å endre arbeidsmåtar, arbeide meir førebyggjande og hente ut gevinstar frå velferdsteknologi. Undersøkinga viser at mange kommunar sjølve opplyser at dei har redusert eller planlegg å redusere nivået på helse- og omsorgstenestene til eldre. Ifølgje dei fleste statsforvaltarane er det fleire kommunar enn tidlegare som reduserer kvaliteten på og omfanget av tenestene på grensa til kva som er forsvarleg. Forarbeida til helse- og omsorgstenestelova legg til grunn at innhaldet i kravet til forsvarlege tenester endrar seg. Samstundes er Riksrevisjonen bekymra for at enkelte kommunar kan utvikle ein praksis som ikkje samsvarer med gjeldande regelverk eller helsefaglege rettleiarar.

5.2 Det er risiko for svikt i dei kommunale helse- og omsorgstenestene til eldre

Det står i helse- og omsorgstenestelova at kommunane skal sørgje for at personar som oppheld seg i kommunen, får tilbod om nødvendige helse- og omsorgstenester.

Ifølgje Helsetilsynet sin rapport frå 2025 finst det lite nasjonal kunnskap om kvaliteten på helsehjelpa som blir gitt heime hos pasientar.[62] Erfaringar frå tilsyn indikerer at dette er eit område med risiko for svikt. Det kjem fram at det er risiko for at forverring i helse- og funksjonsnivået til brukarane ikkje blir fanga opp tidsnok. Risikoen er knytt til desse faktorane:

- Det er mangelfull kartlegging på viktige område.
- Mange tiltaksplanar manglar viktig innhald.
- Pårørande blir involverte i for liten grad.
- Der er ikkje alltid nok sjukepleiekompetanse.

[59] Senter for omsorgsforsking 2024c
[60] Verifisert referat frå møte med Helsedirektoratet 12. desember 2025.
[61] Helse- og omsorgsdepartementet u.å.
[62] Helsetilsynet 2025d

- Manglande kompetanse kan føre til at forverring blir oppdaga seint.
- Det er avgrensa informasjon frå fastlegar.

Helsetilsynet framhevar at helsetenester til eldre pleietrengande er under press, og at tilsynet med elektronisk medisindispenser viser at fleire eldre ikkje får den hjelpa dei har rett på.[63]

5.2.1 Det er framleis ei utfordring at fleire kommunale vedtak ikkje dokumenterer kva den eldre sjølv ønskjer

Helse- og omsorgstenestelova føreset at kommunane tildeler sjukeheimsplass og helsetenester i heimen på bakgrunn av individuelle behovsvurderingar. Ifølgje pasient- og brukarrettslova skal det leggjast stor vekt på kva brukaren meiner. Kommunen må gjere nødvendige undersøkingar for å sikre at vedtak og tenester byggjer på korrekt og tilstrekkeleg informasjon, jf. forvaltningslova.

I Riksrevisjonen si undersøking frå 2018 om tilgjengelegheit og kvalitet i eldreomsorga kom det fram at det i fleire kommunale vedtak om helse- og omsorgstenester ikkje gjekk fram av dokumentasjonen kva den eldre sjølv ønskte. I behandlinga av undersøkinga understreka kontroll- og konstitusjonskomiteen at når eldre søkjar om helse- og omsorgstenester, må det, i tillegg til faglege vurderingar og behov, leggjast vekt på deira ønske og meiningar.[64]

Sju av ti statsforvaltarar opplyser til Riksrevisjonen at det framleis er ei utfordring at ønska til dei eldre ikkje går fram av kommunale vedtak i dei fleste eller nokre kommunar. Pasient- og brukarombodet opplyser i intervju at det får tilbakemeldingar om at brukarar ofte opplever å ikkje bli høyrde. Ombodet meiner det ikkje er tydeleg korleis kommunen har vektlagt brukaren sine synspunkt i saksbehandlinga, og at innspel frå brukaren og pårørande ikkje kjem tydeleg fram i vedtaka.[65]

I Helsedirektoratet sin rettleiar for saksbehandling står det at det er særleg viktig at ønsket til brukaren kjem fram i dei tilfella der den eldre får eit anna tenestetilbod enn personen ønskte seg. I slike tilfelle *må* kommunen gjere greie for kvifor ønsket til brukaren ikkje blei følgt. Grunngivinga er viktig for at brukaren skal kunne forstå vedtaket, og dessutan vurdere om det er grunnlag for å klage på avgjerda.[66]

Riksrevisjonen merkar seg at det framleis er utfordringar med at nokre kommunar ikkje dokumenterer eldre brukarar sine ønske og meiningar i saksbehandlinga. Då kan ikkje den eldre vite korleis eventuelle ønske er vurderte, og det blir vanskelegare å vite om det er grunnlag for å klage på vedtaket. Sett i samanheng med at andelen som får institusjonsplass eller heimetenester blant dei som er 80 år eller eldre, er redusert i perioden, meiner Riksrevisjonen at det er spesielt viktig at kommunane sikrar at helse- og

[63] Helsetilsynet 2025a
[64] Innst. 179 S (2018–2019)
[65] Verifisert referat frå møte med Pasient- og brukarombodet 10. november 2025.
[66] Helsedirektoratet 2016a

omsorgstenester blir gitt på bakgrunn av individuelle behovsvurderingar som byggjer på korrekt og tilstrekkeleg informasjon.

5.2.2 Tilsyn av tenester til eldre viser at det er manglar ved styringa og oppfølginga frå leiinga

Riksrevisjonen sin gjennomgang av 74 tilsynsrapportar frå statsforvaltarane som gjeld tenester til eldre, viser at manglande dokumentasjon eller journalføring blei avdekt av statsforvaltarane i halvparten av tilsyna.[67] Helsetilsynet skriv at manglande dokumentasjon gir risiko for at dei tilsette manglar relevant informasjon om pasientane, noko som gjer at kommunen får lita oversikt over eigen praksis.[68] Ifølgje Helsetilsynet utgjer mangelfull dokumentasjon ein alvorleg risiko for at svikt ikkje blir oppdaga og korrigert.

Det står i Helsedirektoratet sin rettleiar til *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* at øvste leiar skal sørgje for at det er etablert eit system for å sikre nødvendig kunnskap og kompetanse hos medarbeidarane. Riksrevisjonen sin gjennomgang av dei 74 tilsynsrapportane viser at det var svakheiter i oppfølginga frå leiinga i kvar femte kommune som blei undersøkt. I desse kommunane har leiinga ikkje sikra tilstrekkeleg kunnskap om området det blei ført tilsyn med. Helsetilsynet ser at manglar ved styring og leiing av tenestene er eit gjennomgåande funn i pasientskadesaker.[69] Leiinga har ikkje nødvendig oversikt over kvalitets- og sikkerheitsutfordringar, og kjende kvalitets- og sikkerheitsutfordringar blir ikkje følgde opp på ein måte som gir varig forbetring. Helsetilsynet har i gjennomgangen sin av uønskte hendingar tilrådd å styrkje styringa og leiinga av kvalitets- og pasientsikkerheitsarbeidet.

Riksrevisjonen sin gjennomgang av dei 74 tilsynsrapportane frå statsforvaltarane viser vidare at berre 28 prosent av kommunane har gjennomført risiko- og sårbarheitsanalysar av området det er ført tilsyn med. Slike analysar kan gi leiinga informasjon om område der det er risiko for uforsvarlege og lovstridige forhold.

5.2.3 Det er påpeika svakheiter i avvikshandteringa til kommunane i meir enn halvparten av tilsynsrapportane

Sørgje for-ansvaret i helse- og omsorgstenestelova inneber ei plikt til å planleggje, gjennomføre, evaluere og korrigere verksemda, slik at omfanget og innhaldet i tenestene er i samsvar med krav som er fastsette i lov eller forskrift. Alle som yter helse- og omsorgstenester etter lova, skal sørgje for at verksemda arbeider systematisk for kvalitetsforbetring og pasient- og brukarsikkerheit.[70] Dette skal bidra til at tenestene blir gitt på ein forsvarleg måte.[71]

[67] Gjeld både tilsyn med medisindispenser og andre tilsyn som gjeld eldre, og som er gjennomførte av statsforvaltarane i perioden 2022–2025.
[68] Helsetilsynet 2025a
[69] Helsetilsynet 2025b
[70] Helse- og omsorgstenestelova § 3-1 og § 4-2.
[71] Prop. 91 L (2010–2011)

Helse- og omsorgskomiteen har vist til at *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* skal sikre at kommunane jobbar systematisk med pasientsikkerheit. I § 6 g i forskrifta står det at kommunane pliktar å bruke informasjonskjelder for å sikre at kommunane overheld helse- og omsorgslovgivinga, og at tenestene er forsvarlege. Informasjonskjeldene som blir nemnde i forskrifta, er mellom anna

- avvik og uønskte hendingar
- klagar
- evalueringar
- brukarerfaringar

I spørjeundersøkinga vår svarer 14 prosent av kommunane at dei verken har brukt uønskte hendingar, klagar eller brukarerfaringar i forbetringsarbeidet sitt dei siste tre åra. Det er hovudsakleg distriktskommunar som i liten grad har brukt desse informasjonskjeldene i forbetringsarbeidet. Det er berre 35 prosent av kommunane som opplyser at dei har brukt alle desse tre kjeldene i kvalitetsforbetringsarbeidet. 6 prosent av kommunane oppgir at dei ikkje har brukt *nokon* informasjonskjelder i samband med forbetring av helse- og omsorgstenestene dei tre siste åra.

Vidare viser Riksrevisjonen sin gjennomgang av rapportane frå tilsyn av tenester til eldre, at statsforvaltaren har påpeika svakheiter i 44 av dei 70 rapportane som omtaler avvikshandtering. Svakheiter som blir trekte fram, er mellom anna underrapportering av avvik og manglande systematisk oppfølging av avvik frå leiinga. Hensikta med å gå gjennom avvik og uønskte hendingar er å hindre at liknande forhold skjer igjen.[72]

> «Når avvik ikkje vert melde eller brukt på ein systematisk måte i forbetringsarbeidet, aukar risikoen for at uønska hendingar og svikt i bruken av medisindispenser som tiltak ikkje vert fanga opp og at verksemda ikkje lærer av feila slik at rutinar og praksis vert korrigert og forbetra.»
>
> *Kjelde: Helsetilsynet 2024*

Undersøkinga viser at 25 prosent av kommunane oppgir at dei *ikkje* har evaluert dei samla helse- og omsorgstenestene til eldre dei siste fem åra. Eit fleirtal av kommunane har likevel evaluert enkelte av tenestene. Til dømes har ca. 70 prosent av kommunane evaluert *anten* tenester til eldre i sjukeheimar *eller* helse- og omsorgstenester i heimen til eldre *eller* dag-/aktivitetstilbod til personar med demens.

Om lag halvparten av kommunane har brukt resultat frå lokale brukar- og pårørandeundersøkingar om tenester til eldre dei siste tre åra. Helsetilsynet si erfaring etter tilsyn med elektronisk medisindispenser er at kommunane legg meir vekt på planlegging og gjennomføring enn på evaluering og forbetring av tenestene. Helsetilsynet presiserer at kommunane i større grad må skaffe seg oversikt og innsikt i eigen praksis.[73]

[72] Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten § 8 e.
[73] Helsetilsynet 2025b

Riksrevisjonen merkar seg at det er svakheiter i kvalitetsarbeidet i mange kommunar, sidan det ikkje byggjer på sentrale informasjonskjelder eller er systematisk. Dette svekkjer grunnlaget for at omfanget og innhaldet i tenestene er i samsvar med lova.

5.2.4 Statleg rettleiing bidreg i varierande grad til forbetringsarbeid i kommunane

Statsforvaltarane skal følgje opp tiltak for å forbetre kvaliteten i omsorgstenestene.[74] Oppgåvene til statsforvaltarane er konkretiserte i hovudinstruksen for statsforvaltarane der det står at dei skal hjelpe og støtte kommunane i arbeidet deira med å sikre pasientsikkerheits- og kvalitetsforbetring. Statsforvaltaren skal mellom anna vere ein pådrivar for at kommunane følgjer opp krava i *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*.[75]

Som nemnt viser undersøkinga at mange kommunar ikkje bruker viktige informasjonskjelder i forbetringsarbeidet, og at det er avdekt svakheiter i avvikshandteringa i ein del kommunar. I tillegg meiner 25 prosent av kommunane at statsforvaltaren ikkje hjelper dei i arbeidet med pasientsikkerheit og kvalitetsforbetring, og 35 prosent meiner at statsforvaltaren ikkje hjelper dei i arbeidet med å implementere forskrifta. Det er ikkje nemneverdige regionale skilnader mellom kommunane som meiner dette.

Helsedirektoratet har i mange år hatt ansvaret for å utvikle, formidle og halde ved like nasjonale faglege retningslinjer og rettleiarar som understøttar måla som er sette for helse- og omsorgstenesta. Kommunane meiner at informasjon frå Helsedirektoratet er lett tilgjengeleg. Eit fleirtal av kommunane meiner òg at nasjonale råd, retningslinjer, rettleiarar og rundskriv bidreg til forbetring av tenestene i kommunane. Likevel svarer 70 prosent av kommunane at det er utfordrande å halde seg oppdatert om endringar i desse normerande produkta. Dette gjeld i litt større grad distrikts- og mellomsentrale kommunar. Fleire enn kvar femte kommune manglar rutinar for å ta dei normerande produkta i bruk. Dette gjeld i større grad distriktskommunar og mellomsentrale kommunar.

Utviklingssenter for sjukeheimar og heimetenester skal bidra til å styrke kvaliteten i dei kommunale helse- og omsorgstenestene. I spørjeundersøkinga vår svarer rundt 60 prosent av kommunane at dei har fått hjelp frå senteret i arbeidet med å ta i bruk kunnskapsbasert praksis. Av desse kommunane svarer tre av fire at senteret har bidrege til at kommunen sine tenester til eldre har forsvarleg kvalitet.

Riksrevisjonen merkar seg at tilsyn har avdekt svakheiter i kommunale helse- og omsorgstenester til eldre. Tilsyn kan bidra til læring og kvalitetsforbetring i tenestene, men statsforvaltarane meiner at dei gjennomfører for få tilsyn, jf. punkt 5.5.4. Som nemnt er det fleire statlege verkemiddel som skal hjelpe kommunane i forbetringsarbeidet deira.

[74] Prop. 1 S (2018–2019) Helse- og omsorgsdepartementet
[75] Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet 2024a

Riksrevisjonen vurderer det likevel slik at rettleiinga til helsestyresmaktene ikkje treffer alle kommunane.

5.3 Kommunane planlegg ikkje systematisk for framtida

Alle kommunar skal sikre at langsiktige utfordringar, mål og strategiar er beskrivne i planverket til kommunen, jf. plan- og bygningslova. Kommuneplanen skal vareta både kommunale, regionale og nasjonale mål, interesser og oppgåver og bør omfatte alle viktige mål og oppgåver i kommunen. Helse- og omsorgstenesta er den største sektoren i kommunen[76] og utgjorde 39 prosent av utgiftene til kommunane i 2025. I åra framover vil det at det blir fleire eldre føre til auka etterspurnad etter helse- og omsorgstenester.[77] Helse- og omsorgskomiteen har sagt at utviklinga innanfor helse- og omsorgstenestene bør vere ein viktig del av kommuneplanarbeidet.[78] Sidan 2006 har Helse- og omsorgsdepartementet i fleire stortingsmeldingar peika på at dei framtidige omsorgsutfordringane bør vere tema i planarbeidet i kommunane, til dømes i kommuneplanar eller kompetanse- og rekrutteringsplanar.

Det følgjer av forarbeida til helse- og omsorgstenestelova at plikta til å sørgje for forsvarlege tenester stiller krav om at verksemda planlegg og set i verk nødvendige tiltak for å sikre at dei ulike tenestene alltid er forsvarlege. Kommunen skal òg sjå til at tiltaka fungerer og er tilstrekkelege.

Kommunane sitt plansystem består mellom anna av ein planstrategi og ei kommuneplan med samfunnsdel og arealdel.[79] I tillegg kan kommunane lage kommunedelplanar for bestemde område, tema eller verksemdområde. I denne undersøkinga har vi gjort eit representativt utval på 60 kommunar og har gått gjennom alle plandokumenta som ligg tilgjengelege på nettsidene til kommunane.

I gjennomgangen av kommunale planar har vi teke utgangspunkt i følgjande element som kjenneteiknar god planlegging av helse- og omsorgstenestene:

1. status for tenestene, mellom anna den noverande andelen eldre brukarar, talet på tilsette, institusjonsplassar og bustader
2. venta demografiutvikling i åra framover
3. framtidige behov for tilsette, kompetanse, institusjonsplassar, bustader og så bortetter
4. tiltak for å møte framtidige behov

5.3.1 Demografiutfordringane har vore kjende lenge

Dei framtidige demografiske utfordringane har vore kjende i meir enn 20 år. I St.meld. nr. 25 (2005–2006) *Mestring, muligheter og mening* blei dei framtidige omsorgsutfordringane beskrivne slik:

[76] Meld. St. 9 (2023–2024)
[77] Meld. St. 31 (2023–2024)
[78] Innst. S. nr. 150 (2006–2007)
[79] NOVA 2015

- Behovsvekst som følgje av eit aukande antal eldre krev etter kvart utbygging av kapasitet og auka kompetanse på aldring, med særskilt vektlegging av demens og samansette lidingar.
- Som følgje av endringar i alderssamansetjinga i befolkninga skjer det ingen vesentleg auke i tilgangen på arbeidskraft og potensielle frivillige omsorgssytarar.

Den eldre delen av befolkninga har lenge vore i vekst, og framskrivingar tyder på at talet på eldre vil halde fram med å auke sterkt. Framskrivingar viser at andelen innbyggjarar som er 65 år eller eldre vil vere 30 prosent eller høgare i nesten halvparten av kommunane i landet i 2050. Medan det i 2025 er omtrent 3 personar i yrkesaktiv alder per person som er 65 år eller eldre, vil det i 2050 berre vere litt over 2 personar i yrkesaktiv alder for kvar person som er 65 år eller eldre, jf. punkt 5.1.

Gjennomgangen av plandokumenta frå 60 kommunar viser at nesten alle kommunane tek med framskrivingar av folketalet, og dei har òg talfesta demografiutviklinga i kommunen for ulike aldersgrupper frå 10 til 40 år framover i tid. Kommunane har i hovudsak brukt SSB sine framskrivingar.

Vidare viser gjennomgangen at 82 prosent av kommunane peikar på at det kjem til å bli fleire eldre med demens. Halvparten av desse planane inneheld konkrete framskrivingar av talet på personar med demens om 10 til 40 år.

5.3.2 Kommunane har i liten grad berekna det framtidige behovet for helse- og omsorgstenester

For å kunne planleggje kor mange tilsette, sjukeheimsplassar og omsorgsbustader som kommunen treng i tida framover, bør kommunen ha oversikt over status i dag. Gjennomgangen av plandokumenta viser at dei aller fleste kommunane *omtaler* dagens status på helse- og omsorgstenestene. Det varierer likevel kor detaljert omtalen er, og berre kvar fjerde kommune har *talfesta* kor mange tilsette, sjukeheimsplassar og omsorgsbustader dei har i dag. Over halvparten av kommunane i utvalet har talfesta ein eller to av dei tre nemnde delane. Berre 16 prosent av kommunane har i plandokumentet omtalt kor mange som arbeider i helse- og omsorgstenestene.

Gjennomgangen av plandokumenta viser vidare at 16 av 60 kommunar har ikkje omtalt kor stort det framtidige behovet for sjukeheimsplassar, omsorgsbustader eller talet på tilsette kjem til å bli. Det er berre to av kommunane i utvalet (Nome og Karmøy) som har talfesta kor mange institusjonsplassar, alternative buformer for eldre og tilsette i helse- og omsorgstenestene dei vil ha behov for i planhorisonten.

I svara i spørjeundersøkinga vår blir følgjande oppgitt som dei viktigaste grunnane til at kommunane ikkje har berekna det framtidige behovet:

- Det er vanskeleg å føresjå framtidig behov.
- Kommunen har ikkje hatt tid eller ressursar til å gjere slike berekningar.

- Det er vanskeleg å føresjå korleis velferdsteknologi vil påverke behovet for tenester i framtida.
- Det er vanskeleg å tolke grunnlagsdata eller statistikk.
- Grunnlagsdata eller statistikk er ikkje tilgjengeleg.

Mange kommunar har ikkje oversikt over verken kapasitet eller behov i tenestene i dag, og dei har heller ikkje talfesta eit anslag over kva dei trur behovet kjem til å bli i framtida. Etter Riksrevisjonens vurdering er dette informasjon som er heilt nødvendig for at kommunane skal kunne planleggje og dimensjonere tenestene framover.

5.3.3 Mange kommunar har ikkje vedteke tiltak på sentrale område, og planlagde tiltak er lite konkrete

Plikta til å sørgje for forsvarlege tenester stiller krav om at kommunen planlegg og set i verk nødvendige tiltak for å sikre at dei ulike tenestene er forsvarlege til kvar tid.[80] Gjennomgangen av plandokumenta viser at dei aller fleste kommunane har nemnt tiltak i dokumenta. Likevel har 3 av dei 60 representativt utvalde kommunane ikkje omtalt nokon tiltak som gjeld helse- og omsorgstenester til eldre.

Undersøkinga viser at fleirtalet av tiltaka er vagt eller generelt formulerte. Til dømes kjem det ikkje fram på kva måte tiltaka skal gjennomførast, og det er berre nokre få kommunar som har sett ein frist for når tiltak skal påbyrjast eller vere gjennomførte. Riksrevisjonen konstaterer at vagt formulerte tiltak er vanskelege å gjennomføre og følgje opp.

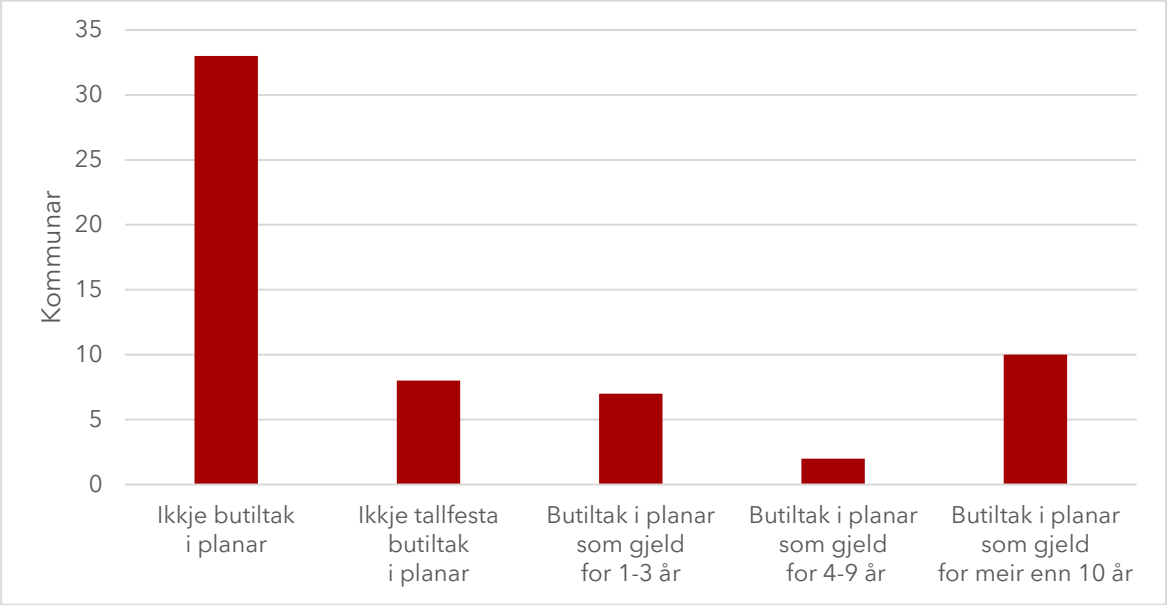
I Riksrevisjonen si spørjeundersøking svarer alle statsforvaltarar at embetet har undersøkt om delplanen for helse- og omsorgstenesta inneheld tiltak for å møte det framtidige behovet for helse- og omsorgstenester for eldre. Seks av statsforvaltarane svarer at nokre kommunar har planlagt tilstrekkelege tiltak. Dei resterande statsforvaltarane veit ikkje om det er tilfellet – sjølv om delplanane er gjennomgått.

Meir enn halvparten av kommunane har ikkje planlagt tiltak for å auke institusjonsplassar eller alternative butilbod

Gjennomgangen av plandokumenta viser at 33 av dei 60 tilfeldig utvalde kommunane ikkje planlegg å auke talet på verken sjukeheimsplassar eller omsorgsplassar med eller utan heildøgns omsorg.

[80] Prop. 91 L (2010–2011)

Figur 9 Tal på kommunar som har tiltak om å auke institusjonsplassar eller alternative butilbod, og kor langt fram dei har planlagt for



Kjelde: Plandokumenta til dei 60 representativt utvalde kommunane

Blant dei kommunane som skriv i plandokumenta at dei vil auke talet på institusjonsplassar eller alternative butilbod, varierer det om dei spesifiserer korleis auken skal realiserast. Til dømes er det 8 kommunar som skriv at dei vil etablere nye plassar eller at netto vekst i talet på heildøgns omsorgsplassar skal komme, medan det berre er 19 av kommunane som *talfestar* auken i plassar. Som figur 9 viser er det 7 kommunar som har tiltak om å auke talet på institusjonsplassar eller alternative butilbod i planar som gjeld for mellom 1 og 3 år, 2 har dette i planar for mellom 4 og 9 år og 10 har dette i planar som gjeld for meir enn 10 år framover i tid.

I spørjeundersøkinga til kommunane svarer 23 prosent at dei har vedteke å auke talet på sjukeheimsplassar i planperioden 2024–2027. Vidare svarer 35 prosent av kommunane at dei i same periode vil auke talet på omsorgsbustader med heildøgns omsorg, medan 25 prosent vil auke talet på omsorgsbustader utan heildøgns omsorg.

Mange kommunar har eller kjem til å få rekrutteringsutfordringar, men få har tiltak for å løyse denne utfordringa

Det går fram av plandokumenta til 45 av 60 kommunar at dei allereie har eller kjem til å få rekrutteringsutfordringar. Likevel omtaler under halvparten av det representative utvalet kommunane kva behovet for tilsette, årsverk eller ulike faggrupper vil vere i framtida. Dette kan tyde på at mange kommunar har vanskar med å utvikle konkrete tiltak for rekruttering innanfor helse- og omsorgssektoren, slik også NOVA viste i evalueringa si av Omsorgsplan 2015 for meir enn ti år sidan.[81]

13 kommunar har i planane sine talfesta kva det framtidige behovet for personell vil vere, men det er berre 4 kommunar som har beskrive konkrete rekrutteringstiltak. Ingen av

[81] NOVA 2015

desse har sett frist eller tidspunkt for gjennomføring av tiltaka. Vidare er det berre ein av tre kommunar som har tiltak som gjeld kompetanse, til dømes å tilby utdanning og kurs til tilsette eller lage ein kompetanseplan.

Også spørjeundersøkinga vår viser at om lag ein av tre kommunar ikkje har vedteke tiltak som gjeld bemanning i helse- og omsorgstenesta i perioden 2024–2027. Blant dei kommunane som har tiltak, svarer fleirtalet at desse handlar om fordeling av arbeidsoppgåver mellom helsepersonell og endra organisering av arbeidstida, til dømes innføring av turnusordningar som langvakter og årsturnus.

To av tre kommunar har identifisert tiltak som kan redusere framtidige behov for helse- og omsorgstenester, men tiltaka er som regel lite konkrete

Tidleg innsats og førebyggjande tiltak kan dempe veksten i behovet for framtidige helsetenester.[82] Førebyggjande tiltak spenner relativt vidt, frå å fremje god helse og livskvalitet, auke helsekompetansen og bremse eller reversere sjukdomsutvikling, til å førebyggje skadar som følgje av behandling eller manglande behandling.

Tre av fem kommunar opplyser til Riksrevisjonen at dei har vedteke å auke innsatsen innanfor lågterskeltilbod og generelle folkehelsetiltak. Gjennomgangen vår av plandokumenta viser omtrent det same: at om lag to av tre kommunar omtaler førebyggjande tiltak.

Gjennomgangen av plandokument viser at det varierer kor konkrete tiltaka er. Fleirtalet av tiltaka er vagt formulerte. Det står lite om korleis tiltaka skal setjast i verk, eller når dei skal gjennomførast. Til dømes står det berre at kommunar ønskjer å auke innsatsen i det førebyggjande arbeidet eller å auke innsatsen på lågare nivå i omsorgstrappa (sjå figur 8). Det er likevel òg enkelte døme på tiltak som er litt meir konkrete, til dømes å innføre førebyggjande heimebesøk hos eldre[83] eller gjennomføre fallførebyggjande tiltak.

Helsedirektoratet opplyser at mange kommunar gjerne vil prioritere førebyggjande tiltak, men at dei har behov for å vite at det nyttar. Ein del kommunar som har jobba med førebyggjande tiltak over tid, rapporterer at dei ikkje kan halde fram med det på grunn av manglande bemanning. Vidare kjenner direktoratet til at mange kommunar må nedprioritere tiltak som ikkje er lovpålagde, på grunn av utfordrande økonomi eller manglande kapasitet eller kompetanse.[84]

Gjennomgangen av plandokumenta viser at 48 av 60 kommunar nemner at dei vil ta i bruk velferdsteknologi. Det varierer òg her mellom kommunane kor konkret tiltaka er formulerte. 26 av kommunane nemner konkrete velferdsteknologiar som dei vil ta i bruk, til dømes digital tryggleiksalarm, elektronisk medisindispenser og ulike former for digitalt tilsyn. Resten av kommunane har vagt formulerte tiltak der dei berre skriv at dei vil at fleire eldre skal ta i bruk velferdsteknologiar. 18 kommunar gir uttrykk for at hensikta med å

[82] Meld. St. 9 (2023–2024)
[83] Hensikta med slike heimebesøk er hjelp til sjølvhjelp, tidleg innsats og å gi aktuell informasjon for å halde oppe evna til sjølvhjelp og eigenmeistring.
[84] Verifisert referat frå møte med Helsedirektoratet 12. desember 2025.

innføre velferdsteknologi er at dei forventar at det skal bidra til å redusere ressursbehovet og leggje til rette for at eldre kan bu heime lenger.

5.3.4 Mange kommunar meiner at dei manglar kompetanse og ressursar til å førebu seg på demografiutfordringane

Ifølgje statsforvaltarane er gode plandokument ein av fleire viktige føresetnader for at kommunane skal kunne lykkast med å tilpasse seg demografiutfordringane. Dei aller fleste av dei 60 kommunane som vi har gått gjennom planane til, har ein planstrategi, ein samfunnsdel og ein arealdel. Det var halvparten av kommunane som ikkje hadde ein helse- og omsorgsplan på undersøkingstidspunktet. Helsedirektoratet understrekar i intervju at helse- og omsorgsplan ikkje er pålagd i lov, og at direktoratet ikkje har oversikt over kor mange kommunar som har ein slik plan.

Allereie i evalueringa av Omsorg 2015 kom det fram at manglande ressursar og kompetanse i kommunane kunne vere forklaringar på manglande planar.[85] Evalueringa viser til at det særleg var dei minste kommunane som ikkje hadde ein helse- og omsorgsplan. Desse kommunane hadde òg manglar i dei andre planane. Dei hadde òg mindre tilgjengelege ressursar og kompetanse for å lage planer samanlikna med store kommunar. Samstundes peikar evalueringa på at manglande delplanar kan skuldast at dei har mindre behov for slike delplanar fordi sektoren er meir oversiktleg samanlikna med større kommunar. Også i 2020 rapporterte statsforvaltarane (den gongen fylkesmannen) at særleg mindre kommunar har avgrensa kapasitet og kompetanse til planlegging av tenestene.[86]

I spørjeundersøkinga vår svarer heile 70 prosent av kommunane at dei ikkje har tid eller ressursar til å lage planar for helse- og omsorgstenesta. Vidare svarer kvar tredje kommune at helse- og omsorgstenesta manglar tilstrekkeleg kompetanse innanfor planarbeid. Det er ca. 30 prosent av kommunane som manglar både tid, ressursar og kompetanse innanfor planarbeid. Dette er først og fremst distriktskommunar.[87]

I plandokumenta til 4 av dei 60 representativt utvalde kommunane kjem det fram at stram økonomi eller kapasitetsutfordringar er sentrale forklaringar på at kommunen ikkje har forberedt seg på demografiutfordringane. Ein kommune beskriv det slik:

> «Når det skal utarbeides nye planer må det vurderes om kommunen har ressurser til å lage selve planen, men det er kanskje enda viktigere å vurdere om det finnes tilstrekkelige ressurser til å følge opp planen med handlinger og tiltak i hele perioden planen skal gjelde for. Dette betyr at vedtak om utarbeidelse av nye planer i planstrategien får konsekvenser og vil legge beslag på personal- og økonomiske ressurser i mange år fram i tid.»

Fleirtalet av statsforvaltarane meiner at ei mogleg forklaring på at kommunane ikkje har tilpassa seg demografiutfordringane, er at leiarar i kommunen ikkje har god nok

[85] NOVA 2015
[86] Helsedirektoratet 2020
[87] Distriktskommunar har sentralitet 5 og 6, jf. punkt 16.1.5.

forbetringskunnskap eller leiingskompetanse. I tillegg svarer halvparten av statsforvaltarane at det er krevjande for tilsette i kommunen å prioritere endringsarbeid i ein travel kvardag.

I årsrapporten for 2024 frå tre statsforvaltarar blir det trekt fram at manglande politisk behandling og forankring av planane er årsaker til at det ikkje blir gjort omstillingar.

5.3.5 Statlege verkemiddel på helseområdet har ikkje i stor nok grad bidrege til planlegginga i kommunane

Helsedirektoratet og statsforvaltarane er ifølgje Helse- og omsorgsdepartementet sentrale verkemiddel for å leggje til rette for betre planlegging i kommunane.

Det er etablert fleire tiltak som skal støtte kommunane i arbeidet deira, men Helsedirektoratet oppgir at dei viktigaste verkemidla til direktoratet hovudsakleg er retta mot å planleggje for at det blir fleire personar med demens.

Ressursportalen blei lansert i 2019 og var eit nasjonalt planleggingsverktøy som skulle bidra til å gi kommunane auka forståing av eigne styringsdata og auke den analysefaglege kompetansen i kommunane.[88] Verktøyet blei lite brukt av kommunane, og det blei derfor avvikla i 2024.

Statsforvaltarane har i mange år hatt i oppdrag å følgje med på utviklinga i kommunane når det gjeld planlegging. I Riksrevisjonen si undersøking av tilgjengelegheit og kvalitet i eldreomsorga frå 2018 viste Helse- og omsorgsdepartementet til at statsforvaltaren (den gongen fylkesmannen) hadde lang tradisjon med å støtte kommunane i planarbeidet deira, mellom anna gjennom dialogmøte. Frå 2024 fekk statsforvaltarane i oppdrag å følgje opp Bu trygt heime-reforma. Arbeidet skulle særleg rettast mot tiltak som bidreg til at kommunane lagar heilskaplege planar som ser dei statlege satsingane og verkemidla i samanheng.

I Riksrevisjonen si spørjeundersøking svarer alle statsforvaltarane at dei har rettleia kommunar som ikkje har laga planar. Som tidlegare nemnt viser undersøkinga at det er svakheiter i dei kommunale planane. Mange kommunar meiner òg at dei manglar kompetanse og ressursar til å lage planar. Nesten halvparten av kommunane opplyser til Riksrevisjonen at dei ikkje har fått hjelp frå statsforvaltaren i planarbeidet sitt innanfor helse og omsorg.

Riksrevisjonen er samde med Generalistkommuneutvalet i at det er ein høg andel kommunar som manglar viktige føresetnader, som kompetanse og kapasitet, for å sikre god planlegging.[89] Demografiutfordringane har vore kjende i meir enn 20 år, og det har blitt teke opp kor viktig det er med kommunal planlegging. Likevel er det framleis mange kommunar som ikkje har konkrete tiltak for å møte utfordringane på helse- og omsorgsfeltet. Etter Riksrevisjonen si vurdering vil ein plan vere eit viktig styringsverktøy

[88] Prop. 1 S for Helse- og omsorgsdepartementet for åra 2021–2024.
[89] NOU 2023: 9

for kommunen som ein del av arbeidet med å sikre at innbyggjarane får dei helse- og omsorgstenestene dei har behov for, og at tenestene er forsvarlege. Riksrevisjonen meiner at dei statlege helsestyresmaktene ikkje i stor nok grad har følgt godt nok opp at kommunane har planlagt for korleis dei skal møte dei demografiske utfordringane som treffer helse- og omsorgstenestene i åra framover.

5.4 Sjølv om Helse- og omsorgsdepartementet har lagt fram mange stortingsmeldingar og sett i verk mange planar på området, har resultata vore avgrensa

Helse- og omsorgsdepartementet har eit overordna ansvar for å sikre at dei nasjonale måla for helse- og omsorgstenestene blir nådde. Departementet skal sikre seg informasjon om måloppnåinga og korleis dei statlege verkemidla bidreg til ho, jf. *Reglement for økonomistyring i staten* og *Bestemmelser om økonomistyring i staten*.

Mellom 2018 og 2024 har Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidd stortingsmeldingar og sett i verk planar som på ulike måtar skal leggje til rette for å utvikle og støtte opp om kommunane sitt arbeid med helse- og omsorgstenester til eldre. Desse er

- Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet: En kvalitetsreform for eldre,* som kom i 2018 og gjaldt for perioden 2019–2023, og som blei behandla av Stortinget i 2018
- Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*
- Meld. St. 38 (2020–2021) *Nytte ressurs og alvorlighet. Prioritering i helse- og omsorgstjenesten*
- *Kompetanseløft 2025,* som kom i 2020 som ein del av budsjettforslaget for 2021, og som blei behandla saman med resten av budsjettet hausten 2020
- *Demensplan 2025,* som er ein handlingsplan som kom i 2020
- *Opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten,* som kom i 2022
- Meld. St. 24 (2022–2023) *Fellesskap og meistring – Bu trygt heime,* som blei presentert i 2023 og gjeld for perioden 2024–2028, og som blei behandla av Stortinget i 2023
- Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga. Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar*
- Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027*
- Meld. St. 21 (2024–2025) *Helse for alle. Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste*

I Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet: En kvalitetsreform for eldre* var målgruppa eldre over 65 år, både dei som bur heime og på institusjon. Helsedirektoratet hadde det nasjonale gjennomføringsansvaret. For å hjelpe kommunane i gjennomføringa blei det etablert eit nasjonalt og eit regionalt støtteapparat.[90] Reforma bestod av 25 konkrete og

[90] Helsedirektoratet 2021d

utprøvde løysingar på område der det for ofte hadde svikta i tilbodet til eldre: mat, aktivitet og fellesskap, helsehjelp og samanheng i tenestene.[91]

Sluttevalueringa av Leve heile livet-reforma, som kom i 2024, peika mellom anna på at det var vanskeleg å synleggjere effektar og resultat som kunne tilbakeførast direkte til Leve heile livet-arbeidet, og mange av tiltaka som kommunane gjennomførte, blei i stor grad sette i verk uavhengig av reforma.

Det blei òg gitt tydeleg tilbakemelding om at innsatsen i Leve heile livet-reforma burde vore tverrsektoriell – ikkje berre i kommunane, men på statleg og regionalt nivå òg. Dette var òg eit tydeleg råd til nasjonale styresmakter i samband med utrullinga av neste reform, Bu trygt heime.[92] Dette innspelet blei teke til følgje av Helse- og omsorgsdepartementet, og Bu trygt heime-reforma blei utarbeidd av Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Kommunal- og distriktsdepartementet, Kultur- og likestillingsdepartementet, Kunnskapsdepartementet og Samferdselsdepartementet.

Reformperioden for Bu trygt heime blir avslutta i 2028. Evalueringa av reforma gjerast undervegs, og gir ifølgje Helsedirektoratet høve til å gjere justeringar fortløpande.

Undersøkinga viser vidare at både Demensplan 2025 og Kompetanseløft 2025 blir evaluerte. *Opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten* blir følgd opp gjennom Kompetanseløft 2025. I tillegg har det blitt gjennomført sjølvstendige evalueringar av enkelttiltak, til dømes Jobbvinnar og Nasjonal leiarutdanning for primærhelsetenesta, som begge inngår både i Kompetanseløft 2025 og i *Opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten*.

Til saman inneheld dei nemnde stortingsmeldingane og planane svært mange tiltak som får følgjer for dei kommunale helse- og omsorgstenestene, og mange gjeld tenester til eldre. Fleire av tiltaka som blir presenterte i meldingane og planane, går likevel igjen i fleire av dokumenta.

Riksrevisjonen meiner det er positivt at Helse- og omsorgsdepartementet sine stortingsmeldingar og planar i perioden 2019–2024 inneheld tiltak som er meinte å bøte på kjende utfordringar i tenestene til eldre, til dømes kvalitet, bemanning og andre utfordringar som følgjer av demografiutviklinga. Etter Riksrevisjonen si vurdering har Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet gjennom heile undersøkingsperioden sørgt for at det blir gjennomført evalueringar i tråd med *Reglement for økonomistyring i staten* og *Bestemmelser om økonomistyring i staten*. Trass i dette viser undersøkinga, som det kjem fram av punkta 5.1–5.3, at kommunane framleis har utfordringar med bemanning, med å sikre kvalitet i helse- og omsorgstenestene og med å planleggje tenestene.

[91] Meld. St. 15 (2017–2018)
[92] OsloMet 2024

5.5 Statlege helsestyresmakter har teke i bruk mange verkemiddel, men manglar framleis nødvendig informasjon om kvaliteten i tenestene

Helse- og omsorgsdepartementet har mange verkemiddel som er retta mot kommunale helse- og omsorgstenester. Somme verkemiddel treffer eldre indirekte (til dømes *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*), medan andre verkemiddel er direkte knytte til eldre (til dømes tilsyn med helse- og omsorgstenester til eldre). Helse- og omsorgsdepartementet skal følgje opp at dei statlege aktørane varetek oppgåvene sine i tråd med Stortinget sine vedtak og føresetnader og mål som er fastsette av departementet.

Dei viktigaste organisatoriske verkemidla departementet har for å setje i verk politikken på området, er mellom andre Helsedirektoratet, Helsetilsynet og statsforvaltarane.[93] I tillegg har departementet inngått ein partnarskap med KS, og KS har ansvaret for fleire tiltak som inngår i stortingsmeldingar og planar frå departementet, jf. punkt 14.2.4.

Sjølv om Helse- og omsorgsdepartementet har brukt mange verkemiddel og sørgt for evaluering av reformer, planar og enkelttiltak, så er det framleis utfordringar med helse- og omsorgstenestene til eldre i kommunane. I likskap med det som kom fram i Riksrevisjonen sin rapport om tilgjengelegheit og kvalitet i eldreomsorga i 2018 og i evalueringane som blei gjorde av departementet og Helsedirektoratet, viser undersøkinga vår at kommunane framleis har utfordringar med mellom anna å

- rekruttere og behalde nok tilsette med rett kompetanse i tenestene
- leggje til rette for kvalitet i tenestene
- planleggje tenestene

Som det går fram av punkta 5.1–5.3, viser undersøkinga at det er svakheiter ved dei statlege verkemidla:

- Det er usikkert om målet med investeringstilskotet blir nådd.
- Statlege tiltak innanfor rekruttering og kompetanseheving treffer ikkje alle kommunar.
- Statleg rettleiing bidreg i varierande grad til forbetringsarbeidet i kommunane.
- Statlege verkemiddel på helseområdet har ikkje i stor nok grad bidrege til planlegginga i kommunane.

Vidare viser undersøkinga i dei kommande punkta 5.5.1-5.5.5 at

- det er enkelte utfordringar med tilskot
- saksbehandlingstida i klagesaker er lang
- det blir gjennomført få tilsyn med helse- og omsorgstenester til eldre
- det er svakheiter ved dei nasjonale kvalitetsindikatorane

[93] Folkehelseinstituttet har ei sentral rolle som kunnskapsprodusent i helsesystemet og har som samfunnsoppdrag å produsere, oppsummere og kommunisere kunnskap for å bidra til godt folkehelsearbeid og gode helse- og omsorgstenester, jf. Folkehelseinstituttet 2025.

Riksrevisjonen meiner at det er viktig at staten gir kommunane tilstrekkeleg støtte til å ta statlege verkemiddel i bruk. Fleire eldre og fleire med samansette behov gjer at det er nødvendig med tilpassingar i helse- og omsorgstenestene. Verkemiddelbruken må leggje til rette for desse tilpassingane.

5.5.1 Det er ikkje alltid dei kommunane som har størst behov, som får tilskot

Det finst ulike typar tilskot som er retta mot kommunale helse- og omsorgstenester, og dei er i større eller mindre grad relevante for eldre.[94] Dei fleste av tilskotsordningane blir forvalta av Helsedirektoratet. Til saman har direktoratet utbetalt 495 millionar kroner i tilskot til kommunar, fylkeskommunar og KS i perioden 2019–2024.

Når det gjeld tilskotsordningar generelt, erfarer Helsedirektoratet at dei mest sentrale kommunane ofte søkjer om høgare beløp og på fleire tilskotsordningar enn mindre sentrale kommunar. Direktoratet legg til at det ikkje nødvendigvis er dei større kommunane som kjem best ut om ein samanheld tilskotsbeløp med talet på innbyggjarar.

Nesten ein av fem kommunar som har svart på spørjeundersøkinga vår, har opplyst at manglande tid og ressursar er forklaringar på at dei ikkje har søkt om tilskot. Dette gjeld i noko større grad distriktskommunar. Helsedirektoratet trekkjer òg fram at enkelte kommunar ikkje søkjer om tilskot fordi dei manglar kapasitet eller kompetanse. Ifølgje direktoratet har særleg små kommunar avgrensa administrativ kapasitet, og dei manglar òg kompetanse. Vidare antek Helsedirektoratet at ei forklaring på at kommunar ikkje søkjer om tilskot, er at det etter kvart har blitt for mange statlege tilskotsordningar, sett i forhold til kva kapasitet kommunane har.

Ein liten kommune har utdjupa situasjonen for små kommunar:

> «Små kommuner kjem dårlegare ut med omsyn til å søke etter midlar. Store kommunar har kapasitet til å lage store og gode søknadar, mens søknadane blir 'venstrehandsarbeid' for små kommunar. Det gir ei skeiv fordeling av støttemidlar. Midlane bør fordelast på ein litt meir rettferdig måte.»
>
> *Kjelde: Riksrevisjonen si spørjeundersøking til kommunane*

Vidare er det ei utfordring for kommunane at tilsegna om tilskot kjem midt i året det er søkt om. Også i Senter for omsorgsforsking sin gjennomgang av kommunalt kompetanse- og tenesteutviklingstilskot blir det trekt fram at fristar er i utakt med kalenderåret.[95]

Finansdepartementet har frå 1. januar 2026 heva beløpsgrensa for rapportering av øyremerkte tilskot til kommunar til 1 million kroner, frå tidlegare 100 000 kroner. Endringa er gjort for å leggje til rette for forenkling og redusere byråkrati i stat og kommune.[96]

---

[94] Helsedirektoratet skriv at alder i liten grad er eigna som kriterium for å kategorisere tilskotsordningar, jf. Helsedirektoratet 2025i.
[95] Senter for omsorgsforsking 2024a
[96] Finansdepartementet 2025

Riksrevisjonen konstaterer at det er mange tilskotsordningar på helseområdet, og at kommunane har ulike føresetnader for å søkje om tilskot. Dette kan gi utilsikta konsekvensar, mellom anna fordi små kommunar kan mangle kompetanse og kapasitet til å søkje. Etter Riksrevisjonen si vurdering er det risiko for at det ikkje nødvendigvis er dei kommunane som har størst behov, som får tilskot.

5.5.2 Helsedirektoratet arbeider med å utvikle nettbaserte verktøy for kommunane

Tryggleiksstandard er eit nettbasert statleg verkemiddel som blei oppretta for å leggje til rette for at kommunane kunne arbeide systematisk med forbetringsarbeid. Verktøyet blei lite brukt av kommunane, og det blei innlemma i den nettbaserte løysinga, ressursportal.no. Ressursportalen skulle bidra til å gi kommunane meir innsikt i eigne styringsdata og styrkje den analysefaglege kompetansen i kommunane. Ettersom kommunane heller ikkje brukte denne løysinga i særleg grad, blei portalen lagd ned i 2024.

Eldrebarometeret blei initiert av Helse- og omsorgsdepartementet. I juni 2025 vart verktøyet gjort offentleg tilgjengeleg på Helsedirektoratet si nettside. Hensikta med dette nettbaserte verktøyet er å tilgjengeleggjere informasjon som kan brukast som grunnlag for kvalitetsforbetring og utvikling av tenestene i kommunane.[97] Ifølgje Helsedirektoratet er det òg eit mål at det skal stimulere til utvikling som følgje av at kommunane kan samanlikne seg med andre kommunar. Helsedirektoratet planlegg å leggje til ei rekkje element for at barometeret skal kunne brukast i forbetringsarbeidet i kommunane.

5.5.3 Klagesaksbehandlinga hos statsforvaltarane tek lang tid

Dersom kommunen har gitt avslag på vedtak, eller dersom brukaren er usamd i eit vedtak, kan brukaren – eller ein representant for brukaren, til dømes pårørande – sende klage til kommunen. Kommunen får då høve til å endre avgjerda si dersom dei er samde i klagen. Dersom kommunen opprettheld vedtaket sitt, kan brukaren klage til statsforvaltaren.[98] Statsforvaltaren skal ved prøving av kommunale vedtak om helsetenester leggje vekt på omsynet til det kommunale sjølvstyret.

Undersøkinga viser at i perioden 2019–2024 var det vanlegast at statsforvaltaren *stadfesta* vedtaket frå kommunen i saker som gjeld personar som er 65 år eller eldre. I gjennomsnitt er det berre 5 prosent av klagane der statsforvaltaren heilt eller delvis har *endra* vedtaket. Andelen saker som statsforvaltarane har *oppheva,* har i same periode lege på rundt 28 prosent. Oppheving inneber at statsforvaltaren vurderer det slik at kommunen ikkje har følgt saksbehandlingsreglar, og at kommunen må behandle vedtaket på nytt.

Pasient- og brukarombodet erfarer at kommunen som regel vurderer saka likt som han gjorde første gong. Brukaren må då eventuelt klage på nytt, og saksbehandlingstida blir forlengd.[99]

[97] Helsedirektoratet u.å.
[98] Statsforvaltaren 2016
[99] Verifisert referat frå møte med Pasient- og brukarombodet 10. november 2025.

> «En total saksbehandlingstid på to år er ikke uvanlig i klagesaker, og kan gjøre at pasienter og brukere ikke får oppfylt sin rett til helse- og omsorgstjenester i denne ventetiden.»
>
> *Kjelde: Pasient- og brukarombodet 2024*

I tildelingsbrevet til statsforvaltarane står det at minst 90 prosent av klagesaker skal vere avslutta innan tre månader.[100] Undersøkinga viser vidare at det var få statsforvaltarar som nådde målet for saksbehandlingstid i perioden 2019–2024. Helsetilsynet forklarer den låge måloppnåinga med at det er ubalanse mellom oppgåver og tilgjengeleg kapasitet i embeta.[101] Vidare viser Helsetilsynet til at fleire statsforvaltarar dei siste par åra har peika på at ein pressa kommuneøkonomi kan bidra til at klagesaker blir meir krevjande og komplekse å vurdere.[102]

Etter Riksrevisjonen si vurdering er statsforvaltaren som klageinstans viktig for å vareta brukarane si rettssikkerheit og dei behova befolkninga har for helse- og omsorgstenester.

5.5.4 Det blir gjennomført få tilsyn med helse- og omsorgstenester til eldre samanlikna med andre brukargrupper

Statsforvaltaren skal føre tilsyn med kommunale helse- og omsorgstenester. Dette kan skje i form av planlagde tilsyn, landsomfattande tilsyn som er sette i gang av Helsetilsynet, eller tilsyn etter hendingar eller bekymring om uforsvarleg verksemd i helse- og omsorgstenesta.

Tilsyn inneber å vurdere om tenestene er i samsvar med det som er bestemt i lover og forskrifter. Tilsyn med kommunale helse- og omsorgstenester skal bidra til å styrkje sikkerheita og kvaliteten i tenestene.[103] Det går fram av Riksrevisjonen si undersøking frå 2018 at Helse- og omsorgsdepartementet meiner at tilsyn er det viktigaste verkemiddelet nasjonale styresmakter har for å følgje med på kvaliteten i tenestene.[104]

I Helsetilsynet sin årsrapport for 2024 går det fram at fleirtalet av statsforvaltarane ikkje nådde målet for tilsynsaktiviteten i 2024. Vidare går det fram av årsrapporten at det samla talet på systemrevisjonar som statsforvaltarane har gjennomført, auka i perioden 2022–2024.[105] I same tidsrom blei talet på tilsyn med andre metodar redusert.[106]

[100] Tildelingsbrev til statsforvaltarane punkt 3.3.1.3.3. Unntaket er dekning av utgifter til pasientreiser.
[101] Helsetilsynet 2026
[102] Helsetilsynet 2026
[103] Helsetilsynet 2025g og Statsforvaltaren 2024.
[104] Riksrevisjonen 2018
[105] Eit tilsyn som blir gjennomført som systemrevisjon, inneber ei undersøking og vurdering av om verksemda har etablert ei systematisk styring eller internkontroll som sikrar gode og trygge tenester innanfor eit gitt og avgrensa tenesteområde, inkludert om det er etablert nødvendige sikkerheitsbarrierar. Tilsynet tek utgangspunkt i ISO 19011 *Retningslinjer for revisjon av styringssystemer*, jf. Helsetilsynet 2023.
[106] Andre tilsyn blir gjennomførte med andre metodar, til dømes oppfølging av tidlegare tilsyn der det er avdekte lovbrot, ekstraordinære store tilsynssaker, folkehelsetilsyn, eigenvurderingar og stikkprøvetilsyn, jf. Helsetilsynet 2025f.

Tabell 1 Statsforvaltarane si eigenvurdering av omfanget av gjennomførte tilsyn

Statsforvaltar	Hendingar eller bekymring	Landsomfattande tilsyn	Planlagde tilsyn	Tilsyn retta mot eldre
Agder	For få	For få	For få	For få
Innlandet	Tilstrekkeleg	Tilstrekkeleg	Tilstrekkeleg	Tilstrekkeleg
Møre og Romsdal	For få	For få	For få	For få
Nordland	Tilstrekkeleg	For få	For få	For få
Rogaland	Tilstrekkeleg	Tilstrekkeleg	Tilstrekkeleg	Tilstrekkeleg
Troms og Finnmark	For få	Tilstrekkeleg	For få	For få
Trøndelag	Tilstrekkeleg	For få	For få	Tilstrekkeleg
Vestfold og Telemark	For få	Tilstrekkeleg	For få	For få
Vestland	For få	Tilstrekkeleg	For få	Tilstrekkeleg
Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus	For mange	For få	For få	Tilstrekkeleg

Kjelde: spørjeundersøking til statsforvaltarane

I spørjeundersøkinga vår til statsforvaltarane svarer åtte av ti at det er for få planlagde tilsyn, det vil seie tilsyn som statsforvaltaren har teke initiativ til sjølv, jf. tabell 1. Vidare meiner halvparten av statsforvaltarane at det er

- for få tilsyn etter hendingar eller bekymring om uforsvarleg verksemd
- for få landsomfattande tilsyn
- for få tilsyn med eldre samanlikna med andre brukargrupper.

Ifølgje Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet er planlagde tilsyn ressurskrevjande, og statsforvaltarane har derfor sett seg nøydde til å prioritere ned dette til fordel for behandling av saker som handlar om lovfesta rettar.[107] Ifølgje departementet har vridinga i ressursbruk fleire negative konsekvensar. Statsforvaltaren får mindre kunnskap om tenestene, tilsynet blir i mindre grad risikobasert, og viktige drivarar for god kvalitet og sikkerheit i tenestene, til dømes god leiing og styring, får mindre merksemd.

[107] Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet 2025

Statsforvaltaren sitt tilsyn er eit verkemiddel som mellom anna skal bidra til betre kvalitet og støtte opp under kommunane sitt arbeid med kvalitetsforbetring. Det går fram av undersøkinga at halvparten av statsforvaltarane meiner at dei gjennomfører for få planlagde tilsyn med helse- og omsorgstenester til eldre. Mange embete er lite tilfredse med talet på tilsyn dei har gjennomført, og viser mellom anna til avgrensa kapasitet som forklaring. Etter Riksrevisjonen si vurdering er god kunnskap om dei kommunale tenestene ein sentral føresetnad for at statsforvaltarane skal kunne gi relevant støtte og rettleiing til kommunane. Det er òg viktig for å kunne gi departementet oppdatert informasjon om situasjonen i kommunane.

5.5.5 Helse- og omsorgsdepartementet manglar nødvendig informasjon om kvaliteten i helse- og omsorgstenestene

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordna ansvaret for at befolkninga får gode og likeverdige helse- og omsorgstenester. Ved behandlinga av stortingsmeldinga om kvalitet og pasientsikkerheit for 2015 understreka helse- og omsorgskomiteen at det er eit overordna politisk ansvar å sørgje for kvalitet og pasientsikkerheit i tenestene.[108]

Helsedirektoratet har etter helse- og omsorgstenestelova ansvaret for å utvikle, formidle og halde ved like nasjonale kvalitetsindikatorar som hjelpemiddel for kvalitetsforbetring i den kommunale helse- og omsorgstenesta.[109] I 2025 gjaldt 17 av totalt 150 nasjonale kvalitetsindikatorar kommunale helse- og omsorgstenester.[110] I samband med Riksrevisjonen sin rapport frå 2018 sa statsråden at kvalitetsindikatorar er det viktigaste instrumentet for å måle kvalitet i helse- og omsorgstenesta, men at det er behov for å sjå på det totale verkemiddelapparatet for å ha kunnskap om kvaliteten i tenestene.[111]

Helsedirektoratet påpeikar i intervju at det er fleire utfordringar med å sikre gode kvalitetsindikatorar. Det er krevjande å utvikle gode indikatorar som måler kvalitet, og det er vanskeleg å få til einsarta praksis for registrering i kommunane. Til dømes opphøyrde kvalitetsindikatoren *ventetid på helsetenester i heimen* som følgje av svak datakvalitet.

Å sikre at indikatorane har relevans, er òg ei utfordring. Til dømes rapporterer kommunane kva tenester som er vedtekne, noko som betyr at indikatorane ikkje gir informasjon om innhaldet i eller omfanget av tenestene som eldre får. Det kan vere vesentlege avvik mellom vedtekne timar og reelle timar ein brukar får. Etter Riksrevisjonen si vurdering gir ikkje dei nasjonale kvalitetsindikatorane god nok informasjon om kvaliteten på tenestene til eldre.

Helsedirektoratet kjenner til at mange kommunar per i dag ikkje klarer å utnytte informasjonen som ligg i kvalitetsindikatorane i eige kvalitetsarbeid.[112] Knapt halvparten

[108] Innst. 234 S (2016–2017)
[109] Helse- og omsorgstenestelova § 12-5.
[110] Det følgjer av Helsedirektoratets rapport *Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem – årsrapport 2024 at* indikatorar om allmennlegetenesta, antibiotika, infeksjon eller tannhelse kjem i tillegg til desse.
[111] Riksrevisjonen 2018
[112] Verifisert referat frå møte med Helsedirektoratet 10. desember 2025.

av kommunane svarer i spørjeundersøkinga vår at dei har brukt nasjonale kvalitetsindikatorar i arbeidet med forbetring av helse- og omsorgstenestene til eldre.

Allereie i 2018 påpeika Riksrevisjonen manglar ved dei nasjonale kvalitetsindikatorane og at statsforvaltarane gjennomfører få tilsyn. Også Helsetilsynet sin rapport frå 2025 viser til at det finst lite nasjonal kunnskap om kvaliteten på helsehjelpa som blir gitt heime hos eldre pasientar.[113]

Riksrevisjonen konstaterer at Helse- og omsorgsdepartementet framleis manglar nødvendig informasjon om kvaliteten på kommunale helse- og omsorgstenester til eldre. Etter Riksrevisjonen si vurdering manglar derfor departementet viktig informasjon for å kunne utvikle treffsikre tiltak på nasjonalt nivå for å sikre at dei nasjonale måla for helse- og omsorgstenestene blir nådde.

6 Tilrådingar

Helse- og omsorgsdepartementet har tatt i bruk mange verkemiddel som direkte eller indirekte omfattar kommunale helse- og omsorgstenester til eldre. Det er viktig at departementet fortset dette arbeidet og vurderer å tydeleggjere forventningane til kommunane sitt arbeid på området og grep som kan bidra til å dekke kommunane sine behov.

Riksrevisjonen tilrår at Helse- og omsorgsdepartementet

- følger opp at kommunane sine helse- og omsorgstenester blir dimensjonert for å dekkje behova til den aukande andelen eldre. I den forbindelse er kommunen si planlegging ei sentral forutsetning for at kommunane kan gi nødvendige helse- og omsorgstenester til sine innbyggarar på kort og lengre sikt.
- sørger for betre kunnskap om kvaliteten på de kommunale helse- og omsorgstenestene, slik at det blir mogleg for statlege myndigheiter og kommunen sjølv å kunne følge med på nivået på og utviklinga i kvaliteten på tenestene.
- sørger for at statsforvaltarane i større grad blir sette i stand til å gjennomføre tilsyn og bistå kommunane i arbeidet deira med planar og kvalitetsforbetring for å sikre eldre brukarar trygge og nødvendige tenester.
- ser til at innretninga på investeringstilskot til omsorgsbustader og sjukeheimsplassar blir tilpassa til ulike kommunar sitt behov for fleire heildøgns omsorgsplassar og alternative bustadtilbod.

[113] Helsetilsynet 2025d

7 Svar frå statsråden

Dokument 3:16 (2025–2026) *Riksrevisjonen si undersøking av kommunale helse- og omsorgstenester til eldre* blei sendt til statsråden i Helse- og omsorgsdepartementet 13. mai 2026, jf. vedlegg 1. Svaret frå statsråden følgjer i vedlegg 2.

8 Fråsegn frå Riksrevisjonen om svar frå statsråden

Riksrevisjonen har ingen fleire merknader i saka.

Saka blir send til Stortinget.

Vedtatt i Riksrevisjonen sitt møte 3. juni 2026

Karl Eirik Schjøtt-Pedersen

Solveig Horne

Rigmor Aasrud

Nils T. Bjørke

Tom-Christer Nilsen

Jens A. Gunvaldsen

Del 2: Riksrevisjonen sitt faktagrunnlag

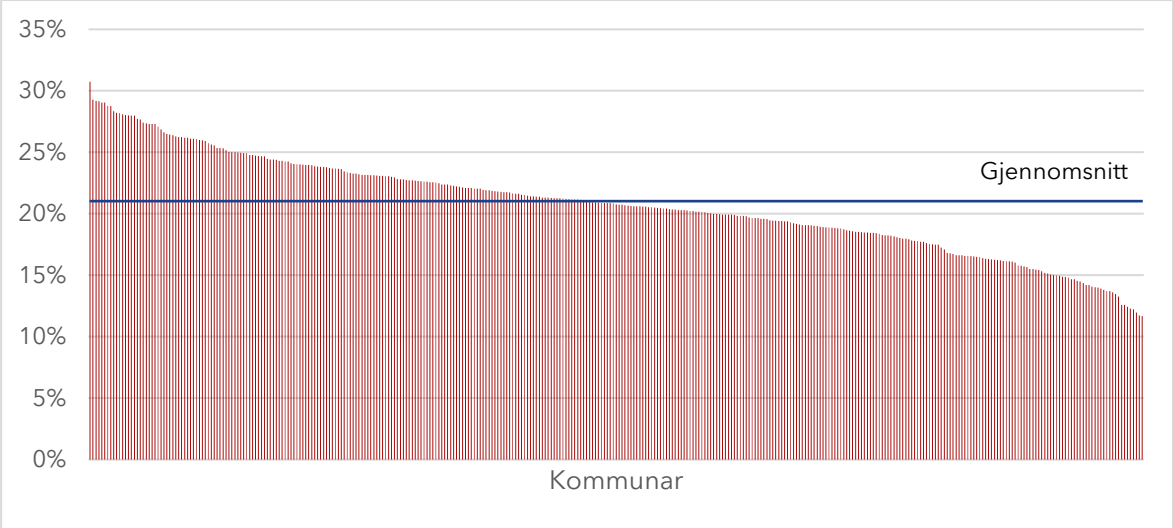
9 Utviklinga i andelen eldre og utgiftene kommunane har til helse- og omsorgstenester

I dette kapittelet beskriv vi utviklinga i andelen eldre i befolkninga i perioden 2015–2025, og utviklinga i talet på mottakarar av helse- og omsorgstenester i same periode. Deretter viser vi kor mykje kommunane bruker på helse- og omsorgstenester i dag, og korleis utgiftene til kommunane har utvikla seg sidan 2015.

9.1 Kor mange eldre er det i kommunane i dag?

I 2025 var folketalet i Noreg i underkant av 5,6 millionar innbyggjarar, og 938 000 var 67 år eller eldre. Frå 2015 til 2025 voks folketalet i Noreg med 429 000 personar, eller med 8 prosent. I same periode voks talet på innbyggjarar som er 67 år eller eldre med 215 000, som svarer til ein auke på 30 prosent for denne gruppa. Dette inneber at andelen eldre auka frå 14 prosent i 2015 til 17 prosent i 2025.

Figur 10 Andel av befolkninga som er 67 år eller eldre, per kommune 2025



Kjelde: SSB, tabell 07459. N=357.

I figur 10 er kommunane sorterte etter kor stor del av innbyggjarane i kommunen som var 67 år eller eldre i 2025. Den horisontale linja markerer gjennomsnittet på 21 prosent.

I 2025 varierte andelen frå 12 prosent til rundt 30 prosent.[114] Dette viser at det er stor variasjon i andelen eldre i kommunane, og at mange kommunar allereie i 2025 har ein stor andel eldre innbyggjarar. Mindre og usentrale kommunar har gjennomgåande høgare andel som er 67 år eller eldre enn meir folkerike og sentrale kommunar.

[114] I 2025 hadde Oslo, Gjesdal, Rælingen, Klepp, Nannestad og Ullensaker ein andel på 12 prosent. Rendalen, Bindal, Vevelstad, Beiarn, Osen og Ibestad hadde rundt 30 prosent.

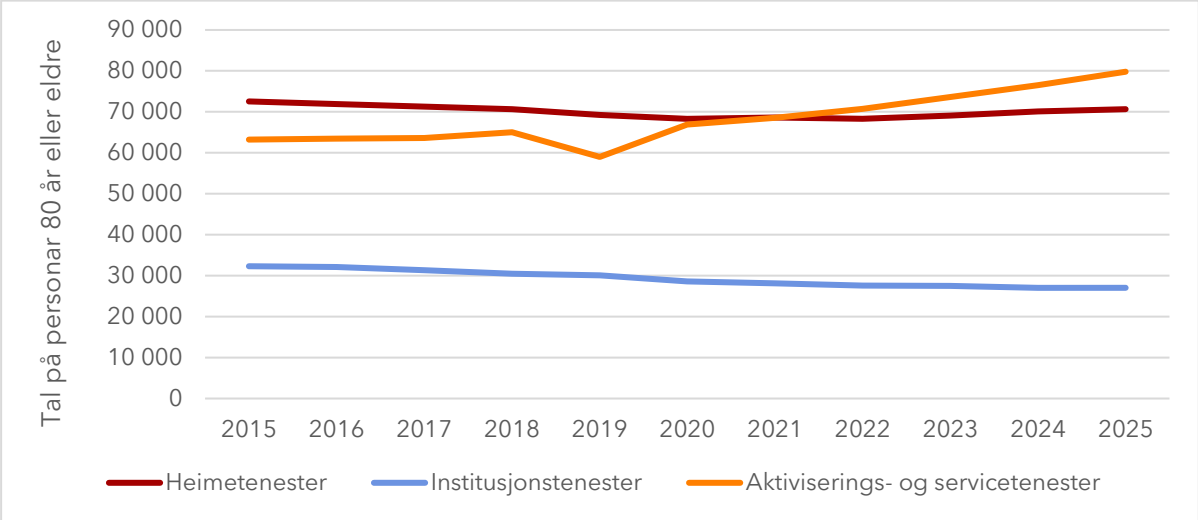
9.2 Korleis har talet på eldre mottakarar av helse- og omsorgstenester utvikla seg dei siste ti åra?

Leve heile livet-reforma gjekk føre seg frå 2019 til 2023.[115] Reforma skulle mellom anna bidra til at eldre får fleire gode leveår og i større grad meistrar eige liv, samtidig som dei får den hjelpa dei treng. I Bu trygt heime-reforma, som kom i 2023, var eit av måla å bidra til at eldre kan bu trygt heime, og at behovet for helse- og omsorgstenester blir utsett.[116] I denne reforma blir det vist til at det innanfor omsorgstenestene har vore ei dreiing over tid frå tradisjonelle institusjonstenester til heimebaserte tenester. Begge reformene er nærmare omtalte i punkt 14.2.2.

9.2.1 Talet på eldre brukarar av heime- og institusjonstenester har gått ned

Eldre blir ofte definerte som gruppa som er 67 år eller eldre. Etter 67 år byrjar mange å oppleve aldersrelaterte endringar i helse, funksjonsevne og livskvalitet. Dette kan krevje meir tilpassa helsetenester. Sjukelegheit aukar med alder, og det er dei som er 80 år eller eldre som har høgast sjukelegheit.

Figur 11 Utviklinga i talet på tenestemottakarar som er 80 år eller eldre, heile landet 2015–2025



Kjelde: SSB, tabell 12003.

Figur 11 viser at frå 2015 til 2025 har det vore ein jamn nedgang i talet på institusjonsbrukarar som er 80 år eller eldre. Nedgangen har vore på 16 prosent. Talet på mottakarar av heimetenester er i same periode redusert med 3 prosent.

Talet på brukarar av aktiviserings- og servicetenester som er 80 år eller eldre, har vakse med 26 prosent frå 2015 til 2025. I desse tenestene inngår tryggleiksalarm, dagaktivitetstilbod, matombringing, lokaliseringsteknologi (GPS), digitalt tilsyn og

[115] Meld. St. 15 (2017–2018)
[116] Meld. St. 24 (2022–2023)

støttekontakt.[117] Nærmare analysar viser at tryggleiksalarm utgjorde ca. 65 prosent av desse tenestene i 2025.[118]

I aldersgruppa 67–79 år auka talet på brukarar av aktiviserings- og servicetenester med 63 prosent, og talet på brukarar med tryggleiksalarm auka med 83 prosent.[119] Utviklinga i omfanget av heimetenester, institusjonstenester og aktiviserings- og servicetenester tyder på ei dreiing av tenestetilbodet mot lågare nivå i omsorgstrappa (sjå figur 8).

Ulik andel brukarar av helse- og omsorgstenester i tre aldersgrupper

Aldersgruppa 80 år eller eldre voks med 50 000 personar, eller 23 prosent i perioden 2015–2025. I same periode voks talet på brukarar i denne aldersgruppa med omtrent 9 400, eller 6 prosent. Veksten i talet på brukarar har dermed vore lågare enn veksten i talet på innbyggjarar i aldersgruppa. Andelen personar i aldersgruppa som får helse- og omsorgstenester, er redusert jamt frå 76 til 66 prosent mellom 2015 og 2025.

Aldersgruppa 67–79 år voks med 165 000 personar, eller 33 prosent i perioden 2015–2025. Talet på brukarar i denne aldersgruppa auka med om lag 30 prosent.[120]

Aldersgruppa under 67 år har hatt ein stor vekst i brukarar av helse- og omsorgstenester. Denne aldersgruppa voks med 214 000, eller 5 prosent i perioden 2015–2025. Talet på brukarar voks med 12 000, eller 9 prosent i same periode.

I 2024 publiserte Hagen mfl. undersøkinga *Brukerne blir yngre, psykiske lidelser øker: Dypdykk i pleie- og omsorgstjenestene 2017–2021.* Dei fann at pasientane i langtidsopphald i kommunale institusjonar blir yngre, og innslaget av pasientar med psykiske diagnosar aukar.[121] Ein annan studie viser at eldre er meir sjølvhjelpne lenger enn før, trass auka levealder. Folkehelseinstituttet skriv at mange eldre fungerer godt i dagleglivet, og at forsking tyder på at eldre kan leve sjølvstendige liv ved stadig høgare alder. På grunn av den sterke auken i talet på eldre ventar ein òg ein auke i talet på dei med demens. I tillegg lever mange med kroniske sjukdommar og nedsett funksjonsevne.[122]

Betydelege variasjonar mellom kommunar

Analysane viser at det var store skilnader mellom kommunane. Til dømes var det tre kommunar der under 40 prosent av innbyggjarane som var 80 år eller eldre, var tenestemottakarar i 2025, medan det i 18 kommunar var meir enn 90 prosent i denne gruppa som fekk slike tenester.

---

[117] Dette er tenester som blir rapporterte med KOSTRA-kode 234: Aktiviserings- og servicetenester overfor eldre og personar med funksjonsnedsettingar mv., jf. SSB 2021
[118] Dei andre tenestene er matombringing 17 prosent, dagaktivitetstilbod 13 prosent, støttekontakt 3 prosent og lokaliseringsteknologi 2 prosent.
[119] På rapporteringstidspunktet hadde ikkje SSB offentleggjort tal for aktiviserings- og servicetenester for denne gruppa for 2025, Difor er dette talet usikkert. I perioden 2015–2024 var auken på 30 prosent.
[120] På rapporteringstidspunktet hadde ikkje SSB offentleggjort tal for aktiviserings- og servicetenester for denne aldersgruppa, difor er tal frå 2024 nytta.
[121] Hagen mfl. 2024
[122] Folkehelseinstituttet 2023

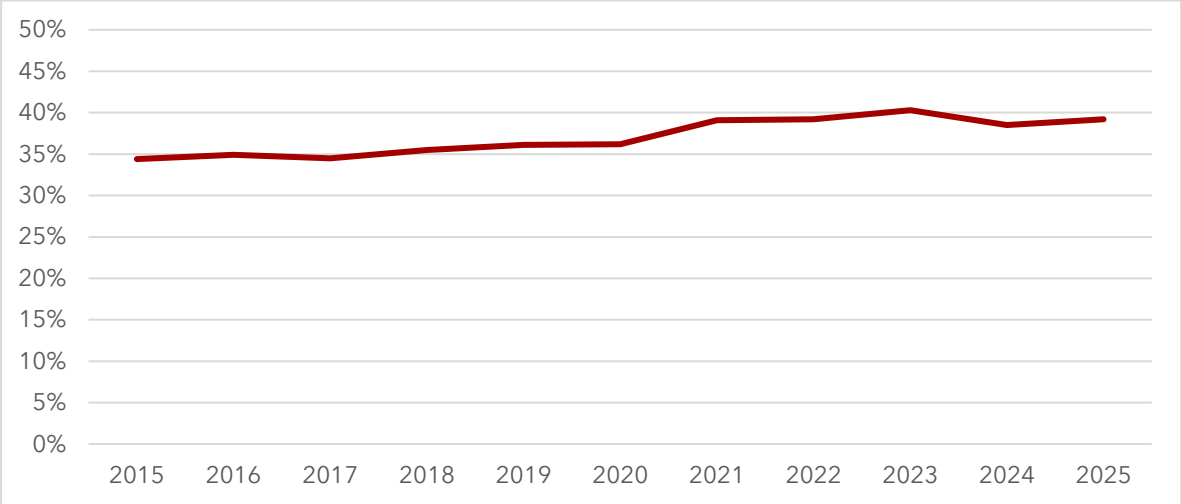
Også for innbyggjarar som er 67 år eller eldre, er det stor variasjon mellom kommunane i andelen som får helse- og omsorgstenester. I 17 kommunar er meir enn 40 prosent av innbyggjarane 67 år eller eldre tenestemottakarar, medan 9 kommunar hadde under 20 prosent. Dette tyder på at dei eldre har ulik tilgang på helse- og omsorgstenester ut frå kva kommune dei bur i, sjølv om lokale forhold speler inn i utforminga og omfanget av tenestetilbodet i kvar enkelt kommune.

9.3 Kor store har kommunane sine utgifter til helse- og omsorgstenestene vore i den undersøkte perioden?

KS (organisasjonen til kommunesektoren) framheva dette i høyringsinnspelet sitt til Bu trygt heime-reforma: «Undersøkelser viser en sterk vekst i kostnader til kommunale helse- og omsorgtjenester. I perioden 2015–2020 var den vesentlig sterkere enn inntektsveksten. Det vil bli krevende å levere tjenester som møter behovene om veksten fortsetter, og dette forsterkes ved at andelen eldre i befolkningen øker og trolig vil ha behov for mer tjenester.»[123]

9.3.1 Utgiftene kommunane har til helse- og omsorgstenestene, har auka mykje dei siste ti åra

Figur 12 Utgifter til kommunale helse- og omsorgstenester som del av netto driftsutgifter, heile landet 2015–2025



Kjelde: SSB, tabell 12362.

Figur 12 viser kor stor del av dei samla netto driftsutgiftene i kommunen som går til helse- og omsorgstenester for heile landet. Indikatoren viser netto driftsutgifter til følgjande tenester i pleie- og omsorgssektoren:[124]

- helsestasjons- og skulehelseteneste
- anna førebyggande helsearbeid

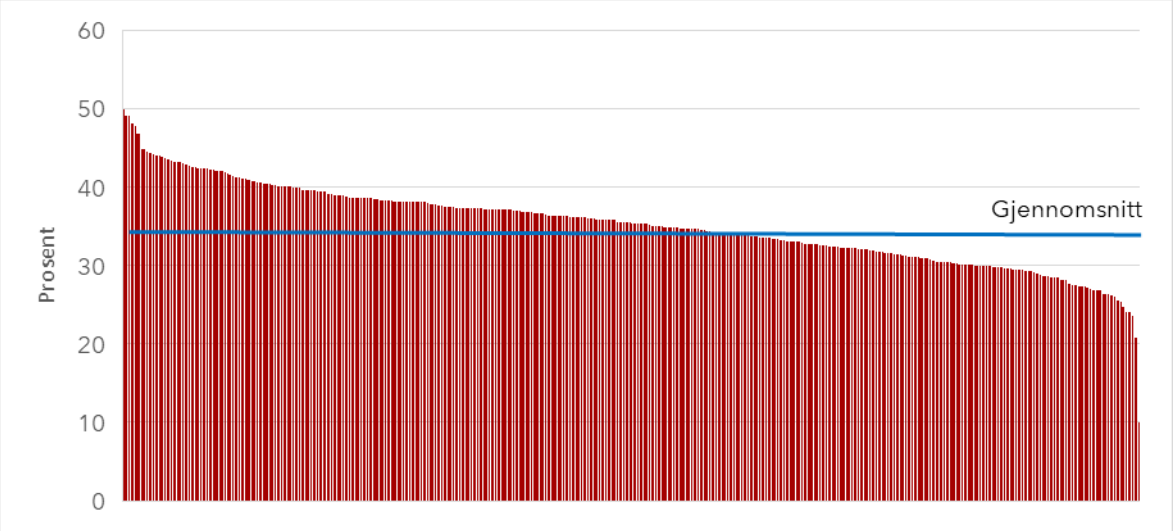
[123] KS 2023
[124] Tenesteområdet «Helse og omsorg» i SSB-tabell 12362 svarer til funksjonsgruppe FGK9. Desse funksjonane omfattar ikkje berre eldre brukarar.

- aktiviserings- og servicetenester overfor eldre og personar med funksjonsnedsettingar
- diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering
- helse- og omsorgstenester i institusjon
- omgåande hjelp døgntilbod
- heimetenester – personellbase knytt til bufellesskap / samlokaliserte omsorgsbustader
- heimetenester – ambulerande verksemd med meir
- institusjonslokale

Figur 12 viser at andelen av kommunen sine driftsutgifter til dei kommunale helse- og omsorgstenestene utgjorde 34 prosent i 2015 og auka til 39 prosent i 2025.[125] Dette er ein auke på 5 prosentpoeng i perioden 2015–2024.

Den reelle utgiftsveksten i kommunale helse og omsorgstenester per innbyggjar for heile landet frå 2015 til 2025 var 30 prosent.[126] Denne veksten omfattar alle brukarar av kommunale helse- og omsorgstenester, ikkje berre eldre.

Figur 13 Netto driftsutgifter til helse- og omsorgstenester i prosent av samla netto driftsutgifter, per kommune 2025



Kjelde: SSB, tabell 12209. N=342.

Figur 13 viser helse- og omsorgstenestene sin andel av netto driftsutgifter i kommunane. Andelen varierer frå 10 prosent til omlag 50 prosent i fem kommunar.[127] Helse- og omsorgstenestene legg dermed beslag på om lag halvparten av driftsutgiftene i desse fem kommunane.

Vi ser at utgifter korrelerer sterkt med både årsverk og sentralitet, jf. punkt 10.6.1. Den gjennomsnittlege andelen som helse- og omsorgstenestene utgjer av dei totale driftsutgiftene til kommunane, er 35 prosent (markert med blå linje).

[125] Utgifter er oppgitt i nominelle beløp. KOSTRA bygger på kommunerekneskapen, som blir rapportert i nominelle kroner.
[126] Det vil seie at utgiftsveksten er indeksregulert.
[127] Andelen var 10 prosent i Leka og om lag 50 prosent i Grue, Nesbyen, Tinn, Kvæfjord og Vestnes.

10 Kapasitet og kompetanse i dei kommunale helse- og omsorgstenestene til eldre

I dette kapittelet ser vi mellom anna på utviklinga i talet på institusjonsplassar og om terskelen for å få plass på sjukeheimar har endra seg i perioden 2015–2025. Vi har òg undersøkt bemanningssituasjonen i kommunane. I tillegg har vi kartlagt kva for nokre statlege verkemiddel som skal leggje til rette for at kommunane har kapasitet og kompetanse i tenestene. I dette kapittelet ser vi òg på omfanget av interkommunalt samarbeid og kommunane sin bruk av velferdsteknologiske løysingar.

10.1 Sentrale føringar

- Helse- og omsorgskomiteen har fleire gonger understreka at tilstrekkeleg personell med rett kompetanse er det som er mest avgjerande for å kunne levere trygge og gode tenester til befolkninga.[128]
- Investeringstilskot til heildøgns omsorg skal bidra til å styrkje kommunane si evne til å byggje og forbetre heildøgns omsorgsplassar.

Revisjonskriteria er beskrivne i sin heilskap i del 3.

10.2 Korleis har utviklinga i talet på institusjonsplassar vore i undersøkingsperioden?

10.2.1 Det har blitt færre institusjonsplassar dei siste ti åra

Det følgjer av helse- og omsorgstenestelova at kommunen skal tilby opphald i sjukeheimar eller heildøgns omsorg i alternative buformer til personar som treng det, for å sikre nødvendige og forsvarlege helse- og omsorgstenester. Det har gjennom fleire år vore eit mål å styrkje kommunane si evne til å byggje og forbetre heildøgns omsorgsplassar.

Eldre i dag har betre funksjonsnivå enn før, men mange lever med kroniske sjukdommar og nedsett funksjonsevne, særleg eldre som er 80 år eller eldre. I Bu trygt heime-reforma er det eit mål at eldre skal bu heime lenger. Samtidig er det ikkje slik at det å bu heime nødvendigvis er ei løysing for alle, og det vil framleis vere eit stort og aukande behov for sjukeheimsplassar for eldre i den siste livsfasen.[129]

Som vist i punkt 9.1 har talet på personar som er 80 år eller eldre auka over fleire år. Gruppa med behov for heildøgns omsorg har derfor auka. Tal frå Nasjonalt senter for aldring og helse viser at talet på personar med demens kjem til å bli meir enn dobla fram mot 2040, og dette er ei gruppe der svært mange vil få behov for heildøgns

[128] Sjå til dømes Innst. 43 S (2018–2019) og Innst. 112 S (2023–2024).
[129] Meld. St. 24 (2022–2023)

omsorgstilbod.[130] Framskrivingar frå Statistisk sentralbyrå viser at etterspurnaden etter heildøgns omsorgsplassar vil auke frå om lag 65 000 plassar i 2017 til om lag 87 000 i 2025 og 133 000 i 2060.[131] Heildøgns omsorgsplassar omfattar både omsorgsbustader med heildøgnsbemanning og plassar på institusjon. I framskrivingane har SSB lagt til grunn at helsetilstanden blir betra over tid.

Tabell 2 Talet på disponible institusjonsplassar, heile landet 2015–2025

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Antal	40708	40494	40401	40126	39963	39615	39305	39337	39976	40002	39988
Årleg endring		**-214**	**-93**	**-275**	**-163**	**-348**	**-310**	**32**	**639**	**26**	**-14**

Kjelde: SSB, tabell 11875.[132]

Tabell 2 viser at det var 720 færre institusjonsplassar i 2025 enn i 2015. Det samla talet på institusjonsplassar fall med ca. 1 400 plassar frå 2015 til 2021, medan det auka med ca. 700 frå 2021 til 2024. Denne statistikken omfattar institusjonsplassar og inkluderer ikkje heildøgns omsorg som blir gitt utanfor institusjon.

Talet på alle dei som bur i omsorgsbustad har auka frå 22 807 personar i 2015 til 27 676 personar i 2025.[133] Andelen av bebuarane som er 80 år eller eldre som får heildøgns omsorg er i same periode redusert frå 35 til 31 prosent.

10.2.2 Kommunane har ulik institusjonskapasitet

Institusjonskapasiteten i kommunane kan illustrerast gjennom «dekningsgrad», sjå faktaboks 2. I denne undersøkinga indikerer dekningsgraden kva kapasitet kommunane har til å kunne tilby tenester til innbyggjarar med behov for institusjonsplass.

Faktaboks 2 Om dekningsgrad

Dekningsgrad for institusjonar kan definerast som forholdet mellom talet på tilgjengelege institusjonsplassar og talet på personar i målgruppa.

Ein dekningsgrad på til dømes 150 betyr at kommunen har 150 institusjonsplassar per 1 000 innbyggjarar som er 80 år eller eldre.

$$Dekningsgrad = \frac{talet\ på\ tilgjengelige\ plassar}{talet\ på\ personar\ i\ målgruppa} * 1\,000$$

Tilgjengelege plassar er alle disponible institusjonsplassar minus avlastings- og barnebustader. *Målgruppa* er her innbyggjarar som er 80 år eller eldre.

Det er det samla talet på institusjonsplassar i kommunen som blir brukt i berekninga. Institusjonsplassane i kommunane blir tildelte brukarar uavhengig av alder.

[130] Nasjonalt senter for aldring og helse 2020
[131] Statistisk sentralbyrå 2020a
[132] Ledige og private plassar er tekne med. Avlastingsbustader og barnebustader er ikkje tekne med.
[133] SSB tabell 12292

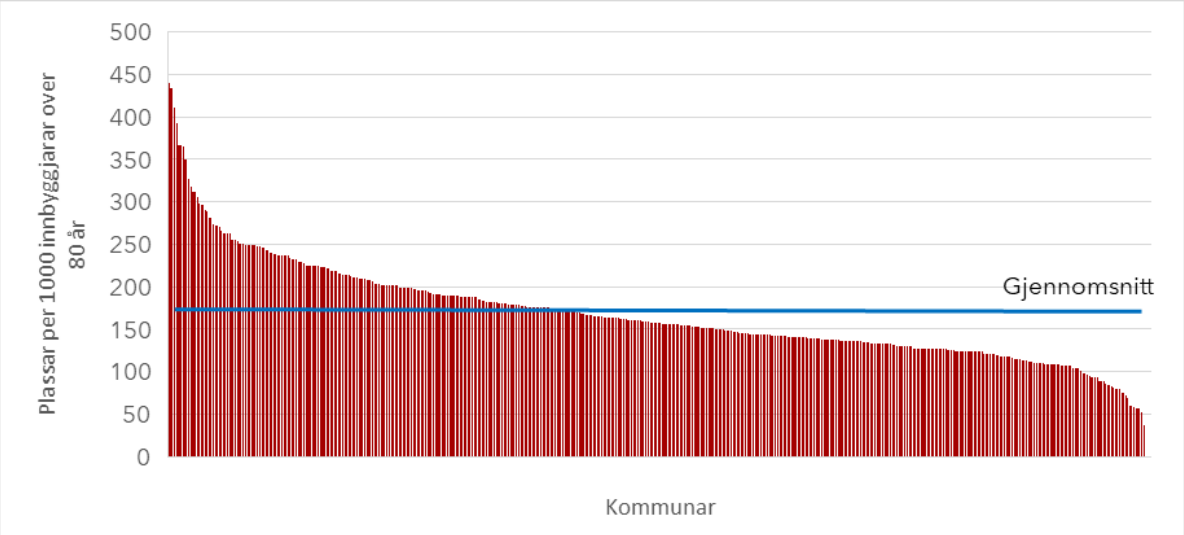
Berekninga av dekningsgrad etter denne metoden gir derfor ein viss skeivskap. Denne skeivskapen vil likevel slå ut i same retning for alle kommunane.

Det finst ikkje noka norm for dekningsgrad for institusjonsplassar. Kommunane sitt behov for institusjonsplassar avheng av ulike faktorar, til dømes andelen eldre og samansetjinga av tenestetilbodet. Behovet for plassar vil derfor kunne variere.

Kjelde: SSB og Helsedirektoratet.

I figur 14 er kommunane grupperte langs x-aksen etter kor mange institusjonsplassar dei har per 1 000 innbyggjarar som er 80 år eller eldre.

Figur 14 Institusjonsplassar per 1 000 innbyggjarar som er 80 år eller eldre, per kommune 2025



Kjelde: SSB, tabell 11875. N=355.

Figur 14 viser at dekningsgraden sprikjer mykje mellom kommunane. Talet varierer frå 37 til 441 plassar per 1 000 innbyggjarar som er 80 år eller eldre.[134] Kommunane har i gjennomsnitt 170 institusjonsplassar per 1 000 innbyggjarar som er 80 år eller eldre.

I spørjeundersøkinga til kommunane svarer

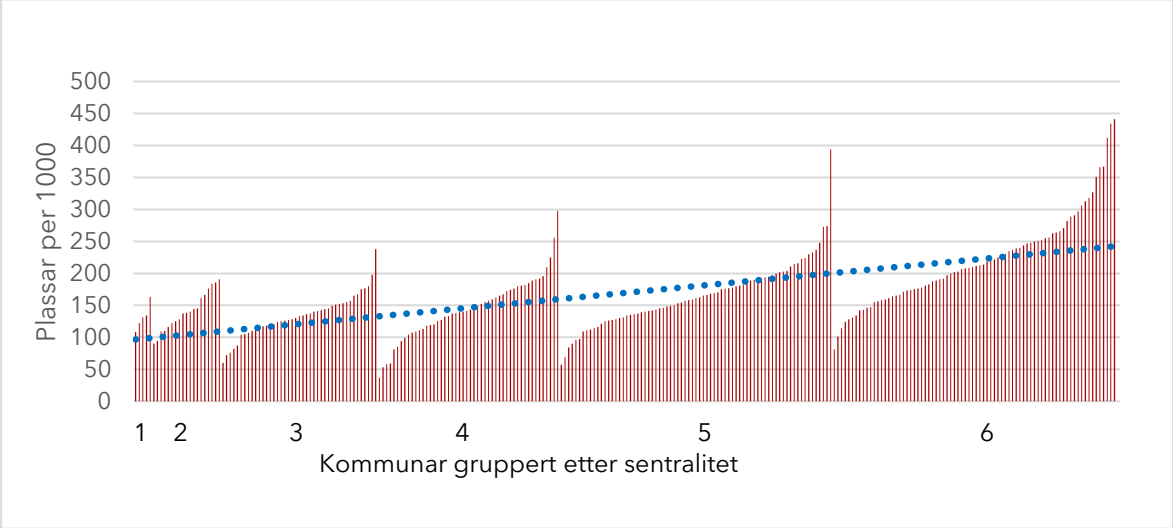
- 43 prosent at dei har for få *heildøgns omsorgsplassar* til å dekkje behova til eldre innbyggjarar
- 31 prosent at dei har for få plassar på *sjukeheimar*
- 42 prosent at dei har for få *omsorgsbustader*

51 kommunar har svart at dei har både for få heildøgns omsorgsplassar, for få plassar på sjukeheimar og for få omsorgsbustader. Vi finn ingen samanheng mellom kommunane si vurdering av eigen kapasitet og talet på institusjonsplassar kommunane faktisk har. Det er

[134] I 2025 hadde Sula 37 plassar per 1 000 innbyggjarar som er 80 år eller eldre og Vevelstad 441.

òg stor spreiing i talet på plassar per 1 000 innbyggjarar som er 80 år eller eldre blant kommunar som meiner dei har for få plassar.

Figur 15 Institusjonsplassar per 1 000 innbyggjarar som er 80 år eller eldre, per kommune i 2025 etter sentralitetsklasse



Kjelde: SSB, tabell 11875. N=355.

Figur 15 viser at talet på institusjonsplassar per 1 000 innbyggjarar som er 80 år eller eldre varierer mykje mellom kommunar. Søylene viser store interne skilnader innanfor kvar sentralitetsgruppe. Den stipla trendlinja viser ein tendens til at jo mindre sentral ein kommune er, desto fleire institusjonsplassar har han per 1 000 innbyggjarar som er 80 år eller eldre. Kommunar med låg sentralitet har gjennomgåande fleire plassar per innbyggjar som er 80 år eller eldre enn meir sentrale kommunar.

Dekningsgrad for demensplassar

Faktaboks 3 Demens

Demens er eit samleomgrep for fleire kroniske sjukdommar som rammar hjernen. Sjukdommane utviklar seg over tid og fører til endringar på område som minne, språk og veremåte. Demens påverkar evna til å fungere i dagleglivet. Det viktigaste kognitive symptomet er redusert hukommelse.

Kjelde: Helse- og omsorgsdepartementet 2020a

Brukarar med demens er generelt meir ressurskrevjande for kommunehelsetenesta enn andre brukargrupper fordi[135]

- personar med demens ofte har behov for omfattande og langvarige tenester;
- helse- og omsorgspersonell skal yte personsentrert omsorg til personar med demens. Det inneber mellom anna å ha kompetanse om demenssjukdom leggje vekt på

[135] Helsedirektoratet 2017a

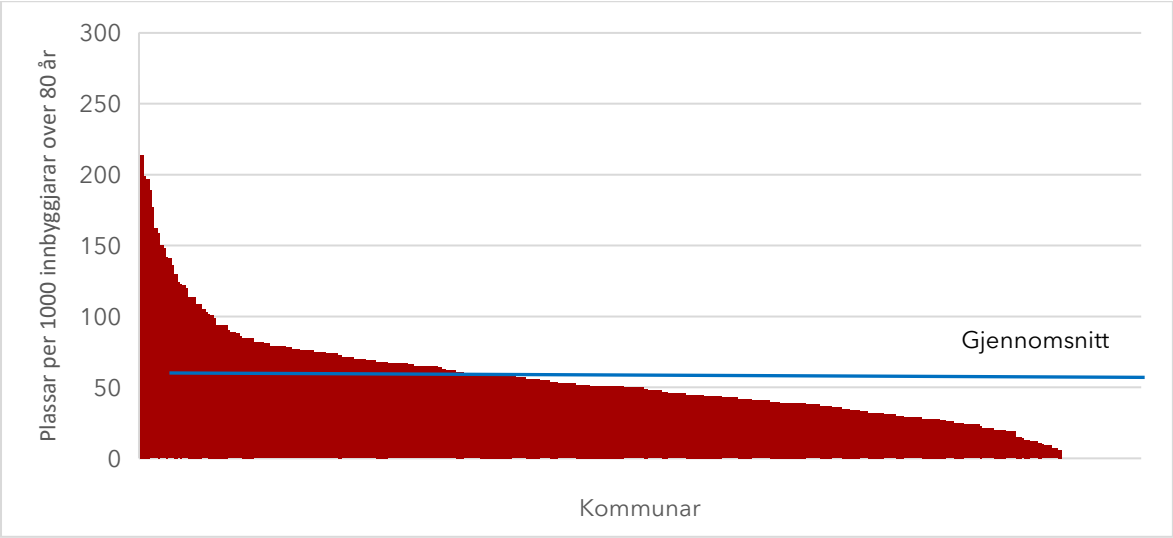
respekt og verdigheit, tileigne seg kjennskap til livshistoria til den enkelte og tilby individualiserte aktivitetar;

- kommunen skal tilby dagaktivitetstilbod til personar med demens;
- kommunen skal ha butilbod som er utforma slik at personar som har demens og behov for heildøgns helse- og omsorgstenester, får tilpassa fysiske omgivnader som gir moglegheit for struktur, aktivitet, stimulering og kognitiv støtte. Butilbodet skal vareta behovet for hjelp og tryggleik, og i størst mogleg grad leggje til rette for autonomi og sjølvstende i aktivitetane i dagleglivet. Butilboda skal òg leggjast til rette for besøk og deltaking frå pårørande;
- kommunale verksemder skal leggje til rette for – og bør motivere til deltaking i – psykososiale tiltak og aktivitetar som tek utgangspunkt i personen med demens sine eigne interesser, preferansar og funksjonsnivå.

I 2023 fann Helsedirektoratet i ei undersøking av kommunale helse- og omsorgstenester blant personar med demens at[136]

- personar med demens i større grad får heildøgns omsorg enn eldre utan demens
- i 2017 var andelen personar med demens på langtidsplass i institusjon 40 prosentpoeng høgare enn andelen tenestemottakarar utan demensdiagnose
- det er òg høgare bruk av heimetenester blant personar med demens

Figur 16 Demensplassar per 1 000 innbyggjarar som er 80 år eller eldre, per kommune 2025



Kjelde: SSB, tabell 11875. N=357.

Figur 16 viser at talet på demensplassar per 1 000 innbyggjarar som er 80 år eller eldre i kommunane, varierer mellom 0 og 263. Medan 2 kommunar har rapportert fleire enn 200 plassar, har 28 kommunar rapportert at dei ikkje har nokon demensplassar. Dei 28 kommunane er hovudsakleg usentrale (sentralitetsklasse 5 eller 6), og dei fleste har eit

[136] Helsedirektoratet 2023a

folketal på under 5 000. Samla sett har kommunane i gjennomsnitt 53 slike plassar per 1 000 innbyggjarar.

Som omtalt i punkt 12.1.2 viser *Demenskartet* talet på personar med demens i befolkninga per kommune det gjeldande året, og det gir samtidig det venta talet fram mot 2050.

10.2.3 Terskelen for å få plass på institusjon har blitt høgare for eldre

Riksrevisjonen si undersøking av tilgjengelegheit og kvalitet i eldreomsorga frå 2018 fann at det i perioden 2009–2017 hadde blitt litt meir vanleg at mottakarar av kommunale helse- og omsorgstenester har omfattande hjelpebehov. Dette gjaldt eldre òg, både dei som fekk heimetenester, og dei som var i institusjon. At andelen brukarar med omfattande hjelpebehov voks, kunne tyde på at terskelen for å få institusjonsplass hadde blitt heva, og at dei eldre som fekk slike tenester, hadde litt dårlegare funksjonsevne enn før.[137]

Kommunane skal rapportere helseopplysningar i kommunalt pasient- og brukarregister. Funksjonsevne inngår i helse- og omsorgsfaglege opplysningar som kan registrerast.[138] Denne vurderinga kan danne grunnlaget for tenester som blir tildelte, og korleis dei skal følgjast opp. Funksjonsvurderingar kan gi informasjon om aktivitetar i dagleglivet, kroppsfunksjonar, kognitive funksjonar, ressursane og funksjonen personen har på registreringstidspunktet, og grad av behov for hjelp og helsehjelp, jf. faktaboks 4.

Faktaboks 4 Hjelpebehov – funksjonsmål og samlemål

Kommunane rapporterer data om brukarar av helse- og omsorgstenester til Kommunalt pasient- og brukarregister (KPR). I denne rapporteringa inngår 20 *funksjonsmål*, som er målingar av ulike aspekt av funksjonen og hjelpebehovet personar har. Kvart av dei 20 funksjonsmåla blir registrert på ein skala frå 1 («Utgjer ingen problem/utfordringar») til 5 («Fullt behov for hjelp/assistanse/helsehjelp»).

Basert på 18 av funksjonsmåla bereknar Folkehelseinstituttet eit *samlemål*. Samlemålet blir berekna per person og år og er inndelt i tre grupperingar basert på graden av hjelpebehov.

Verdi-intervall	Hjelpebehov
0–2,0	Litt eller avgrensa hjelpebehov
2,1–3,0	Middels til stort hjelpebehov
3,1–4,5	Omfattande hjelpebehov

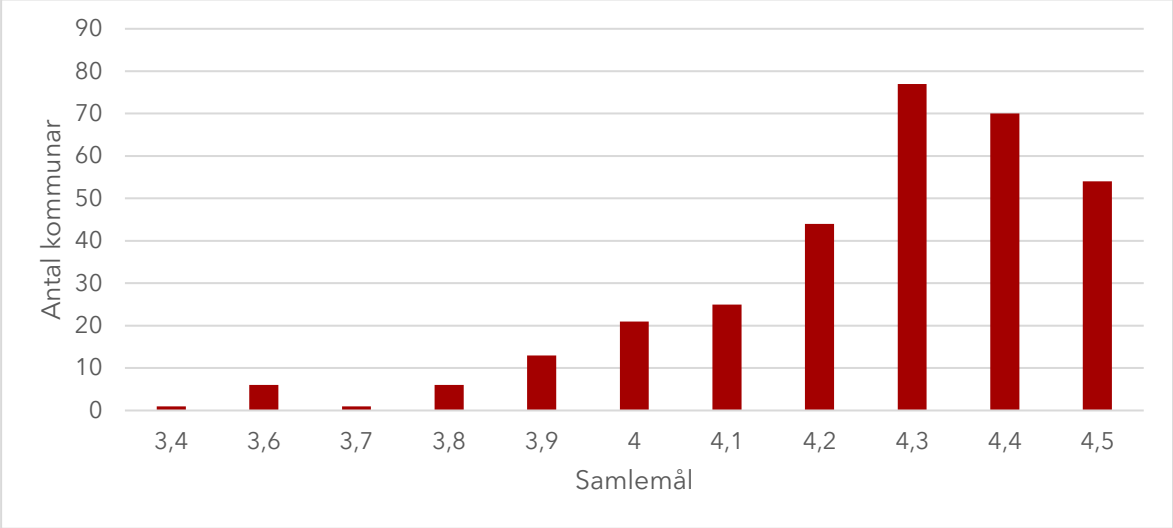
Kjelde: Helsedirektoratet 2025c

Samlemålet til dei brukarane som får innvilga institusjonsplass i ein kommune i løpet av eit år, kan gi ein indikasjon på kor høg terskelen er for å få tildelt plass. Dersom gjennomsnittleg samlemål til personar som får institusjonsplass, til dømes er 3 i ein

[137] Riksrevisjonen 2018
[138] Forskrift om kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)

kommune og 4 i ein annan kommune, tyder dette på at terskelen for å få institusjonsplass er lågare i den første kommunen enn i den andre.[139]

Figur 17 Gjennomsnittleg hjelpebehov for bebuarar som fekk plass på institusjon i 2024 som er 65 år eller eldre, kommunar grupperte etter samlemål



Kjelde: KPR. N=318. 39 kommunar er utelatne, hovudsakleg på grunn av få rapporteringar

Figur 17 viser kommunane grupperte etter det gjennomsnittlege hjelpebehovet til brukarane som fekk institusjonsplass i 2024 som er 65 år eller eldre.[140] I alle kommunane som inngår i figuren, hadde brukarane eit gjennomsnittleg hjelpebehov som var høgare enn 3, det vil seie *omfattande hjelpebehov*.

Gjennomsnittleg hjelpebehov for personar som er 65 år eller eldre som fekk institusjonsplass i 2024, var 4,3. I 2019 var gjennomsnittet 4,2. Endringa i løpet av perioden tyder på at personar som er 65 år eller eldre som fekk institusjonsplass i 2024, samla sett hadde noko høgare hjelpebehov enn dei som fekk plass i 2019.

Hagen mfl. fann i undersøkinga si frå 2024 at funksjonsevna til dei eldste pasientane i institusjon er signifikant dårlegare enn før.[141] Dette tyder ifølgje rapporten på at «terskelen for å få langtidsplass i sykehjem for de eldre har blitt høyere over tid». Samtidig er terskelen endå høgare for yngre enn for eldre brukarar.

I 2019 var det 326 kommunar der over 90 prosent av personane som fekk institusjonsplass, hadde omfattande hjelpebehov. I 27 kommunar hadde færre enn 90 prosent av brukarane omfattande hjelpebehov.[142] I 2024 var det til samanlikning 10 fleire kommunar der over 90 prosent av personane som fekk institusjonsplass, hadde omfattande hjelpebehov. Talet på kommunar med færre enn 90 prosent av brukarar med

[139] I omtale av institusjonsplass har vi lagt til grunn tenestetypen langtidsopphald i institusjon.
[140] 30 kommunar med samlemål registrert for færre enn 5 nye brukarar er utelatne, og 9 kommunar er utelatne fordi det ikkje er registrert at det er gjort nokre funksjonsvurderingar i 2024.
[141] Hagen mfl. 2024. Det blir gitt eit atterhald om denne konklusjonen i rapporten: «Det kan være at den skjer en 'oppkoding' av pasientenes funksjonsnivå, det vil si at pasienter med likt funksjonsnivå i to perioder kodes med dårligere funksjonsevne i periode to. En slik inflatering av funksjonsnivået kan ha flere årsaker, for eksempel at informasjonen om kodeverktøyet forbedres over tid.»
[142] Tre kommunar hadde ikkje registrert funksjonsvurderingar av personar på institusjon dette året.

omfattande hjelpebehov var redusert til 12.[143] Dette betyr at andelen personar med omfattande hjelpebehov som fekk institusjonsplass, var høgare i 2024 enn i 2019. Dette tyder på at terskelen for å få institusjonsplass har auka litt i perioden.

10.2.4 Definisjonen av omgrepet «heildøgns omsorg» er framleis utydeleg

Kommunane rapporterer data i KOSTRA til SSB. Det er tidlegare kjent at kommunar, SSB og Husbanken har lagt ulike definisjonar til grunn for heildøgns omsorg.[144] *Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie,* som tredde i kraft i 1989, er normdannande for kva heildøgns omsorg inneber. I 2017 utarbeidde Helse- og omsorgsdepartementet og KS eit felles notat om kva «heildøgns helse- og omsorgstenester» skal omfatte, der følgjande blei presisert:

> «'Heldøgns'-begrepet knyttes dermed til tjenestetilbudet uavhengig av boform. Deretter vurderes boligbehovet og eventuelle krav til boligens egnethet og utforming som arena for omfattende tjenesteyting. En person som får et heldøgns tjenestetilbud mottar helse- og omsorgstjenester på kveld og natt, gjennom hele uka, i tillegg til helse- og omsorgstjenester og/eller arbeids-, utdannings- eller aktiviseringstilbud på dagtid.
>
> Som helse- og omsorgstjenester regnes også aktivt tilsyn ved bruk av kommunikasjonsteknologi eller besøk fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten og andre de har gjort avtale med, der det er mulig å sette inn nødvendige hjelpetiltak på kort varsel.
>
> En person som får heldøgns tjenestetilbud kan motta dette både i eget hjem, omsorgsbolig eller institusjon.»
>
> *Kjelde: Helse- og omsorgsdepartementet & KS 2017*

Ein rapport KS publiserte i 2024 om heildøgns omsorgsplassar, viser at det framleis kan vere relativt store skilnader i korleis kommunane forstår og i praksis forheld seg til omgrepet bustader og bebuarar med heildøgns omsorg, og kva dei skal rapportere i KOSTRA.[145] Gjennom KOSTRA sender alle kommunar inn tal frå sine tenesteområde til SSB. I spørjeundersøkinga vår svarer ein av fire kommunar at definisjonen av heildøgns omsorg er utydeleg.

Ulik tolking av dette omgrepet kan føre til variasjonar i rapporteringa til SSB. Nokre kommunar legg svært personellintensive tenester til grunn, medan andre kommunar inkluderer tenester som i stor grad er basert på å tilkalle helsepersonell.[146] I Helsedirektoratet sin nasjonale rettleiar *Registrering av helse- og omsorgsdata i kommunen* står det at «heildøgnstilbod» inneber at

[143] I åtte kommunar blei det ikkje registrert nokon funksjonsvurderingar av personar som fekk institusjonsplass i 2024.
[144] Riksrevisjonen 2018
[145] KS 2024a
[146] SSB 2025

- personen har behov for tenester heile døgnet (dag, kveld og natt – gjennom heile veka)
- behov for hjelp blir oppdaga raskt, og forsvarleg og nødvendige hjelpetiltak blir sette i verk på kort varsel
- personen må kunne tilkalle bistand eller hjelp heile døgnet anten ved personstøtte eller via velferdsteknologiske løysingar
- behovet for hjelp må kunne oppdagast uavhengig av kva moglegheit brukaren har til å varsle helsepersonellet direkte, noko som vil seie at tenesteytarar må kunne oppdage behov for hjelp[147]

SSB har statistikk som viser talet på sjukeheimsplasser. SSB har òg talet på dei som bur i omsorgsbustad med heildøgnsbemanning, men ikkje tal for kor mange *plassar* med heildøgnsbemanning som finst. Det kan vera avvik mellom talet på dei som *bur i omsorgsbustad* og talet på *plassar med heildøgnsbemanning*. Det inneber at det ikkje finst data om det samla talet på kor mange *plassar* til personar med behov for heildøgns omsorg som finst i dag. I tillegg gjer ulik tolking av omgrepet «heildøgns omsorg» at det er usikkert kor mange eldre som faktisk får heildøgns omsorg i kvar kommune, og om rapporterte skilnader mellom kommunane er reelle. I tillegg blir målinga av den samla utviklinga usikker.

10.2.5 Det er usikkert om investeringstilskot til omsorgsbustader og sjukeheimsplassar har ført til fleire heildøgns omsorgsplassar

Investeringstilskot til omsorgsbustader og sjukeheimsplassar (heretter «investeringstilskotet») blei innført i 2008. Formålet med tilskotet er å stimulere kommunane til å både auke og fornye tilbodet av plassar til personar med behov for heildøgns helse- og omsorgstenester.[148] Husbanken, som er underlagd Kommunal- og distriktsdepartementet, er tilskotsforvaltar.

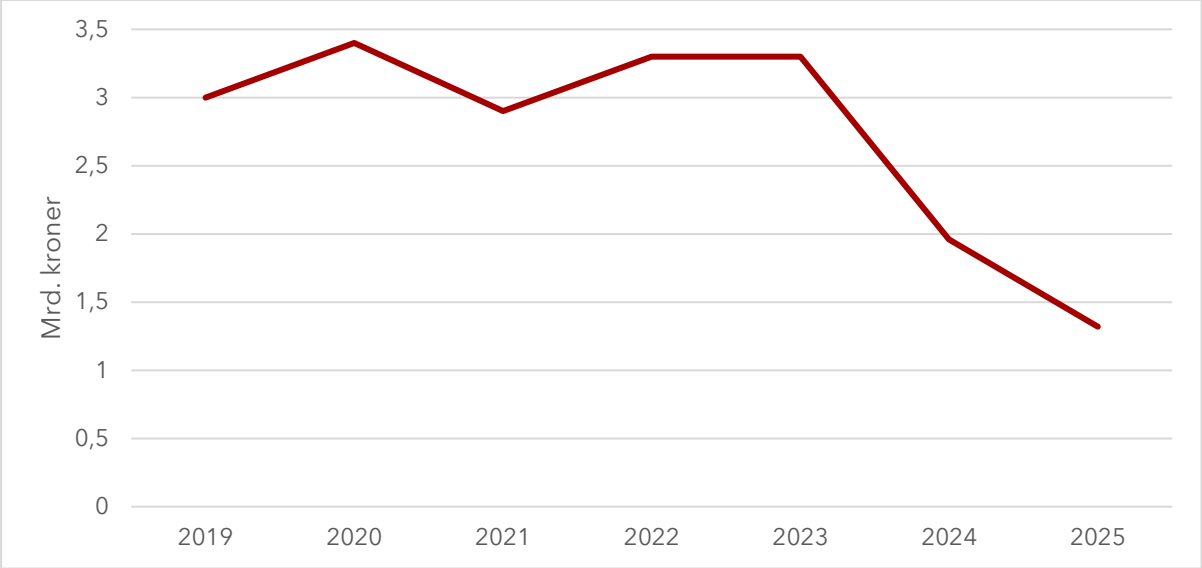
Storleiken på investeringstilskotet

Løyvinga til investeringstilskotet blir gitt over budsjettet til Helse- og omsorgsdepartementet. I perioden 2019–2025 blei det utbetalt 19,3 milliardar kroner.[149]

I spørjeundersøkinga svarer i overkant av 70 prosent av kommunane at investeringstilskotet stimulerer kommunen til å fornye eller auke tilbodet av plassar i sjukeheimar og omsorgsbustader. Distriktskommunar og mellomstore kommunar er meir fornøgde med tilskotet enn sentrale kommunar.

[147] Dersom punkta blir delvis oppfylte ved velferdsteknologiske løysingar, må det kunne gjerast ved tovegskommunikasjon, behov for hjelp må kunne avdekkjast uavhengig av om brukaren sjølv varslar, og hjelpa må komme raskt avhengig av individuelle behov og vere forsvarleg. Det er ikkje nok å varsle med tryggleiksalarm. Skjer det noko, må personalet kunne oppdage det utan at personen har varsla sjølv.
[148] Forskrift om investeringstilskudd fra Husbanken
[149] Husbanken u.å.

Figur 18 Utbetalt investeringstilskot i mrd. kroner i perioden 2019–2025



Kjelde: Husbanken, Statistikk – opne data frå Husbanken

Som figur 18 viser, var det ein reduksjon i utbetalte tilskot i 2024 og 2025. I årsrapporten for 2024 skreiv Husbanken at det blei gitt nær ein halv milliard mindre i investeringstilskot enn tilsegnsramma.[150]

Frå 2019 til 2025 har 282 kommunar fått utbetalt investeringstilskot frå Husbanken. Det varierer frå år til år kor mange kommunar som har fått tilskot, frå 73 i 2023 til 102 i både 2021 og 2022.

Utbetalt tilskot varierer òg betydeleg mellom kommunane – frå 233 000 til 2,7 milliardar kroner i perioden. Analysane viser at dei største tilskota er tildelte store, sentrale kommunar, som Oslo, Bergen, Bærum og Trondheim. Dette heng saman med at større kommunar med høgare innbyggjartal har større behov enn mindre kommunar.[151]

På oppdrag frå Husbanken evaluerte Menon Economics investeringstilskotet i 2019, i samarbeid med forskarar frå NOVA og Helseøkonomisk Analyse. Evalueringa viste at investeringstilskotet kan gi uheldige fordelingseffektar som forsterkar inntektsskilnader mellom kommunane.[152]

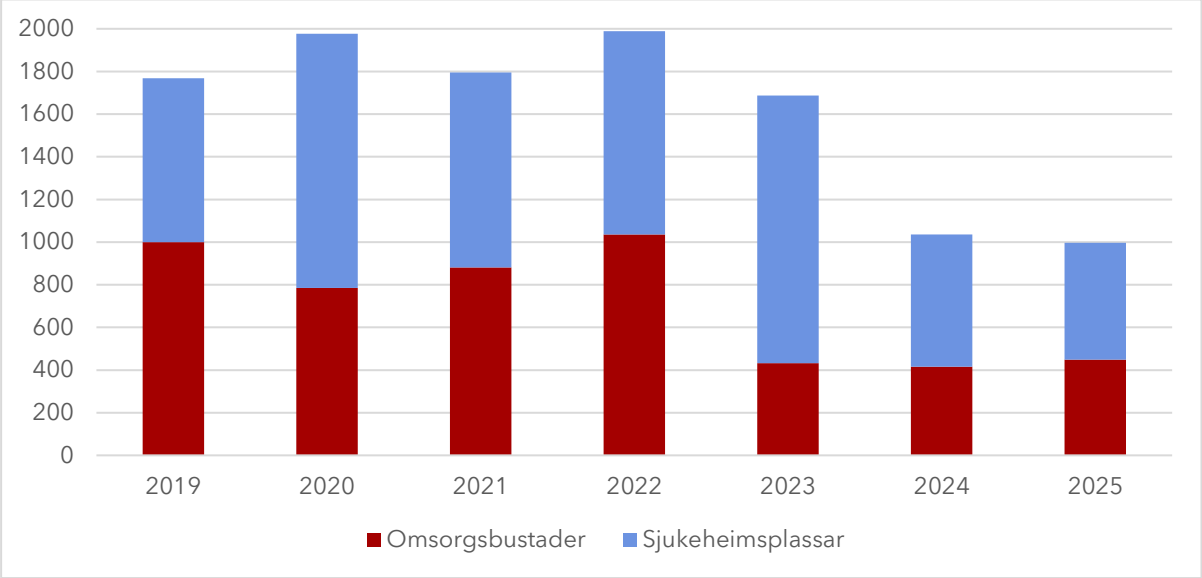
Vidare viste evalueringa frå Menon Economics mfl. at storleiken på tilskotet er for låg sett i forhold til den totale kostnaden for ein plass. Ifølgje evalueringa kan det verke som om tilskotet i liten grad påverkar kommunane sine avgjerder om å auke talet på plassar.

Ifølgje KS er det ikkje mogleg å seie sikkert kva som er forklaringa på at nokre kommunar i mindre grad enn andre søkjer om investeringstilskot, men KS gir uttrykk for at tilskotet slik det er innretta i dag, ikkje passar for alle kommunane.[153] KS er oppteken av at kommunane

[150] Trass i fleire søknader i 2024 gjekk tilsegnsbeløpa ned samanlikna med 2023. Denne skilnaden kjem ifølgje Husbanken av at eit stort overheng av søknader frå 2022 fekk tilsegn i 2023.
[151] Verifisert referat frå møte med Husbanken 26. november 2025.
[152] Menon Economics 2019
[153] Verifisert referat frå møte med KS 9. desember 2025.

har ulike behov for nye plassar, og at dei ikkje kan ventast å søkje på dei same tilskota og ta dei i bruk på ein einsarta måte.

Figur 19 Talet på omsorgsbustader og sjukeheimsplassar finansierte av investeringstilskotet i perioden 2019–2025



Kjelde: Husbanken, Statistikk – opne data frå Husbanken. Årstalet angir når utbetalinga fann stad, men det er ikkje heilt nøyaktig ettersom utbetaling og ferdigstilling av plassen ikkje nødvendigvis skjer same år.

Figur 19 viser at det samla talet på plassar kommunar har fått tilskot til, har lege på mellom 1 687 og 1 989 i perioden 2019–2023. Dei to siste åra er talet på plassar lågare, høvesvis 1 036 og 996. Det har vore ei dreiing mot fleire heildøgns omsorgsplassar i sjukeheimar framfor omsorgsbustader.

Husbanken seier i intervju at målet om at fleire eldre skal bu lenger heime, har redusert søknadsnivået. Ei anna forklaring på nedgangen i søkjartala er at kommunane har kutta i driftsbudsjetta. Ifølgje Husbanken er kostnader til å drifte bustader og plassar avgjerande for om kommunane søkjer om investeringstilskot.

Ifølgje Husbankens årsrapport for 2024 har strammare kommuneøkonomi og høgare byggje- og rentekostnader gjort det meir krevjande for kommunane å starte nye prosjekt.

KS seier i intervju at tilskotsordninga må bli meir fleksibel og føreseieleg.[154] Dette handlar mellom anna om at behova til kommunane endrar seg over tid. I tillegg tek det tid å planleggje og dimensjonere behova for heildøgns omsorg, og då er det nødvendig med føreseielege investeringsrammer.

Alternative buformer

Husbanken har ikkje økonomiske verkemiddel for bygging av omsorgsbustader utan heildøgns bemanning. Husbanken ser at kommunane har behov for alternative buformer,

[154] Verifisert referat frå møte med KS 9. desember 2025.

til dømes servicebustader.[155] Mange bur i bustader som ikkje er eigna for alderdommen, og mange kommunar manglar eigna bustader eldre kan flytte til for å halde fram med å klare seg lenger utan hjelp.[156] Eigenvurderinga som Husbanken har innhenta frå kommunane, viser at distriktskommunane og dei minste kommunane vurderer tilgangen på eigna bustader klart dårlegare enn andre kommunar. Mangelen på eigna bustader er størst i dei nordlegaste fylka.[157] Husbanken sin årsrapport for 2024 viser til at eldre i små kommunar har få høve til å flytte til aldersvennlege bustader. Dette kjem av at dei ofte har låg inntekt og formue, og derfor ikkje har råd til å flytte.

Fleire kommunar har ifølgje KS gitt uttrykk for at det bør byggjast fleire omsorgsplassar fordi dei manglar tilgjengelege, tilpassa bustader. Vidare uttrykkjer KS i intervju at kommunane har ønskt seg tilskot til servicebustader i fleire år.[158] Ifølgje KS er det døme på at små kommunar har bygd for mange heildøgns omsorgsplassar fordi det ikkje blir gitt økonomiske insentiv til andre buformer.

Som svar på skriftleg spørsmål frå Stortinget har helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre mellom anna sagt at gjennom Bu trygt heime-reforma ønskte regjeringa å leggje til rette for auka bygging av servicebustader og andre aldersvennlege bustader. Men ifølgje Vestre har regjeringa «prioritert å opprettholde investeringstilskudd på nivå med kommunenes etterspørsel de siste årene, samtidig som vi har styrket kommunesektoren gjennom vekst i de frie inntektene».[159]

Mål om å auke talet på heildøgns omsorgsplassar

Eit av funna i evalueringsrapporten frå Menon Economics mfl. frå 2019 var at tilskotet i større grad har ført til fornying av og auka kvalitet på plassar, enn til ein netto tilvekst av plassar.[160] Riksrevisjonen si undersøking frå 2018 blei det òg trekt fram at det var usikkert om kapasiteten i heildøgns omsorg for eldre hadde auka. Ifølgje Husbanken bruker nokre kommunar investeringstilskotet til å byggje nye plassar, samtidig som gamle plassar blir lagde ned.[161]

I perioden 2019–2022 var investeringstilskotet todelt, kor deler av tilskotet var øyremerka til netto tilvekst av heildøgns omsorgsplassar.[162] Netto tilvekst betyr at plassar som det er gitt tilskot til kjem i tillegg til dei plassane kommunen allereie har. Frå og med 2023 er det ikkje satt av øyremerka midlar til netto tilvekst, men tilskotet kan også nyttast til å auke talet på heildøgns omsorgsplassar.[163] Ifølgje *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027* vil regjeringa «bidra til å øke kapasiteten på heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger gjennom investeringstilskuddet».

[155] Verifisert referat frå møte med Husbanken 26. november 2025.
[156] Husbanken 2025
[157] Husbanken 2025
[158] Verifisert referat frå møte med KS 9. desember 2025.
[159] Stortinget 2025
[160] Menon Economics 2019
[161] Verifisert referat frå møte med Husbanken 26. november 2025.
[162] Prop. 1 S (2023-2024) Helse- og omsorgsdepartementet
[163] Prop. 1 S (2023-2024) Helse- og omsorgsdepartementet

I Helse- og omsorgsdepartementets budsjettproposisjon for 2026 foreslår departementet at 1 milliard kroner av tilsagnsramma er forbehalde heildøgns omsorgsplassar som skal gi netto tilvekst i kommunane som mottar tilskot. Vidare skriv departementet at «Innretningen på kravet om netto tilvekst har betydning for kommunens mulighet til å planlegge og tilpasse sine tjenester.»[164]

Husbanken fører oversikt over talet på plasser det gis tilskot til. Dette er ikkje nødvendigvis det same talet på plassar som faktisk blir bygde. SSB har statistikk som viser talet på institusjonsplassar. SSB har òg talet på dei som bur i omsorgsbustad med heildøgnsbemanning, men ikkje tal for kor mange *plassar* med heildøgnsbemanning som finst. Det kan vera avvik mellom talet på dei som *bur i omsorgsbustad* og talet på *plassar med heildøgnsbemanning*. Det inneber at det ikkje finst data om det samla talet på kor mange *plassar* til personar med behov for heildøgns omsorg som finst i dag. Samtidig viser statistikken at det i perioden 2015–2024 ikkje har vore ein auke i talet på institusjonsplassar, jf. punkt 10.2.1.

10.3 Korleis har utviklinga i bemanninga i kommunane vore i undersøkingsperioden?

10.3.1 To av tre kommunar har bemanningsutfordringar

I spørjeundersøkinga til kommunane svarer rundt to tredelar av kommunane at dei per i dag har tilstrekkeleg bemanning med rett kompetanse til å gi forsvarlege helse- og omsorgstenester til eldre. Dette gjeld tenester som blir gitt i heimen, i sjukeheimar og i omsorgsbustader utan heildøgns omsorg. Litt færre kommunar svarer at dei har tilstrekkeleg bemanning med rett kompetanse til å gi forsvarlege helse- og omsorgstenester til eldre i omsorgsbustader med heildøgns omsorg.

15 prosent av kommunane meiner at dei ikkje har tilstrekkeleg bemanning med rett kompetanse til å gi forsvarlege helse- og omsorgstenester til eldre i heimen. Ein av fem kommunar opplyser at dei ikkje har tilstrekkeleg bemanning og rett kompetanse til å gi forsvarlege helse- og omsorgstenester til eldre i sjukeheimar. Det gjeld i noko større grad distriktskommunar og kommunar med ein høg andel eldre.

Vidare svarer to tredelar av kommunane at det er vanskeleg å behalde og rekruttere tilsette med rett kompetanse i helse- og omsorgstenesta. I KS sin arbeidsgivarmonitor for 2025 er det særleg yrkesgruppene sjukepleiarar, psykologar og legar som det er vanskeleg for kommunane å rekruttere.

Mange kommunar reknar med at vanskar med å behalde og rekruttere tilsette i framtida må få konsekvensar for tenestetilbodet: Drygt 80 prosent av kommunane meiner at framtidig personellmangel betyr at fleire eldre må ta ansvar for eiga helse, medan over

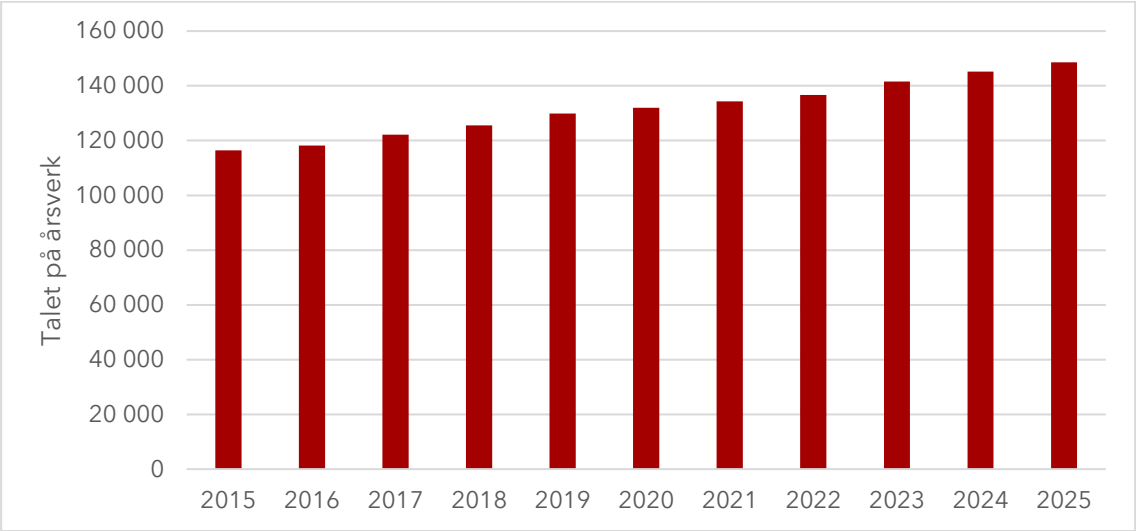
[164] Prop. 1 S (2025–2026) Helse- og omsorgsdepartementet

halvparten meiner at dette vil innebere at kommunane må redusere kvaliteten på helse- og omsorgstenestene framover.

10.3.2 Talet på årsverk i helse- og omsorgstenesta har auka

Samla for heile landet viser figur 20 at det i 2025 var omtrent 149 000 pasient- og brukarretta årsverk i kommunale helse- og omsorgstenester.

Figur 20 Utvikling i pasient- og brukarretta årsverk i dei kommunale helse- og omsorgstenestene, heile landet 2015–2025

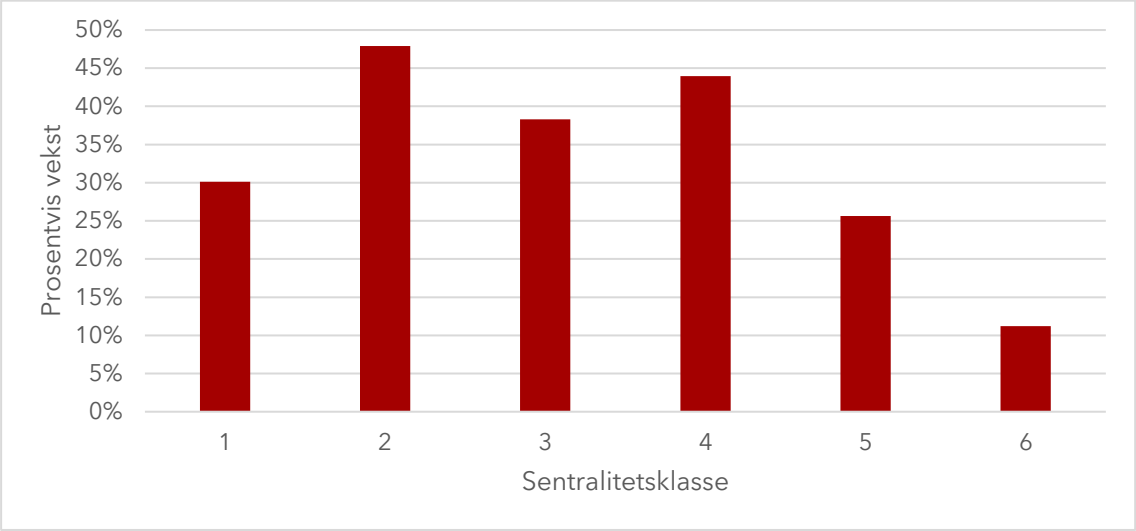


Kjelde: SSB, tabell 14534.

Figur 20 viser kor mange årsverk kommunane bruker på omsorgstenestene. Dette omfattar òg tenester til brukarar som er yngre enn 67. Det har vore ein vekst i årsverk på 32 000, eller 28 prosent, frå 2015 til 2025.

Samla sett har talet på brukarar av helse- og omsorgstenester vakse med 11 prosent i denne perioden. Talet på årsverk i helse- og omsorgstenestene har derfor vakse meir enn talet på brukarar.

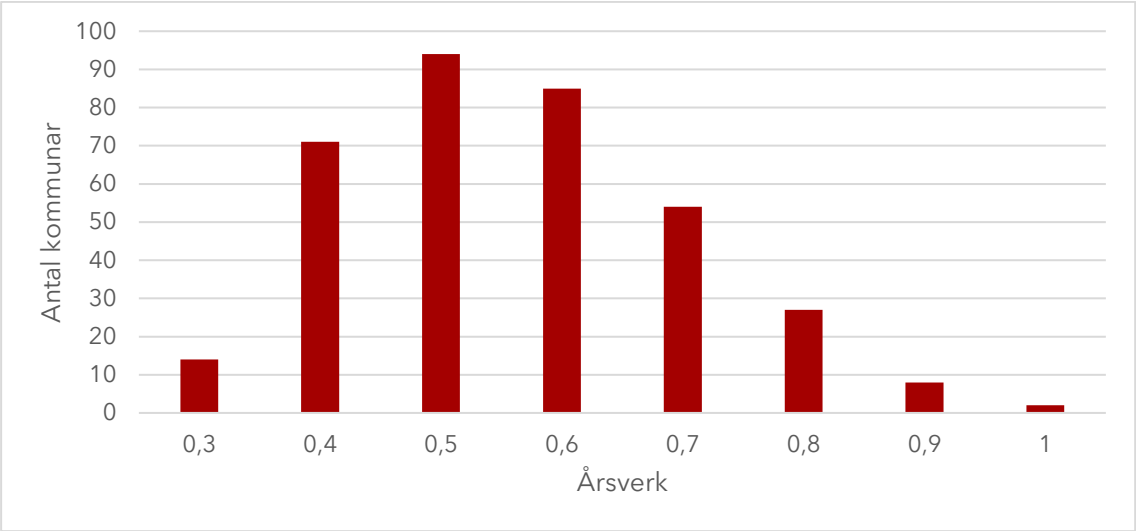
Figur 21 Gjennomsnittleg vekst i pasient- og brukarretta årsverk, i perioden 2015–2025 per sentralitetsklasse



Kjelde: SSB, tabell 14534. N=339. Kommunar som er samanslått eller splitta opp i perioden, er utelatne.

Figur 21 viser at veksten har vore lågast i kommunar i sentralitetsklasse 5 og 6, men veksten har vore relativt låg i dei mest sentrale kommunane òg.

Figur 22 Kommunane grupperte etter talet på årsverk per brukar av helse- og omsorgstenesta, 2025



Kjelde: SSB, tabell 12209. N=357.

Figur 22 viser at dei fleste kommunane bruker rundt eit halvt årsverk per brukar av helse- og omsorgstenesta. Talet variera frå 0,3 årsverk per brukar til eitt årsverk per brukar. For alle kommunar samla har talet på årsverk per brukar (også brukarar yngre enn 67 år) gått opp frå 0,48 i 2015 til 0,58 i 2025.

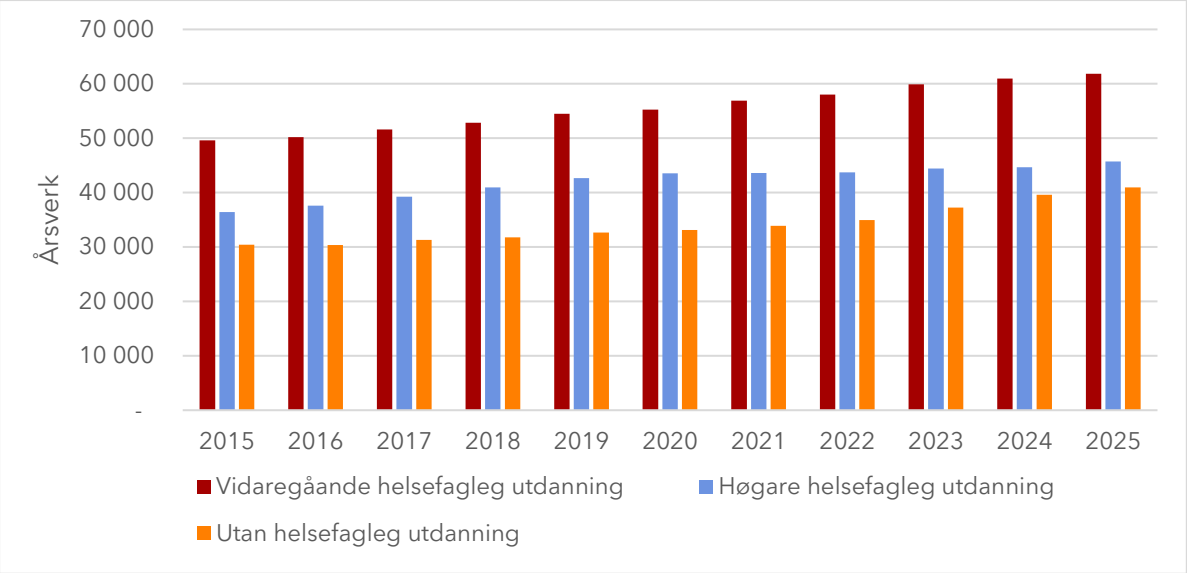
Grad av samlokalisering og reiseavstandar for tilsette er blant faktorar som kan påverke bemanningsbehovet i tenestene. Likevel er det eit så stort spenn mellom kommunane når

det gjeld årsverk per brukar, at det er vanskeleg å forklare det med lokale variasjonar i organisering av tenestene.

10.3.3 Andelen ufaglærte årsverk i helse- og omsorgstenestene har vore konstant

Bakgrunnen for Kompetanseløft 2025 er at kommunane i åra framover framleis står overfor store utfordringar med å møte brukarane sitt behov for berekraftige og gode helse- og omsorgstenester med tilstrekkeleg og kompetent personell. Blant hovudutfordringane er knappleik på helse- og sosialfagleg personell.[165] Generalistkommuneutvalet framhevar mangel på kapasitet og kompetanse som den viktigaste årsaka til kommunane si utfordring med å oppfylle lovkrav.[166]

Figur 23 Talet på årsverk etter utdanningsnivå i brukarretta tenester i heile landet, 2015–2025



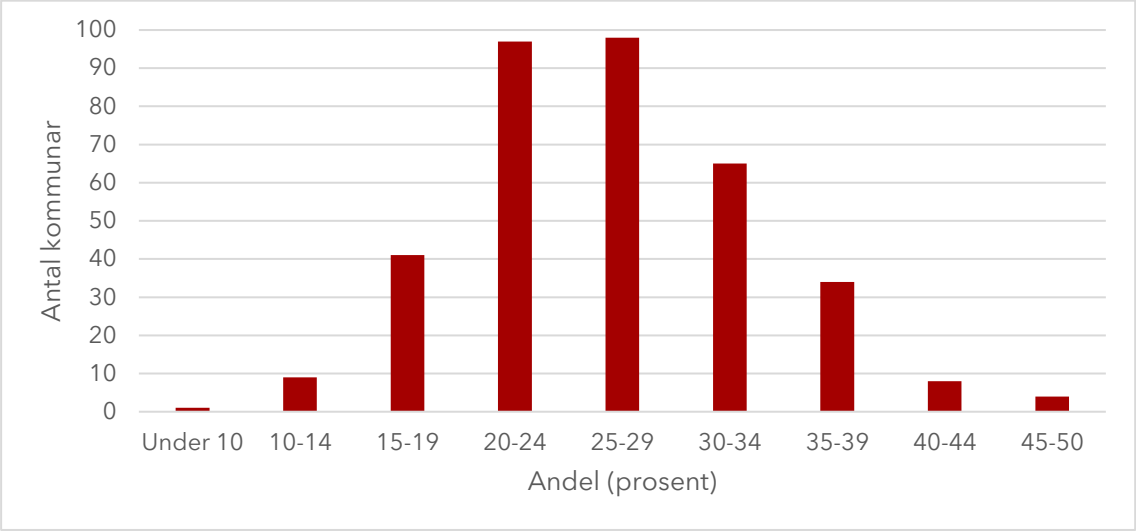
Kjelde: SSB, tabell 12292.

Figur 23 viser at den relative fordelinga av årsverk på utdanningsnivå har halde seg tilnærma konstant dei siste ti åra. I 2025 hadde 42 prosent vidaregåande utdanning, 31 prosent høgare utdanning, og 28 prosent av dei tilsette hadde ikkje helsefagleg utdanning.

Talet på årsverk utan helsefagleg utdanning har vakse mest, med 35 prosent auke frå 2015 til 2025. Det er stor variasjon mellom kommunane. Figur 24 viser ei frekvensfordeling av kommunane etter andelen ufaglærte årsverk i brukarretta tenester.

[165] Helsedirektoratet 2024c
[166] NOU 2023: 9

Figur 24 Kommunane grupperte etter andelen brukarretta årsverk utan helsefagleg utdanning, 2025



Kjelde: SSB, tabell 12292. N=357.

Andelen årsverk utan helsefagleg utdanning varierer frå 7 prosent til 50 prosent.[167] I dei fleste kommunane ligg andelen årsverk utan helsefagleg utdanning mellom 20 og 34 prosent. Nærmare analysar finn ingen samanheng mellom andelen årsverk utan helsefagleg utdanning og sentraliteten eller den økonomiske stillinga til kommunane.[168]

To utgreiingar dei seinare åra har kartlagt utfordringar og behov knytte til ufaglært personell.[169] Helsedirektoratet har framheva at «en nullvisjon med hensyn til personell uten helse- og sosialfaglig utdanning framstår ikke realistisk eller ønskelig. Det er likevel et behov for å jobbe for høyere kompetanse og en lavere andel personell uten helse- og sosialfaglig utdanning i tjenestene for å sikre pasientsikkerhet, kvalitet og nødvendig fagutvikling i tjenestene.»[170]

10.4 Kva for nokre statlege verkemiddel skal leggje til rette for kommunane sitt arbeid med å sikre tilstrekkeleg helsepersonell med rett kompetanse?

Både rapporten frå Generalistkommuneutvalet og Kompetanseløft 2025 viser at helse- og omsorgstenestene har utfordringar med å rekruttere og behalde helsepersonell, og at mangel på helsepersonell er ei av dei største utfordringane i samfunnet i åra som kjem. Tilstrekkeleg og kompetent personell er avgjerande for at kommunane skal kunne tilby helse- og omsorgstenester av god kvalitet. Den sentrale helselovgivinga stiller krav om forsvarlege tenester med god ressursutnytting. Sjå omtale av Kompetanseløft, *Opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten* og Demensplan i punkt 14.2.

[167] I Åseral var andelen utan helsefagleg utdanning 7 prosent og den var 50 prosent i Moskenes.
[168] Det er låge korrelasjonar med sentralitetsklasse og frie inntekter.
[169] Helsedirektoratet 2023 og Folkehelseinstituttet 2017
[170] Helsedirektoratet 2023

10.4.1 Helse- og omsorgsdepartementet har sett i verk fleire tiltak som skal bidra til å heve kompetansen til tilsette i kommunane, men færre tiltak som gjeld rekruttering

Helse- og omsorgsdepartementet har fleire verkemiddel som skal leggje til rette for kommunane sitt arbeid med å sikre tilstrekkeleg helsepersonell med rett kompetanse. Helsedirektoratet viser i intervju til at statsforvaltaren er den viktigaste regionale aktøren i dette arbeidet. Statsforvaltarane skal mellom anna hjelpe kommunane i arbeidet med å rekruttere, behalde og utvikle personell og fagkompetanse i regionen. Gjennom tilskotsforvaltning, rådgiving og rettleiing skal statsforvaltarane òg bidra til fagutvikling og kompetanseheving i kommunane.[171]

Regional koordinator i strategisk kompetanseutvikling

Regional koordinator i strategisk kompetanseutvikling blei etablert hos alle statsforvaltarane i 2023. Den regionale koordinatoren skal gi støtte og rettleiing til kommunar i arbeidet deira med å rekruttere og behalde tilsette.[172] Dette er viktig for å sikre kommunane nødvendig kompetanse, særleg i distrikta.[173]

Koordinatoren skal støtte kommunane sitt arbeid med Bu trygt heime-reforma. Koordinatorrolla fører ifølgje direktoratet til at statsforvaltarane har kontakt med alle kommunane sine fleire gonger kvart år.[174]

Ifølgje *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* pliktar kommunane å planleggje verksemda si, og ifølgje Helsedirektoratet bør politisk vedtekne kompetanseplanar inngå i det kommunale planverket. Planane bør mellom anna innehalde framskrivingar av framtidig behov for kompetanse.[175] Direktoratet får rapportering om det førre året frå statsforvaltarane innan 1. mai kvart år, der statsforvaltarane oppgir kor mange kommunar som har ein kompetanseplan, og i kor mange kommunar denne planen er politisk behandla.[176] Direktoratet seier i intervju at det er få embete der alle kommunane har ein kompetanseplan. Mangelen på kvalifisert personell i mange kommunar forsterkar ifølgje direktoratet behovet for kompetanseplanar i kommunane.

I spørjeundersøkinga til kommunane svarer halvparten at dei ikkje har fått hjelp frå statsforvaltaren i arbeidet med å rekruttere, behalde eller utvikle helsepersonell og fagkompetanse. Medan 30 prosent av distriktskommunane meiner at statsforvaltaren hjelper dei i dette arbeidet.

Kompetanse- og tenesteutviklingstilskotet

Statsforvaltarane forvaltar ordninga på vegner av Helsedirektoratet. Innretninga på ordninga blei endra frå og med 2023, frå eit kompetanse- og innovasjonstilskot til eit

[171] Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet 2024a
[172] Prop. 1 S (2022–2023) Helse- og omsorgsdepartementet
[173] Meld. St. 9 (2023–2024)
[174] Verifisert referat frå møte med Helsedirektoratet 16. desember 2025.
[175] Helsedirektoratet 2017b
[176] Verifisert referat frå møte med Helsedirektoratet 16. desember 2025.

kompetanse- og tenesteutviklingstilskot. Innovative løysingar som var utvikla, blei oppsummerte og skulle bidra til ei brei implementering av løysingane i dei resterande kommunane, særleg i distriktskommunane. Departementet skreiv i budsjettproposisjonen for 2023 at ordninga bør sjåast i samanheng med Tørn-prosjektet til KS. Departementet uttrykkjer at behovet for helsepersonell kan reduserast gjennom å organisere tenester, oppgåver og ansvar på nye måtar.

Formålet med tilskotsordninga er å

- redusere mangelen på personell med relevant fagutdanning i omsorgstenesta, og leggje til rette for berekraftige omsorgstenester
- bidra til at kommunane set i verk kompetansehevande tiltak og utviklingsarbeid
- bidra til at kommunane organiserer tenester, oppgåver og ansvar som sikrar utnytting av tilgjengeleg personell og kompetanse gjennom strategisk kompetanseplanlegging

I spørjeundersøkinga kjem det fram at over 90 prosent av kommunane meiner at tilskotet er viktig i kommunen sitt arbeid med kompetansehevande tiltak og utviklingsarbeid.

Tabell 3 Talet på kommunar som søkte om kompetanse- og tenesteutviklingstilskot siste tre åra[177]

Statsforvaltar	2023	2024	2025
Troms og Finnmark	34	30	34
Trøndelag	38	38	38
Innlandet	43	44	43
Agder	20	20	22
Vestland	41	42	41
Møre og Romsdal	25	27	25
Nordland	34	31	31
Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus	50 15 bydelar	51 15 bydelar	50 15 bydelar
Rogaland	21	21	21
Vestfold og Telemark	23	22	21
Totalt tal på kommunar og bydelar	**344**	**341**	**341**

Kjelde: Statsforvaltarane sin rapportering til Riksrevisjonen.

[177] Talet på kommunar i kvart statsforvaltarembete per 1.1.2025: Troms og Finnmark: 39, Trøndelag: 38, Innlandet: 46, Agder: 25, Vestland: 43, Møre og Romsdal: 27, Nordland: 41, Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus: 51 kommunar og 15 bydelar i Oslo, Rogaland: 23, Vestfold og Telemark: 23.

Tabell 3 viser at dei fleste kommunar søkte statsforvaltarane om tilskot i perioden 2023–2025. Andelen er høgast i Trøndelag og i Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus. I Nordland var det færrast kommunar som søkte, med om lag 76 prosent av kommunane i 2024 og 2025.

Tabell 4 Utbetalt tilskot per embete i perioden 2019–2024 i mill. kroner

Statsforvaltar	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Møre og Romsdal	31,2	42,2	28,3	20,0	20,3	21,1
Rogaland	30,4	37,8	34,8	26,7	27,0	28,2
Vestland	48,5	63,2	56,0	40,6	42,1	43,9
Agder	22,9	35,3	32,0	24,9	20,4	21,3
Innlandet	36,5	50,7	46,2	33,8	30,5	31,4
Nordland	27,6	34,3	28,0	22,3	19,8	20,0
Troms og Finnmark	25,0	33,5	30,8	22,0	21,0	21,7
Trøndelag	33,8	51,7	44,4	34,6	28,0	30,3
Vestfold og Telemark	34,1	45,7	38,0	30,6	30,0	31,9
Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus*	10,9	14,0	117,7	98,8	106,3	108,4
Totalt	**300,9**	**408,3**	**456,2**	**354,3**	**345,3**	**358,1**

*Kjelde: rekneskapsført på kapittel 761, post 68, nominelle tal. *Tidlegare Statsforvaltaren i Oslo og Viken.*

I perioden 2019–2024 har statsforvaltarane samla sett utbetalt 2,2 milliardar kroner.[178] I budsjettet for 2025 blei det løyvd 369,9 millionar kroner til tilskotet.[179]

I tildelingsbrevet for 2023 fekk Helsedirektoratet i oppdrag å kartleggje kva for innovative løysingar som er realisert gjennom tilskot frå kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskot i perioden 2013–2022. Kartlegginga omfattar både statsforvaltarane og kommunane sine syn på tilskotsordninga.

Kartlegginga blei utført av Senter for omsorgsforsking, og i rapporten skriv senteret at både statsforvaltarane og kommunane omtaler tilskotsordninga som kompleks, komplisert

[178] Beløpa er ikkje prisjusterte i perioden.
[179] Prop. 1 S (2024–2025) Helse- og omsorgsdepartementet

og vanskeleg å ha oversikt over.[180] Ho er dermed tidkrevjande for både kommunane og statsforvaltarane. Vidare står det i rapporten at søknads- og rapporteringsfristar er i utakt med kalenderåret. Prosjekt blir ikkje starta same år som tilskotet blir tildelt, og overføring av tilskot til neste år krev administrasjon frå både kommunar og statsforvaltarar.

Samtidig viser rapporten og spørjeundersøkinga vår at kommunane er fornøgde med tilskotet. Statsforvaltarane får inn søknader for mykje større beløp enn det dei har å fordele. Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at endringa frå innovasjons- til tenesteutviklingstilskot blei omtalt som udelt positiv av både statsforvaltarane og kommunane, og ifølgje desse har endringa forenkla tilgangen til tilskotet.[181]

Vidare kjem det fram i rapporten frå senteret at det er vanskeleg å seie noko om resultat, fordi rapporteringa frå kommunane er svært kortfatta. Det står òg at statsforvaltarane meiner «at resultater framover må knyttes nærmere til kommunale planer for å sikre at det ikke bare blir kortvarige prosjekter som ikke blir videreført i ordinær drift».

Nasjonal leiarutdanning for primærhelsetenesta

Leiarutdanninga, som blei etablert i 2015, var eit tiltak i Kompetanseløft 2020 og blei seinare vidareført i Kompetanseløft 2025 og *Opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten*. Det er Helsedirektoratet som tilbyr leiarutdanninga og målgruppa er leiarar i kommunale helse- og omsorgstenester og den fylkeskommunale tannhelsetenesta.[182] Hensikta med utdanninga er å gi leiarar den breidda av leiarkompetanse som helsesektoren treng for å oppfylle forskrifter og dagens krav om behov for tenesteutvikling.[183] Dette inneber mellom anna organisasjons- og personalretta utviklingsarbeid.

Rambøll har på oppdrag frå Helsedirektoratet evaluert ordninga og har levert fleire rapportar sidan 2015. I 2024 stod det mellom anna at deltakarane opplever å ha styrkt evnene sine til å drive med kvalitets- og endringsarbeid og å ha fått styrkt kompetansen sin innanfor pasientsikkerheit og internkontroll. Rambøll vurderer at utdanninga har treft godt på det faglege innhaldet, og at ho har gitt resultat på både individ- og organisasjonsnivå. Evalueringa viser at dei to mest utbreidde tenesteområda blant deltakarane er institusjonsbaserte og heimebaserte tenester.[184] Det var færre søkjarar til leiarutdanninga i studieåret 2024–2025.[185]

Lønstilskot til utdanning i avansert klinisk allmennsjukepleie

I 2020 tredde to forskrifter om sjukepleiarutdanninga i kraft. Éi forskrift handla om spesialistgodkjenning for sjukepleiarar med master i avansert klinisk allmennsjukepleie, og den andre var ei ny nasjonal retningslinje for denne masterutdanninga. Utdanninga skal gi ein utvida breiddekompetanse til å vareta alle pasientar, spesielt dei med kroniske eller

[180] Senter for omsorgsforsking 2024a
[181] Helse- og omsorgsdepartementet 2026
[182] Prop. 1 S for Helse- og omsorgsdepartementet for åra 2019–2023.
[183] Helsedirektoratet 2026b
[184] Rambøll Management Consulting 2024
[185] Helse- og omsorgsdepartementet 2026

samansette helsetilstandar. Allmennsjukepleiaren skal òg bidra til innovasjons-, endrings- og forbetringsarbeid i tenestene.[186]

Helse- og omsorgsdepartementet sin budsjettproposisjon for 2021 viser at Helsedirektoratet gir lønstilskot til masterutdanninga. Tilskotet skal stimulere kommunar til kompetanseoppbygging ved å vidareutdanne sjukepleiarar i avansert klinisk sjukepleie.

Fafo og Samfunnsøkonomisk analyse AS har på oppdrag frå KS kartlagt introduksjonen av denne sjukepleiarrolla i dei kommunale helse- og omsorgstenestene.[187] Rapporten reknar med at det i 2024 fanst mellom 205 og 220 allmennsjukepleiarar i Noreg som kvalifiserer til spesialistgodkjenning i avansert klinisk allmennsjukepleie. I tillegg kom dei som var under utdanning.

Rapporten viser at allmennsjukepleiarane er spreidde over heile landet, men at det er klart færre i dei nordlegaste fylka.[188] Dei aller fleste arbeider i kommunen. Dei er spreidde mellom ulike tenestestader, men flest jobbar i heimetenesta og på institusjonar.

Ifølgje rapporten er både leiarar og allmennsjukepleiarar samde om at kompetansen til sjukepleiarane bidreg til kvalitetsforbetring i tenestene. Samtidig legg manglande formalisering og forankring av allmennsjukepleiarrolla ein dempar på bidraget deira til kvalitets- og tenesteutvikling i kommunen. Rapporten påpeikar at initiativet til utdanninga ikkje ser ut til å komme som eit resultat av strategiske eller systematiske kompetansevurderingar, men nærmast alltid kjem frå allmennsjukepleiarane sjølve.[189]

Helsedirektoratet seier i intervju at kompetanse- og tenesteutviklingstilskotet og lønstilskotet er viktige verkemiddel for å heve breiddekompetansen i både institusjonstenesta og heimetenesta i kommunane. Direktoratet ser at mange kommunar slit med å leggje til rette for dei som har teke masterutdanninga, og ikkje tek seg råd til å prioritere slike stillingar.

Eldreomsorgens ABC og Demensomsorgens ABC

Helsedirektoratet har hovudansvar for oppfølginga av ABC-programma og har rapportert at ca. 900 fagseminar har hatt rundt 30 000 deltakarar i perioden 2019–2024.[190] Helse- og omsorgsdepartementet sin budsjettproposisjon for 2021 viser at nesten alle kommunane i landet har eller har hatt tilsette som har delteke i dei to ABC-programma.

Kurspakke for ufaglærte

Nasjonalt senter for aldring og helse har sidan 2010 hatt i oppdrag å tilby ei kurspakke for ufaglærte. Formålet er opplæring av ufaglærte fram til dei har oppnådd fagbrev og autorisasjon som helsefagarbeidar, alternativt fått kompetansebevis for delar av

[186] Fafo 2025
[187] Fafo 2025
[188] I Trøndelag, Nordland, Troms og Finnmark er det 2 eller 3 allmennsjukepleiarar per fylke, medan det i dei andre fylka er mellom 9 og 18 per fylke. Desse tala omfattar sjukepleiarar som heldt på med masterutdanning i avansert klinisk allmennsjukepleie då Fafo gjennomførte undersøkinga.
[189] Fafo 2025
[190] Helse- og omsorgsdepartementet sine budsjettproposisjonar for åra 2021 til 2024.

opplæringa dei har gjennomført.[191] Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020 og blir ført vidare i Kompetanseløft 2025 og *Opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten*.

I budsjettforslaget for 2024 rapporterte Helse- og omsorgsdepartementet at det har vore ca. 1 500 registrerte deltakarar sidan oppstarten i 2010 og fram til 2022. I tolvårsperioden har ca. 400 personar med minoritetsspråkleg bakgrunn delteke i utdanninga. Fram til 2024 oppnådde ca. 390 personar fagbrev.[192] Talet på ufaglærte var ca. 30 000 i 2019, og i 2024 hadde dette auka til ca. 40 000 personar, jf. punkt 10.3.3. Dette tyder på at det er ein relativt liten del av dei ufaglærte som har delteke på kurset.

10.4.2 Helsedirektoratet får informasjon om status i kommunane frå fleire kjelder

Alle tiltaka som er omtalte i punkt 10.4.1, inngår i Kompetanseløft 2025 (K25), som er regjeringa sin plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstenesta (K25 er nærmare omtalt i punkt 14.2.2). Helsedirektoratet rapporterer fortløpande til departementet om status, framdrift og avvik i K25.[193] I tillegg finst det fem evalueringsrapportar.[194]

Direktoratet får òg tilbakemelding om status for kommunane sitt arbeid med kompetanse gjennom fire faste dialogmøte årleg med statsforvaltarane. Direktoratet meiner at statsforvaltarane har merksemda retta mot lovpålagde oppgåver, som klagesaksbehandling og tilsyn, og at andre oppgåver blir prioriterte ned som følgje av stort arbeidspress.[195]

Helsedirektoratet understrekar at det har skjedd fleire endringar dei siste åra som har negative konsekvensar for helse- og omsorgstenestene sitt arbeid med å sikre tilstrekkeleg helsepersonell med rett kompetanse. Desse gjeld både små og store kommunar. Direktoratet nemner mellom anna at:

- Mange kommunar ikkje får tak i vikarar.
- Færre kommunar søkjer om tilskot til etter- og vidareutdanning.

Mange tilsette kvir seg ifølgje direktoratet for å ta kurs som gjer at dei må vere lenge borte frå arbeidet, når dei veit at det er vanskeleg å få tak i vikarar, og at fråværet fører til ekstrabelastning på kollegaene. Direktoratet får samtidig tilbakemeldingar om at interne kurs, som ABC-kursa, framleis er populære og noko mange kommunar klarer å gjennomføre.[196]

Helsedirektoratet har utvikla nasjonale kvalitetsindikatorar som viser andelen heiltidstilsette i institusjon og andelen tilsette som gir tenester til heimebuande. Desse

[191] Prop. 1 S (2018–2019) Helse- og omsorgsdepartementet
[192] Prop. 1 S for Helse- og omsorgsdepartementet for åra 2019 til 2026. Frå 2020 blei deltakarar i ordninga *kvalifisering av framandspråklege* varetekne innanfor ordninga *kurspakke for ufaglærte*.
[193] Helse- og omsorgsdepartementet 2021
[194] Fafo u.å.
[195] Verifisert referat frå møte med Helsedirektoratet 16. desember 2025.
[196] Verifisert referat frå møte med Helsedirektoratet 16. desember 2025.

indikatorane gjer at dei kan følgje med på utviklinga frå år til år. Utviklinga går i retning av at fleire har høgare stillingsbrøk enn før. Men det betyr samtidig at det blir færre å fordele vaktene på, noko som igjen fører til at talet på ufaglærte i tenestene aukar. Dette viser ifølgje direktoratet at det er vanskeleg å utvikle tiltak som verkar saman på rett måte. Direktoratet skulle gjerne hatt meir kunnskap om dei som jobbar i helse- og omsorgstenestene som ikkje har helsefagleg kompetanse, for å kunne finne treffsikre kompetansetiltak for denne gruppa.[197]

Helsedirektoratet viser òg til at dei deltek i ulike nettverk for å leggje til rette for kommunane sitt arbeid med å sikre tilstrekkeleg helsepersonell med rett kompetanse. Direktoratet peikar særleg på KS-prosjekta «Jobbvinnar», «Menn i helse» og «Tørn», der direktoratet sit i programstyret og følgjer med på utviklinga i kommunane, jf. omtale i punkt 14.4.[198]

10.5 I kva grad samarbeider kommunane om å sikre kapasitet og kompetanse i tenestene?

I ein rettleiar frå Kommunal- og distriktsdepartementet står det at interkommunalt samarbeid kan gi fordelar for kommunane, som[199]

- betre kvalitet eller tilgjengelegheit på tenester
- store og robuste fagmiljø
- betre kapasitet og høgare kostnadseffektivitet

Samtidig kan interkommunalt samarbeid gjere det meir krevjande for kommunane å samordne tenestene, og det kan ha uønskte negative konsekvensar, til dømes lengre reiseveg for brukarar.

I spørjeundersøkinga har over halvparten av kommunane svart at dei ikkje har eit interkommunalt samarbeid om helse- og omsorgstenester til eldre. Fleirtalet av desse kommunane opplyser at grunnen til at dei ikkje samarbeider med andre, er at kommunen har ressursar og kompetanse til å levere tenester sjølv. Andre årsaker som blir oppgitt, er geografisk avstand og politiske prioriteringar.

> «Det er utredet muligheter og utfordringer ved et vertskommunesamarbeid for hele helseområdet. Logikken er at en kommunes helsetjenester, særlig i små kommuner som vår, er avhengig av internt sambruk for å kunne gi tjenester på dagens nivå. Samarbeid om et alderssegment viste seg, i utredningen, vanskelig da det blir utfordrende for den generelle driften av alle tjenester. Utredningen, som ble ferdigstilt i mars 2025, viste videre at det vil bli for krevende å etablere formaliserte samarbeid mellom to kommuner når tjenestene da må forholde seg til to politiske miljøer, to budsjetter, to samfunnsplaner, to

[197] Ibid.
[198] Ibid.
[199] Kommunal- og distriktsdepartementet 2023a

lederlinjer, og så videre. Gevinsten ved samarbeid ser ut til å først kunne hentes ut dersom kommunene slår seg sammen og på den måten benytter samlede ressurser.»

Kjelde: sitat frå ein kommune i spørjeundersøkinga

I underkant av halvparten av kommunane svarer at dei samarbeider med andre kommunar. Av desse kommunane er det berre

- 12 prosent som samarbeider om sjukeheimsplassar
- 4 prosent som samarbeider om helse- og omsorgstenester til eldre som bur heime
- 2 prosent som samarbeider om omsorgsbustader med heildøgns omsorgsplass
- 1 prosent som samarbeider om omsorgsbustader utan heildøgns omsorgsplass

Om lag ein av fire kommunar svarer at dei samarbeider med andre kommunar om bruk av velferdsteknologi. Velferdsteknologi blir behandla nærmare i punkt 10.7.

10.6 Er det samanheng mellom kjenneteikn ved kommunane og kapasiteten i helse- og omsorgstenestene?

Generalistkommuneutvalet kom fram til dette:[200]

- Det er ein klar samanheng mellom innbyggjartalet og sentraliteten til ein kommune og oppfyllinga av lovpålagde tenestetilbod. Store kommunar og kommunar som ligg sentralt til, oppfyller i større grad lovkrava enn kommunar som er mindre og ligg mindre sentralt til.
- Økonomisk handlingsrom har noko å seie for graden av lovoppfylling. Små kommunar har relativt små budsjett, noko som fører til at dei har utfordringar med å finansiere stillingar og etablere fagmiljø.
- Befolkningsnedgang gir søkkande inntekter, og i kombinasjon med ei befolkningssamansetjing med fleire eldre fører det til behov for endringar i tenestetilbodet.

10.6.1 Det er samanhengar mellom kapasitet og fleire kjenneteikn ved kommunane

Data frå SSB og KPR for 2024 er brukt for å undersøkje om det er samanhengar mellom kva økonomisk handlingsrom, andel eldre og sentralitet kommunane har, og kva tenestetilbod og ressursbruk dei har.

[200] NOU 2023: 9

Det er ein positiv korrelasjon mellom kommunane sine *frie inntekter*[201] og høvesvis talet på institusjonsplassar per innbyggjar som er 80 år eller eldre[202], helse- og omsorgsutgifter per innbyggjar og årsverk i helse- og omsorgstenestene per innbyggjar.[203]

Ein *høg andel eldre innbyggjarar* korrelerer positivt med høvesvis årsverk, utgifter og dekningsgrad for institusjonsplassar.[204] Dette betyr at kommunar med høgare andel eldre har høgare utgifter per innbyggjar og fleire årsverk til helse- og omsorgstenestene.

Sentralitet[205] *korrelerer* òg relativt sterkt med kapasitet i helse- og omsorgstenestene. Mindre sentrale kommunar tenderer til å ha høgare andel innbyggjarar som er 65 år eller eldre, høgare dekningsgrad for institusjonsplassar, fleire årsverk per innbyggjar og høgare helse- og omsorgsutgifter per innbyggjar.[206]

Analysen tyder på at større økonomisk handlingsrom gir kommunane høve til å ha høgare helse- og omsorgsutgifter, til å tilby fleire institusjonsplassar og til å ha fleire årsverk.

Ein kan likevel ikkje seie sikkert om det er ein kausal samanheng ut frå korrelasjonane. Ei utfordring er at dei moglege forklaringsvariablane, frie inntekter, sentralitet og andel eldre, alle samvarierer, noko som gjer det vanskeleg å separere effekten av kvar variabel.[207] Vidare vil ikkje forskjellar i kapasitet nødvendigvis seie noko om forskjellar i kvalitet for brukarane.

For å undersøkje samanhengen mellom inntekt og dekningsgrad nærmare, blei det gjennomført lineære regresjonsanalysar der dekningsgrad for institusjonsplassar for dei som er 80 år eller eldre er avhengig variabel.[208] Resultata viser at kontrollert for andel eldre og sentralitet, blir koeffisienten til frie inntekter noko redusert, men han er framleis signifikant positiv og relativt sterk.[209] Dette tyder på at det er ein tendens til at kommunar med høgare inntekt har fleire institusjonsplassar per innbyggjar som er 80 år eller eldre, også om ein tek alderssamansetjing og sentralitet i betraktning.

[201] Vi bruker korrigerte frie inntekter som prosent av landsgjennomsnittet, inklusive eigedomsskatt, produksjonsavgift på vindkraft, konsesjonskraftinntekter, havbruksinntekter og fordelen av differensiert arbeidsgivaravgift (alt. 4)
[202] Sjå omtale av institusjonsplassar i punkt 10.2,2.
[203] Talet på tilsette i helse- og omsorgstenestene gir ein indikasjon på kapasitet i heimetenestene. Institusjonsplassar per innbyggjar som er 80 år eller eldre (dekningsgrad for institusjonsplassar) (r = 0,55), helse- og omsorgsutgifter per innbyggjar (r = 0,65), og årsverk i helse- og omsorgstenestene per innbyggjar (r = 0,51). Kjelder er SSB-tabellane 11875, 07459 og 12209.
[204] Årsverk (r = 0,64), utgifter (r = 0,66) og dekningsgrad for institusjonsplassar (r = 0,21)
[205] Vi måler sentralitet med SSBs sentralitetsindeks for 2023–2024.
[206] Korrelasjonane mellom sentralitet og desse variablane er mellom r = -0,53 og r = -0,78.
[207] Dei kausale relasjonane mellom variablane er òg vanskelege å avgjere teoretisk.
[208] Breusch-Pagan-testen indikerer heteroskedastisitet i residualane. Vi handterer det ved å bruke robuste standardfeil (HC1).
[209] For å illustrere samanhengen kan vi sjå på modellen sine forventningar ved ulike inntektsnivå, medan andel eldre og sentralitet blir haldne på gjennomsnittet. Ved den tiande inntektspersentilen (dei 10 prosenta med minst frie inntekter) ventar modellen 161 institusjonsplassar per 1000 eldre, medan ved den nittiande inntektspersentilen aukar forventningane til 201 institusjonsplassar. Multikollinearitet i modellen ser ikkje ut til å vere eit stort problem (VIF = 1,7 for frie inntekter).

10.7 I kva grad har kommunane teke i bruk velferdsteknologi?

10.7.1 Fleire kommunar har teke i bruk velferdsteknologiar i perioden

Helse- og omsorgskomiteen hadde allereie i 2013 forventningar om at kommunane ved å ta i bruk ny teknologi i helsetenestene skal kunne opprettholde eit tenestetilbod av god kvalitet og bremse auken i behovet for personell.[210]

Faktaboks 5 Velferdsteknologi

Velferdsteknologi er teknologiske hjelpemiddel som skal støtte opp under og forsterke tryggleiken, sikkerheita, medråderetten og livskvaliteten til brukarane og gjere dei meir sjølvhjelpne.

Helseteknologi omfattar både velferdsteknologi og helseinformatikk. Helseteknologi omfattar teknologiske metodar, utstyr og materiale som blir brukte i planlegging, organisering, realisering, dokumentasjon, evaluering, leiing og vidareutvikling av kunnskapsbasert helsehjelp.

Kjelde: utarbeidt basert på Helsedirektoratet 2016a og NTNU (u.å.)

Det er eit mål i Bu trygt-reforma å auke bruken av helse- og velferdsteknologi som legg til rette for at fleire eldre kan bu heime lenger.[211] I rapporten frå helsepersonellkommisjonen blir det trekt fram at velferdsteknologi kan vere personellsparande.[212] Vidare trekkjer helsepersonellkommisjonen fram at velferdsteknologi vil vere eit sentralt verkemiddel for å bidra til at kommunane kan tilby berekraftige tenester.

Helsedirektoratet påpeikar at før kommunane tek i bruk velferdsteknologi, er det viktig at dei mellom anna vurderer om det er inngripande teknologi, og om brukaren er samtykkekompetent.[213] Med inngripande teknologi siktar ein til all sporings-, lokaliserings-, overvakings- og sensorteknologi som sender informasjon om pasienten eller brukaren til tredjepartar, utan at pasienten eller brukaren sjølv initierer det.[214] Direktoratet skriv òg at «bruk av teknologi må vurderes ut fra hver enkelt persons nytte og behov på samme måte som for andre tjenester».[215]

Gjennomgangen av plandokumenta frå kommunane viser at dei har flest tiltak som gjeld velferdsteknologi, jf. punkt 13.2.5.

> «For å møta utfordringane i framtida må me satsa på velferdsteknologi i alle tenester.»
>
> *Kjelde: Klepp, Årsrapport og rekneskap 2023*

[210] Innst. 477 S (2012–2013) il Innst. 112 S (2023–2024) viste komiteen til målet om at auka bruk av teknologi kan bidra til at fleire eldre kan bu heime lenger.
[211] Meld. St. 24 (2022–2023)
[212] NOU 2023: 4
[213] Helsedirektoratet 2016a
[214] KS & Helsedirektoratet u.å.
[215] Helsedirektoratet 2023e

I spørjeundersøkinga svarer 93 prosent av kommunane at dei har teke i bruk velferdsteknologi, medan dei resterande kommunane svarer at dei planlegg å ta teknologien i bruk.

Kommunane skal rapportere om bruk av fire velferdsteknologiar til KPR, jf. faktaboks 6.

Faktaboks 6 Ulike velferdsteknologiar

Tryggleiksalarm er ein sensor som til dømes kan berast i eit smykke rundt halsen eller handleddet. Tryggleiksalarmen er knytt til ei responsteneste som kan formidle kontakt vidare til heimetenesta. Dersom alarmen går, vil responstenesta eller kommunepersonell rykkje ut, same når på døgnet det er.

Lokaliseringsverktøy/GPS er tekniske innretningar som lokaliserer brukarar utandørs. GPS er ei sporingsbrikke som tenestemottakaren ber med seg, og brikka sender informasjon om kvar tenestemottakaren er, slik at hen kan lokaliserast ved behov.

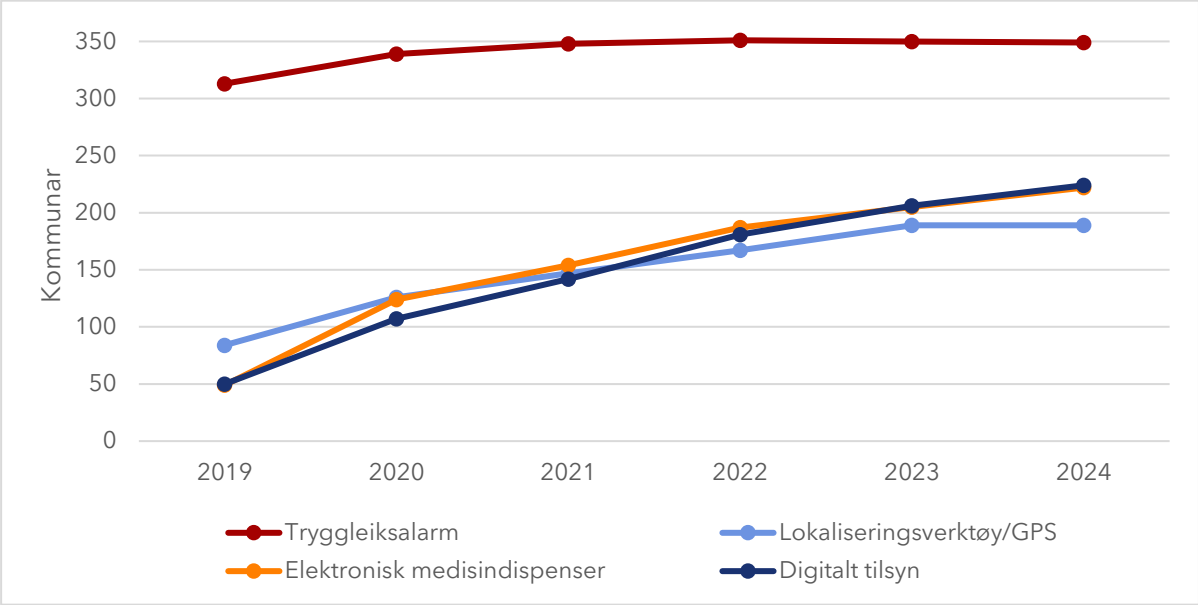
Elektronisk medisindispenser / elektronisk medisineringsstøtte varslar brukaren via lys, lyd og tekst på førehandsinnstilte tidspunkt for når medisinen skal takast. Ein elektronisk medisindispenser kan registrere om brukaren tek medisinen ut av dispenseren, og sender varsel til helsepersonell, eventuelt andre etter avtale, dersom medisinen ikkje blir teken ut.

Digitalt tilsyn er sensorteknologi som varslar automatisk, utan at brukaren gjer noko for å varsle sjølv. Døme på digitalt tilsyn er

- sensorar som sengematter/sensorlaken som registrerer fråvær frå seng
- rørslesensorar som detekterer rørsle i rommet
- døralarm som varslar ved passering
- falldetektorar som registrerer brå rørsler etterfølgde av stillstand
- kameratilsyn utløyst av sensorar ved hendingar eller kameratilsyn som blir sett på av personale ved avtalte tidspunkt

Kjelde: Helsedirektoratet 2023f og Helsedirektoratet 2023g

Figur 25 Talet på kommunar som har registrert at dei har teke i bruk velferdsteknologi i perioden 2019–2024



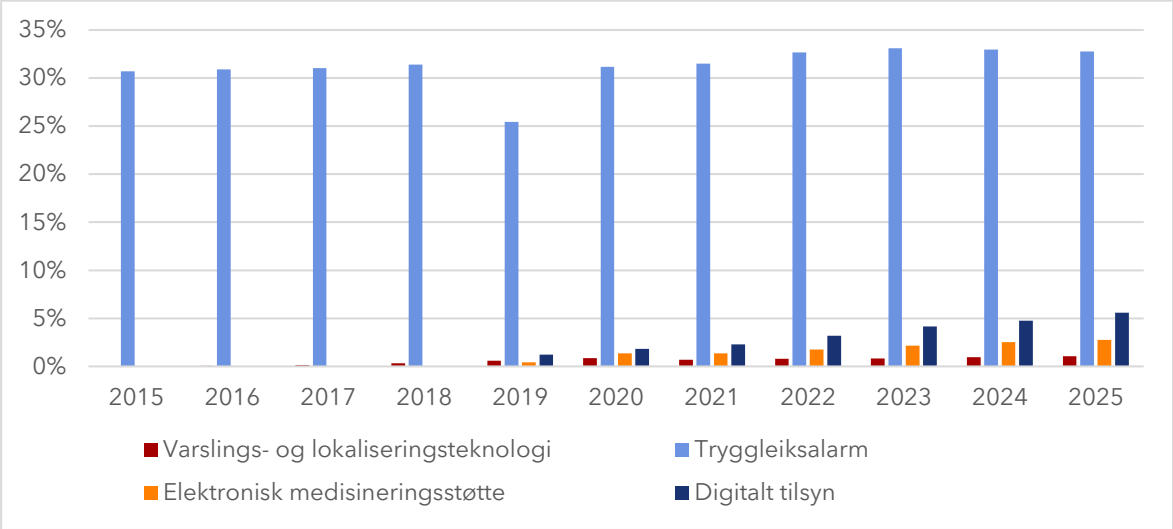
Kjelde: Kommunalt pasient- og brukarregister

Som figur 25 viser, har det i perioden 2019–2024 vore ein auke i talet på kommunar som rapporterer til KPR at dei har teke i bruk dei fire velferdsteknologiane. Heile 93 prosent av kommunane har teke i bruk tryggleiksalarm. Auken i dei tre andre teknologiane har vore vesentleg og inneber at det i 2024 er meir enn halvparten av kommunane som har teke desse teknologiane i bruk. Bruken av elektronisk medisindispenser og digitalt tilsyn er meir enn firedobla på fem år, medan bruken av lokaliseringsteknologi/GPS er nær dobla. Ein del kommunar har rapportert til Folkehelseinstituttet at auken kjem av aktiv satsing på velferdsteknologiar.[216] Likevel kan noko av auken komme av feilregistreringar, jf. punkt 16.1.3.

Det er berre dei fire nemnde teknologiane som kommunane rapporterer om til KPR. I spørjeundersøkinga vår svarer to av tre kommunar at dei har teke i bruk elektronisk dørlås, og ein av fire kommunar svarer at dei har teke i bruk smarthusteknologi[217].

[216] Folkehelseinstituttet 2025a
[217] Til dømes styring av temperatur og lys.

Figur 26 Andel av befolkninga som har velferdsteknologiar i 2015–2025 og som er 80 år eller eldre



Kjelde: SSB, tabell 11642.

Som figur 26 viser, er det store skilnader i kor mange personar som er 80 år eller eldre som bruker dei ulike velferdsteknologiane. 33 prosent hadde tryggleiksalarm i 2025. Vidare hadde 6 prosent digitalt tilsyn, 3 prosent elektronisk medisineringstøtte og 1 prosent lokaliseringsteknologi.

Ifølgje KS har kommunane store moglegheiter til at fleire eldre kan ta i bruk velferdsteknologi.[218] Samtidig er det ein stor jobb for mange kommunar å vidareføre bruken frå pilotordningar til dei delane av befolkninga som kan ha behov for teknologien.[219]

Det er ifølgje Helsedirektoratet komplisert å angi eit ønskt nivå for innføring av velferdsteknologi, samtidig som det på enkelte område er indikasjonar på at talet på brukarar kan aukast. I følgje direktoratet har til dømes Finland høgare andel brukarar av elektronisk medisindispenser enn Noreg. Medan bruken av tryggleiksalarm truleg er på same nivå som i Sverige.[220]

10.7.2 Kommunane møter fleire barrierar når dei skal ta i bruk velferdsteknologi

I 2021 gjennomførte Helsedirektoratet ei kunnskapsoppsummering frå nasjonalt velferdsteknologiprogram.[221] I kunnskapsoppsummeringa peika Helsedirektoratet på ulike organisatoriske, kulturelle, tekniske og regulatoriske barrierar kommunane møter når dei skal innføre velferdsteknologi.[222] I tillegg har direktoratet påpeika at manglande kompetanse blant leiarar og tilsette er ein barriere. I 2023 viste Helsedirektoratet til at

[218] Verifisert referat frå møte med KS 9. desember 2025.
[219] KS 2023
[220] Verifisert referat frå møte med Helsedirektoratet 16. desember 2025.
[221] Helsedirektoratet 2021a
[222] Helsedirektoratet 2021a og referert i Meld. St. 24 (2022–2023)

kommunane òg må endre arbeidsmåtane sine for å hente ut gevinstar.[223] KS viser til at implementering av velferdsteknologi er komplekst.[224] KS meiner vidare at lovverket ikkje blir oppdatert i tråd med den teknologiske utviklinga, og at det i større grad bør forenklast og leggje til rette for bruk av teknologi.[225]

Halvparten av statsforvaltarane svarer i spørjeundersøkinga at dei er samde i at kommunane ikkje

- har tid eller kompetanse til å skaffe velferdsteknologiar
- kjenner godt nok til kva teknologiar som kan vere aktuelle å ta i bruk
- har god nok kunnskap om regelverket for velferdsteknologi

10.7.3 Det er utfordrande for kommunane å realisere gevinstar frå velferdsteknologi

I Helsedirektoratet si kunnskapsoppsummering frå 2021 rapporterte 61 av prosjekta i programmet der kommunane deltok, om gevinstar ved å ta i bruk ulike velferdsteknologiar. Døme på gevinstar var frigjord tid, unngåtte kostnader og auka kvalitet for brukarar, tilsette og pårørande.[226] Kommunar som ikkje har rapportert gevinstar, blei ikkje tekne med i berekningane. Direktoratet tok derfor atterhald om at det kan vere feil eller manglar ved rapporteringa. Helsedirektoratet har ikkje gjennomført tilsvarande kunnskapsoppsummeringar etter 2021, men direktoratet reknar med at det er lite som har endra seg sidan.[227]

Velferdsteknologi kan ifølgje intervju med direktoratet bidra til at tenestene sparer tid ved at dei ikkje treng å reise ut til alle brukarane i heimetenesta, men ifølgje direktoratet er det ikkje kommunane med dei lengste reiseavstandane som har komme lengst i å ta i bruk velferdsteknologi.[228]

På vegner av KS kartla Oslo Economics gevinstar av helseteknologi i 2024.[229] Basert på eit utval på 18 kommunar estimerte Oslo Economics samla tidsgevinstar for kommunane.[230] Tidsgevinsten kan redusere veksten i talet på tilsette og auke kvaliteten i tenestene. Oslo Economics finn at det er stor variasjon i estimerte gevinstar i kommunane. Det er vanskeleg for kommunane å estimere gevinstane, og dette kjem ofte av at kommunane ikkje har god informasjon om kva gevinstar dei har fått av teknologiane. Oslo Economics har inntrykk av at det er stor variasjon i kva grad kommunar har lykkast med å innføre teknologiane og realisere gevinstar.

I rapporten trekkjer Oslo Economics fram følgjande barrierar som forklaringar på at kommunane ikkje lykkast med gevinstrealisering:[231]

[223] Helsedirektoratet 2023e
[224] KS 2023
[225] Verifisert referat frå møte med KS 9. desember 2025.
[226] Helsedirektoratet 2021
[227] Verifisert referat frå møte med Helsedirektoratet 16. desember 2025.
[228] Ibid.
[229] Oslo Economics 2024
[230] Vi har ikkje referert den estimerte tidsgevinsten ettersom det er ei stor usikkerheit i estimatet.
[231] Oslo Economics 2024

- Mangel på kapasitet inneber at det er krevjande for kommunane å setje av tid og ressursar til å innføre dei ulike løysingane.
- Manglande omstilling inneber at kommunar har halde fram med tidlegare løysingar og arbeidsprosessar parallelt med innføringa av digitale løysingar. I rapporten er dette delvis grunngitt med at tilsette ikkje har tillit til dei nye teknologiane, sidan det kan få store konsekvensar dersom det skulle oppstå feil.

KS sin arbeidsgivarmonitor for 2025 viser at nesten alle kommunane opplyser at det er utfordrande å realisere gevinstar av digitalisering. Dette blei òg rapportert som ei av dei største utfordringane i 2021 og 2023.

I spørjeundersøkinga vår kjem det fram at kommunane har ulike erfaringar med innføring av velferdsteknologi. Tre av fire kommunar meiner at velferdsteknologi har ført til at eldre kan bu heime lenger, noko som utset behovet for heildøgns omsorgsplass, anten på sjukeheimar eller i omsorgsbustad. Dessutan meiner over halvparten av kommunane at velferdsteknologi bidreg til at

- pasientar og pårørande opplever auka kjensle av meistring, sjølvstende og sikkerheit
- tenestene har blitt meir effektive, til dømes at fleire innbyggjarar har fått tenester utan at kommunen har auka talet på tilsette
- tenestene har fått betre kvalitet

I tillegg svarer nesten éin av tre kommunar at tilsette har ein betre arbeidskvardag som følgje av innføring av velferdsteknologi.

Samtidig er det ein stor andel av kommunane som har svart «verken eller» på spørsmål som gjeld dei ovannemnde gevinstane. Dette kan bety at desse kommunane førebels ikkje har oppnådd dei positive effektane av velferdsteknologi som var tenkte. Ei mogleg forklaring på dette er at enkelte kommunar framleis er i innføringsfasen og derfor ikkje har sett gevinstar endå. Ei anna tolking kan vere at innføringa ikkje gav det forventa utbyttet. Vidare viser Helsedirektoratet til at innføring av teknologiar ikkje nødvendigvis utløyser gevinstar i seg sjølv.[232]

Helsedirektoratet har gjort verktøy og malar til bruk i gevinstrealisering tilgjengelege gjennom det nasjonale velferdsteknologiprogrammet i 2021. Direktoratet seier i intervju at malen blei brukt av kommunane som deltok i prosjekta i velferdsteknologiprogrammet, men kjenner ikkje til om han blir brukt av kommunane i dag.[233] KS seier i intervju at kommunane i større grad treng éin til éin-rettleiing enn ulike malar.[234] Ifølgje KS er malane vanskelege for kommunane å bruke.

10.7.4 Velferdsteknologi kan gi tryggleik dersom det blir brukt rett

Helsedirektoratet seier i intervju at innføring av velferdsteknologiar generelt sett ikkje inneber auka risiko. Direktoratet viser likevel til at velferdsteknologiar kan gi auka risiko

[232] Helsedirektoratet 2023e
[233] Verifisert referat frå møte med Helsedirektoratet 16. desember 2025.
[234] Verifisert referat frå møte med KS 9. desember 2025.

dersom teknologien ikkje blir innført på dei rette premissane og brukaren ikkje blir følgd opp.[235]

Helsetilsynet meiner at å ta i bruk velferdsteknologi, som elektronisk medisindispenser, kan vere eit viktig tiltak for å auke sjølvstende og tryggleik hos pasientane.[236] Samtidig understrekar Helsetilsynet, i likskap med Helsedirektoratet, at individuelle vurderingar må liggje til grunn, og at pasientane må medverke. Også Pasient- og brukarombodet (POBO) seier i intervju at velferdsteknologi kan vere bra for nokre brukarar, føresett at det varetek behovet til brukaren og blir følgt opp med tilstrekkeleg opplæring og evaluering. Velferdsteknologi er ifølgje POBO likevel ikkje berre bra for brukarar som treng oppfølging, og som er einsame.

Helsetilsynet peikar på at elektronisk medisindispenser kan styrkje pasientsikkerheita fordi det mellom anna kan sikre at legemiddelet blir nøyaktig dosert og gitt til rett tid. Vidare kan det redusere risikoen for menneskelege feil ved legemiddelutdeling. Helsetilsynet påpeikar at «dette er særlig viktig i en tid med økende press på helsepersonell og høy turnover i tjenestene».

> «Helsetilsynet vil imidlertid understreke at selv om medisindispensere kan være et effektivt tiltak for trygg og sikker administrering av legemidler, innebærer velferdsteknologi også risiko som kommunene må ta høyde for ved sin planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigering av tjenestene.»
>
> *Kjelde: Helsetilsynet 2025a*

I 2025 har Helsetilsynet offentleggjort to rapportar om eldre som gjeld bruk av velferdsteknologi i heimetenesta etter alvorlege hendingar. Den eine, som var retta mot kommunen, gjaldt ein brukar med tryggleiksalarm.[237] Konklusjonen frå tilsynet var at kommunen mangla tilrettelegging og styring av tenesta. Sjølv om tilsynet gjaldt éin kommune, skriv Helsetilsynet at funna og læringspunkta er relevante for andre kommunar òg. For å utnytte velferdsteknologi fullt ut meiner Helsetilsynet at det er nødvendig at både tilsette og brukarar får opplæring. I denne samanhengen presiserer Helsetilsynet at kommunen har ansvar for å sørgje for at dei tilsette har rett kompetanse.

Den andre saka gjaldt ein brukar med demens som kommunen vurderte kunne bu heime ved bruk av ulike velferdsteknologiar i kombinasjon med heimetenester.[238] Brukaren hadde døralarm, tryggleiksalarm og kameratilsyn utløyst av sensor. Helsetilsynet vurderer det slik at kommunen ikkje hadde sørgt for god nok tilrettelegging ved bruk av velferdsteknologi. Tilsynet viste at kommunen ikkje hadde tilfredsstillande rutinar for installering og testing av velferdsteknologiane før dei blei tekne i bruk. Utstyret som var teke i bruk, blei heller ikkje kontrollert for feil eller manglar. Vidar avdekte tilsynet at

[235] Verifisert referat frå møte med Helsedirektoratet 16. desember 2025.
[236] Helsetilsynet 2025a
[237] Helsetilsynet 2025e
[238] Helsetilsynet 2025c

kommunen ikkje hadde tilstrekkeleg rutinar for og oversikt over dei tilsette sin kompetanse i handtering av velferdsteknologi.

10.7.5 Velferdsteknologiprogrammet bidrog til at kommunane prioriterte å ta i bruk slik teknologi

Som ei følgje av Stortinget si behandling av Innst. 477 S (2012–2013) til Meld. St. 29 (2012–2013) *Morgendagens omsorg* kom det ei nasjonal satsing på velferdsteknologi i form av Det nasjonale velferdsteknologiprogrammet.[239] Helsedirektoratet fekk ansvaret for programmet, og hovudmålet var at velferdsteknologi skulle bli ein integrert del av tenestetilbodet i omsorgstenestene innan 2020.[240]

I tillegg skulle velferdsteknologiprogrammet medverke til at det blei utvikla og innført velferdsteknologiske løysingar som

- styrkjer sjølvstendet, eigenmeistringa og den sosiale deltakinga til brukarane
- skaper større tryggleik for brukarar og pårørande
- fremjar førebyggjande arbeid, tidleg innsats og rehabilitering
- legg til rette for nye arbeids- og samarbeidsformer mellom kommunar, brukarar, pårørande, nærmiljøet, frivillige, spesialisthelsetenesta og næringslivet[241]

Det nasjonale velferdsteknologiprogrammet (heretter velferdsteknologiprogrammet) varte frå 2014 til 2023. Helseteknologiordninga, som blei innført i 2024, byggjer på erfaringane frå velferdsteknologiprogrammet. Helseteknologiordninga har eit breiare teknologiformål og inneber at til dømes pasientjournalløysingar og innføring av nasjonale samhandlingsløysingar inngår i ordninga.[242] Samarbeid mellom kommunar, som var ein premiss for velferdsteknologiprogrammet, blei behalde som ein viktig del av helseteknologiordninga. Velferdsteknologiprogrammet hadde mål om å leggje til rette for at kommunane prøver ut og etter kvart innlemmar velferdsteknologi i helse- og omsorgstenestene. Dette er vidareført i helseteknologiordninga.

Statlege verkemiddel i velferdsteknologiprogrammet var tilskotsmidlar, prosessrettleiing, vegkart for tenesteinnovasjon og samarbeid i nettverk.[243] Helseteknologiordninga femner vidare enn velferdsteknologiprogrammet, og består i stor grad av tilskot i tillegg til å leggje til rette for samarbeid i nettverk. I tillegg inngår ei rettleiings- og godkjenningsordning for helseteknologi.[244] Hensikta med sistnemnde er å gjere det lettare for helse- og omsorgssektoren og leverandørar å få oversikt over helseteknologiområdet.[245] På nettsidene til Helsedirektoratet blei det i 2025 publisert ei samla oversikt over nasjonale krav, tilrådingar og godkjenningar som gjeld anskaffing av journalsystem. Ifølgje KS er ei tilsvarande oversikt for velferdsteknologi under arbeid.

[239] Meld. St. 29 (2012–2013)
[240] Meld. St. 29 (2012–2013) og Helsedirektoratet 2023e
[241] Meld. St. 29 (2012–2013)
[242] Verifisert referat frå møte med Helsedirektoratet 16. desember 2025.
[243] Helsedirektoratet 2023e
[244] Helsedirektoratet 2024d
[245] Verifisert referat frå møte med Helsedirektoratet 16. desember 2025.

Anskaffingar er krevjande for kommunane, og KS meiner at eit felles rammeverk for velferdsteknologi vil vere til stor hjelp.

Velferdsteknologiprogrammet blei drive i samarbeid med KS, og det blir helseteknologiordninga òg.[246] Helsedirektoratet opplyser i intervju at KS har ei meir utvida rolle no. KS får tilskot for «nettverk for innføring av helseteknologi og prioriterte samhandlingsløysingar i kommunal sektor».[247] Frå 2022 til 2024 fekk KS ca. 84 millionar kroner i tilskot til dette nettverket. Erfaringsdeling, kompetanseheving og utforming av beste praksis er ein viktig del av dette nettverksarbeidet.[248]

Helsedirektoratet seier i intervju at det er ein auke i bruk av velferdsteknologi i kommunane, men bruken er ujamt fordelt, og det er stor variasjon mellom kommunane.[249] Direktoratet konstaterer at det er store skilnader i kor langt kommunane har komme i å ta i bruk velferdsteknologi. Direktoratet veit ikkje eksakt kva som er grunnen til denne variasjonen, men dei kommunane som har komme kortast i arbeidet med velferdsteknologi, søkjer i mindre grad om tilskot frå helseteknologiordninga.

I 2019 blei det gjennomført ei evaluering av verkemidla i velferdsteknologiprogrammet.[250] Hovudfunna var at programmet har hjelpt kommunar å prioritere velferdsteknologi, og at kommunane som har delteke, i stor grad er fornøgde med støtta dei har fått, men at mange av kommunane vil vere avhengige av støtte vidare. Vidare kom det fram i evalueringa at kommunane har ulike behov og nyttiggjer seg verkemidla på ulike måtar. Evalueringa viste at små kommunar har hatt mest nytte av «kompetanseverkemiddel», som prosessrettleiing og vegkart for tenesteinnovasjon. Dei større kommunane har hatt relativt meir nytte av tilskot og nasjonale samlingar enn dei mindre kommunane. I tillegg viste evalueringa at i små kommunar er kompetanse og ressursar meir avgrensa enn i større kommunar. Det blir tilrådd i evalueringa at verkemidla i større grad blir skreddarsydde for å møte dei ulike behova til kommunane.

KS er fornøgd med innretninga på helseteknologiordninga og at styresmaktene lyttar til innspela frå kommunal sektor for å vidareutvikle ordninga, men synest ikkje det er avsett nok midlar frå staten.[251] Innretninga på helseteknologiordninga er ifølgje KS meir formålstenleg enn innretninga var på velferdsteknologiprogrammet. Det er mellom anna større merksemd på tilskot til nettverk av kommunar og å dele erfaringar og lære av kvarandre, som ifølgje KS er rett veg å gå. Helseteknologiordninga legg i større grad enn velferdsteknologiprogrammet til rette for at kommunane kan samarbeide om søknader om tilskot og om velferdsteknologi.

Samtidig viser KS til at innføring av velferdsteknologi føreset store investeringar og kostnader i innførings- og endringsarbeidet.[252] KS har foreslått at det blir sett på insentivordningar for å redusere kostnadene for kommunane og auke implementeringa av

[246] Verifisert referat frå møte med Helsedirektoratet 16. desember 2025.
[247] KS får tilskot for å drive nettverket, jf. oversikta over tilskot frå Helsedirektoratet 2025i
[248] KS 2025a
[249] Verifisert referat frå møte med Helsedirektoratet 16. desember 2025.
[250] SINTEF og Nasjonalt senter for e-helseforskning 2019
[251] Verifisert referat frå møte med KS 9. desember 2025.
[252] KS 2023

teknologi.[253] I tillegg meiner KS at det er behov for standardisering av velferdsteknologi og test- og sertifiseringsordningar, slik at kommunane og brukarane kan vere trygge på at løysingane som blir tilbodne, tilfredsstiller krav til samhandling og kvalitet.

KS viser i innspelet sitt til vidareutvikling av helseteknologiordninga at det mellom anna på helseteknologiområdet er utvikla mange rettleiarar i regi av Helsedirektoratet som kommunar kan setje seg inn i.[254] I spørjeundersøkinga vår svarer 38 prosent av kommunane at dei får god støtte av Helsedirektoratet sine nettsider om anskaffingar, innføring eller leveransar av velferdsteknologi. Samtidig svarer 13 prosent av kommunane at dei ikkje veit om dette er tilfellet, noko som kan bety at desse kommunane ikkje kjenner til eller ikkje bruker desse nettsidene.

11 Kommunane sitt arbeid med å sikre kvalitet i helse- og omsorgstenestene til eldre

I dette kapittelet gir vi døme på område der det er risiko for svikt i dei kommunale helse- og omsorgstenestene til eldre, og vi kartlegg kva kjelder kommunane bruker i arbeidet sitt for å sikre kvalitet i tenestene. Vidare ser vi på i kva grad eldre (eller dei pårørande) klagar på tenestene dei får, og korleis statsforvaltarane behandlar klagane. Til slutt beskriv vi statlege verkemiddel som er sette i verk for å leggje til rette for kommunane sitt arbeid med kvalitet i tenestene.

11.1 Sentrale føringar

- Det går fram av helse- og omsorgstenestelova at alle som yter helse- og omsorgstenester, skal arbeide systematisk med kvalitetsforbetring.
- Kommunen har plikt til å planleggje, gjennomføre, evaluere og korrigere verksemda, slik at omfanget av og innhaldet i tenestene er i samsvar med krav fastsette i lov eller forskrift, jf. helse- og omsorgstenestelova.
- Kommunane skal ha system for å hente inn erfaringane til brukarar og pårørande og gjere bruk av desse erfaringane i forbetringsarbeidet, jf. *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*.
- Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og halde ved like nasjonale faglege retningslinjer og rettleiarar som støttar måla som er sette for helse- og omsorgstenesta.
- Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og halde ved like nasjonale kvalitetsindikatorar som skal fungere som eit hjelpemiddel for leiingsarbeid og kvalitetsforbetring i dei kommunale helse- og omsorgstenestene.

Revisjonskriteria er beskrivne i sin heilskap i del 3.

[253] KS 2023
[254] KS 2025c

11.2 På kva for nokre område er det risiko for svikt i helse- og omsorgstenestene til eldre?

Dei fleste eldre i Noreg lever gode og aktive liv, og dei som har behov for velferdstenester, opplever god støtte og hjelp. Samtidig viser det seg at det for ofte sviktar i tilbodet til eldre, og at mange møter unødvendige utfordringar.[255]

Som omtalt i punkt 10.3.1 meiner snautt 20 prosent av kommunane at dei ikkje har tilstrekkeleg bemanning med rett kompetanse til å gi forsvarlege helse- og omsorgstenester til eldre. Mangelfull bemanning inneber ein risiko for svikt i tenestene.

Ifølgje rapporten *Risiko for at forverring hos hjemmeboende eldre ikke oppdages i tide* frå Helsetilsynet finst det lite nasjonal kunnskap om kvaliteten på helsehjelpa som blir gitt heime hos pasientar. Vidare står det i rapporten at erfaringar frå tilsyn tyder på at dette er eit område med risiko for svikt. Det kjem òg fram at det er risiko for at forverring i helse- og funksjonsnivået til brukarane ikkje blir fanga opp tidsnok. Helsetilsynet skriv at risikoen er knytt til desse områda:

- Det er mangelfull kartlegging på viktige område.
- Mange tiltaksplanar manglar viktig innhald.
- Pårørande blir involverte i for liten grad.
- Det er ikkje alltid nok sjukepleiekompetanse.
- Manglande kompetanse kan føre til at forverring blir oppdaga seint.
- Det er avgrensa informasjon frå fastlegar.

I tillegg framhevar Helsetilsynet at helsetenester til eldre pleietrengande er under press, og at tilsynet med elektronisk medisindispenser viser at fleire eldre ikkje får den hjelpa dei har rett til.[256] Samtidig skriv Helsetilsynet at tilsette i helse- og omsorgstenesta gjer ein god jobb.

Gjennomgangen av forvaltningsrevisjonar frå kommunerevisjonar viser at det i 10 av 43 rapportar som har omfatta helse- og omsorgstenester til eldre, kjem fram svakheiter i kvaliteten på tenestetilbodet i kommunane. Det er døme på at vedtekne timar ikkje blir gitt, og det er manglande ernæringskartlegging av pasientar. I tillegg opplever tilsette at det berre er tid til å gjere det nødvendigaste. Kommunerevisjonane peikar på ulike årsaker til svakheitene, mellom anna redusert ressursbruk, nedbemanning og svakheiter i rutinar og system. Kommunerevisjonane påpeikar at dette kan få konsekvensar for brukarar, t.d. at brukarar «kan føle seg isolerte og alene, og oppleve uverdig og ensom alderdom».

[255] Meld. St. 24 (2022–2023)
[256] Helsetilsynet 2025a

11.2.1 Det er manglar ved dokumentasjon og journalføring

Manglande dokumentasjon eller journalføring er påpeika i halvparten av dei 74 gjennomgåtte rapportane frå utvalde tilsyn frå statsforvaltarane.[257] Til dømes kom det fram i det nasjonale tilsynet med elektronisk medisindispenser at det blir gjort eignavurderingar og revurdering av brukarar, men at dokumentasjonen i mange tilfelle manglar.[258] Mangelfull eller manglande dokumentasjon og journalføring er òg eit funn i 17 av dei gjennomgåtte revisjonsrapportane frå kommunerevisjonen. Manglande tid og kapasitet er ofte nemnt som årsaker til dei påpeika manglane.

Helsetilsynet skriv i oppsummeringa si av det nasjonale tilsynet med elektronisk medisindispenser at manglande dokumentasjon gir risiko for at dei tilsette manglar relevant informasjon om pasientane, og kommunen får lita oversikt over eigen praksis.[259] Ein annan konsekvens som Helsetilsynet peikar på ved manglande dokumentasjon, er at journalgjennomgangen, som skal vere ein kontrollaktivitet i heimetenesta, ikkje gir reell innsikt i pasientoppfølginga eller praksis. Ifølgje Helsetilsynet utgjer mangelfull dokumentasjon ein alvorleg risiko for at svikt ikkje blir oppdaga og korrigert, noko som kan føre til uforsvarleg administrering av legemiddel til pasientar.

11.2.2 Ikkje alle kommunar bruker viktige informasjonskjelder i forbetringsarbeidet

I *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* § 6 g går det fram at kommunane pliktar å bruke informasjonskjelder for å sikre at kommunane overheld helse- og omsorgslovgivinga, og at tenestene er forsvarlege. Informasjonskjeldene som blir nemnde i forskrifta, er mellom anna

- avvik og uønskte hendingar
- klagar
- evalueringar
- brukarerfaringar

6 prosent av kommunane opplyser i spørjeundersøkinga at dei ikkje har brukt nokon informasjonskjelder i arbeidet med forbetring av helse- og omsorgstenestene dei tre siste åra.

Dei vanlegaste kjeldene som kommunane oppgir at dei har brukt i samband med forbetring av helse- og omsorgstenestene dei tre siste åra, er uønskte hendingar, klagar, erfaringar frå tilsyn utførte av statsforvaltaren og informasjon frå kommunebarometeret.[260] I spørjeundersøkinga svarar likevel 14 prosent av kommunane at dei verken har brukt uønskte hendingar, klagar eller brukarerfaringar i forbetringsarbeidet sitt dei siste tre åra. Det er hovudsakeleg distriktskommunar som i liten grad har brukt desse

[257] Gjeld både medisindispenser og andre tilsyn som gjeld eldre, som er gjennomførte av statsforvaltarane i perioden 2022–2025.
[258] Helsetilsynet 2025a
[259] Ibid.
[260] Kommunebarometeret (KB) blir publisert av Kommunal Rapport. Her blir kommunane rangerte etter 155 nøkkeltal, på tvers av 12 ulike sektorar, jf. Kommunal Rapport. (u.å). Kommunebarometeret.

informasjonskjeldene i forbetringsarbeidet. 35 prosent av kommunane opplyser at dei har brukt alle desse tre kjeldene i kvalitetsforbetringsarbeidet.

Det er svakheiter i handteringa av avvik og uønskte hendingar

Hensikta med å gå gjennom avvik og uønskte hendingar er å hindre at liknande forhold skjer igjen.[261] Helsedirektoratet legg til grunn at ei uønskt hending er «en faktisk eller potensiell skade som følge av behandling eller tjeneste, eller mangel på nødvendig helse- og omsorgshjelp».[262]

73 prosent av kommunane oppgir at dei har gjennomført analysar av uønskte hendingar i pasientsaker. Dette betyr at om lag tre av ti kommunar ikkje har gjennomført slike analysar, men vi kjenner ikkje til om dette kan komme av at dei ikkje har hatt uønskte hendingar i denne perioden.

Gjennomgangen av utvalde tilsynsrapportar viser at statsforvaltaren har påpeika svakheiter i 44 av dei 70 rapportane som omtaler avvikshandtering. Tilsette var usikre på kva som er avvik, og det er ei mogleg underrapportering av avvik og manglande systematisk oppfølging av avvik frå leiinga. Ein statsforvaltar skriv dette: «Når avvik ikkje vert melde eller brukt på ein systematisk måte i forbetringsarbeidet, aukar risikoen for at uønska hendingar og svikt i bruken av medisindispenser som tiltak ikkje vert fanga opp og at verksemda ikkje lærer av feila slik at rutinar og praksis vert korrigert og forbetra.»[263]

Ifølgje Statens undersøkingskommisjon for helse- og omsorgstenesta (Ukom) er det ei utfordring at systemperspektivet ikkje blir teke inn i gjennomgangar av alvorlege hendingar.[264] Systemperspektivet inneber å sjå på alvorlege hendingar som eit resultat av fleire faktorar i heile systemet. I tillegg trekkjer Ukom fram at dei som gjennomfører gjennomgangen, opplever arbeidet som ressurskrevjande, at kompetanse innanfor undersøkingsmetodikk varierer, at dei rette personane ikkje alltid blir involverte, og at det er manglande oppfølging etter hendingar.

Helsetilsynet sin gjennomgang av alvorlege hendingar som er melde inn til tilsynet,[265] og tilsynsaktivitetar viser at manglar ved styring og leiing av tenestene er eit gjennomgåande funn.[266] Leiinga har ikkje nødvendig oversikt over kvalitets- og sikkerheitsutfordringar, og kjende kvalitets- og sikkerheitsutfordringar blir ikkje følgde opp på ein måte som gir varig forbetring.

Gjennomgangen av forvaltningsrevisjonar frå kommunerevisjonane viser at 37 prosent av kommunane bruker avvik i forbetringsarbeidet. Samtidig viser gjennomgangen av tilsynsrapportane frå statsforvaltarane at det i berre 6 av dei 70 rapportane som omtaler avvikshandteringa, kjem fram at kommunen sikrar at avvik blir brukte til kvalitetsforbetring

[261] Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten § 8 e
[262] Helsedirektoratet 2024a
[263] Helsetilsynet 2024
[264] Ukom 2025
[265] Alle verksemder som yter helse- og omsorgstenester, har plikt til å varsle om alvorlege hendingar til Statens helsetilsyn. I 2019 fekk òg pasientar, brukarar og nærmaste pårørande rett til å varsle om alvorlege hendingar.
[266] Helsetilsynet 2025b

innanfor dei undersøkte tilsynsråda. Manglande oppfølging av avvik gjer det òg uklart om helsehjelpa er forsvarleg.

Pasient- og pårørandeundersøkingar blir i liten grad brukte i forbetringsarbeidet

Dei kommunale helse- og omsorgstenestene er til for brukarane og dei pårørande. Korleis brukarar og pårørande vurderer tenestene og verksemda, gir viktig informasjon om utfordringar og kva område det eventuelt må jobbast med for å forbetre kvaliteten på tenestene.[267]

Leiinga ved kvar enkelt verksemd skal i samsvar med *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* vurdere tenestene på bakgrunn av informasjon om erfaringane til brukarar og pårørande. Denne informasjonen kan hentast inn på ulike måtar, til dømes gjennom brukar- eller pårørandeundersøkingar. I spørjeundersøkinga svarer om lag halvparten av kommunane at dei har brukt resultat frå lokale brukar- og pårørandeundersøkingar om eldre dei siste tre åra.

I 11 av 74 gjennomgåtte tilsynsrapportar har statsforvaltaren vurdert om kommunane har brukt pasient- og brukarerfaringar i kvalitetsarbeidet sitt. Fire av dei elleve kommunane hadde gjennomført brukarundersøkingar som gjeld området det er ført tilsyn med. Ifølgje Helsedirektoratet viser òg tal frå KOSTRA at det berre er litt under halvparten av kommunane som oppgir at dei har system for å gjennomføre brukarundersøkingar.[268]

Statlege verkemiddel som skal støtte kommunane sitt arbeid med brukarundersøkingar, er omtalte i punkt 11.5.1.

Tenester til eldre blir evaluerte i mange kommunar, men ikkje i alle

Det følgjer av *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* at alle kommunar har plikt til å evaluere aktivitetane sine. Spørjeundersøkinga viser at 25 prosent av kommunane *ikkje* har evaluert dei samla helse- og omsorgstenestene til eldre dei siste fem åra. Samtidig har eit fleirtal av kommunane evaluert enkelttenester. Rundt 70 prosent har evaluert anten tenester til eldre i sjukeheimar, helse- og omsorgstenester til eldre i heimen eller dag-/aktivitetstilbod til personar med *demens*. Litt færre, ca. 60 prosent, har evaluert dag-/aktivitetstilbod til *eldre* dei siste fem åra.

Erfaringa til Helsetilsynet er at kommunane legg meir vekt på planlegging og gjennomføring enn på evaluering og forbetring av tenestene.[269] Helsetilsynet presiserer at kommunane i større grad må skaffe seg oversikt og innsikt i eigen praksis.

11.2.3 Det er svakheiter i forbetringsarbeidet til kommunen

Det står i Helsedirektoratet sin rettleiar til *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* at øvste leiar skal sørgje for at det er etablert eit system for å sikre nødvendig kunnskap og kompetanse hos medarbeidarane. Gjennomgangen av 74 tilsyn

[267] Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten
[268] Helsedirektoratet 2025b
[269] Helsetilsynet 2025a

som statsforvaltarane har gjennomført, viser at det var svakheiter i oppfølginga frå leiinga i kvar femte kommune.[270] I desse kommunane har ikkje leiinga sikra tilstrekkeleg kunnskap om området det er ført tilsyn med, og leiinga har ikkje oversikt over kompetansen til dei tilsette. Dei følgjer heller ikkje opp om det blir gjennomført opplæring.

Vidare viser gjennomgangen at berre 28 prosent av kommunane har gjennomført risiko- og sårbarheitsanalysar av området det er ført tilsyn med. Slike analysar kan gi leiinga informasjon om område der det er risiko for uforsvarlege og lovstridige forhold, jf. *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* § 9.

I alle dei gjennomgåtte tilsyna er det kartlagt om kommunen har rutinar for området det er ført tilsyn med. Kvar tiande kommune mangla slike rutinar. I kvar femte kommune var ikkje rutinane innarbeidde eller kjende for dei tilsette.

Helsetilsynet har i gjennomgangen sin av uønskte hendingar tilrådd å styrkje styringa og leiinga av kvalitets- og pasientsikkerheitsarbeidet.[271]

I gjennomgangen av statsforvaltarane sine årsrapportar for 2024 kjem det fram at sju av ti statsforvaltarar har påpeika manglar i forbetringsarbeidet til kommunane. Dette er illustrert gjennom sitata frå tre statsforvaltarar:

> «[…] ser vi at det stadig er mangler ved styring og ledelse i helse- og omsorgstjenestene i flere kommuner. Dårlig kommuneøkonomi, nedskjæringer, vansker med å beholde og rekruttere personell, demografiske utfordringer er eksempler på forhold som bidrar negativt til at kommunene jobber med kontinuerlig og systematisk kvalitetsforbedring i tråd med forskriften.»
>
> «Mange leiarar og tilsette har mangelfull kunnskap om forbetringsarbeid og manglar modellar for systematisk arbeid på området.»
>
> «Vi vurderer at forskrifta om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenestene ikkje blir brukt som forventa. Det er også vårt inntrykk at det systematiske kvalitetsarbeidet blir nedprioritert i tider med dårleg kommuneøkonomi, nedskjeringar i helse- og omsorgssektoren og vanskar med å rekruttere kvalifisert personell.»
>
> *Kjelde: årsrapportar 2024 for Statsforvaltarane i Agder, Møre og Romsdal og Vestland*

[270] Gjeld både medisindispenser og andre tilsyn som gjeld eldre, som er gjennomførte av statsforvaltarane i perioden 2022–2025.
[271] Helsetilsynet 2025b

11.3 Blir helse- og omsorgstenester til eldre tildelte etter individuelle behovsvurderingar?

11.3.1 Det er manglande dokumentasjon på at kommunane involverer eldre brukarar

Helse- og omsorgstenestelova føreset at kommunane tildeler sjukeheimsplass og helsetenester i heimen på bakgrunn av individuelle behovsvurderingar. Ifølgje pasient- og brukarrettslova skal det leggjast stor vekt på kva brukaren meiner. Kommunen må gjere nødvendige undersøkingar for å sikre at vedtak og tenester byggjer på korrekt og tilstrekkeleg informasjon, jf. forvaltningslova. Statsforvaltarane skal mellom anna sjå til at brukar- og pårørandemedverknad blir vareteke, og stimulere kommunane til å jobbe systematisk med brukar- og pårørandemedverknad. Dette gjeld både individnivå, tenestenivå og systemnivå.[272]

Brukarmedverknad er omtalt i om lag halvparten av tilsynsrapportane frå statsforvaltarane som vi har gått gjennom. Dette gjeld både tilsyn med elektronisk medisindispenser og andre tilsyn som gjeld eldre, jf. punkt 16.3.3. I 30 av tilsyna som gjeld elektronisk medisindispenser, er det gjennomførte eignavurderingar eller kartlegging av brukaren. I 19 av desse 30 har statsforvaltaren konkludert med at dokumentasjonen er mangelfull. I tre av tilsyna kjem det fram at det er usikkert om pasienten har medverka, eller at pasienten og pårørande har vore lite involverte. I dei andre tilsyna som statsforvaltarane har gjennomført i samband med tenester til eldre, finn statsforvaltaren i fem tilfelle at kommunen ikkje har gjort ei systematisk kartlegging av brukaren.

I 24 av 43 utvalde rapportar frå kommunerevisjonen kjem det fram at kommunane har rutinar som skal sikre brukarmedverknad. Kommunar bruker kartleggings- og dialogverktøy som har som formål å styrkje reell brukarmedverknad, til dømes skjemaet «Hva er viktig for deg?».

Pasient- og brukarombodet (POBO) framhevar i intervju at det er viktig å skilje mellom informasjon og medverknad. Brukarmedverknad inneber ifølgje POBO at brukaren får tilstrekkeleg informasjon på ein måte som gjer at hen forstår innhaldet i og konsekvensane av det som blir formidla. Det er viktig at brukaren forstår konsekvensane av vala sine: kva hen takkar *ja* til, men også kva hen samtidig takkar *nei* til. Til dømes kan eit samtykke til medisindispenser òg bety å takke nei til heimehjelp. Ifølgje ombodet er det ikkje alltid at denne informasjonen blir gitt.

Involvering handlar ikkje nødvendigvis om å få innfridd alle krav, men om å få nok informasjon og å kunne medverke når det er aktuelt. For kommunane kan det vere tidkrevjande å forhalde seg til krav frå brukarar og pårørande. POBO meiner manglande brukarmedverknad ikkje kjem av manglande vilje frå kommunane si side, men manglande ressursar.[273]

[272] Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet 2024a
[273] Verifisert referat frå møte med Pasient- og brukarombodet 10. november 2025.

I Riksrevisjonen si undersøking frå 2018 om tilgjengelegheit og kvalitet i eldreomsorga kom det fram at det i fleire kommunale vedtak om helse- og omsorgstenester ikkje gjekk fram av dokumentasjonen kva den eldre sjølv ønskte.[274] I spørjeundersøkinga til statsforvaltarane svarer sju av ti at dette framleis er ei utfordring. Vidare går det fram av spørjeundersøkinga at ingen av statsforvaltarane meiner at alle kommunane kartlegg behova til eldre og innhentar informasjon om kva eldre sjølve ønskjer. Fire av ti statsforvaltarar meiner at dei fleste kommunane kartlegg behova til eldre søkjarar, og seks av ti statsforvaltarar meiner at berre nokre eller eit fåtal av kommunane innhentar informasjon om kva eldre sjølve ønskjer.

POBO opplyser i intervju at dei får tilbakemeldingar om at brukarar ofte opplever å ikkje bli høyrde. Ifølgje ombodet er det ikkje tydeleg korleis kommunen har vektlagt synspunkta til brukaren i saksbehandlinga, og innspel frå brukaren og pårørande kjem ikkje tydeleg fram i vedtak.[275] I Helsedirektoratet sin rettleiar for saksbehandling står det at det er særleg viktig at ønsket til brukaren kjem fram i dei tilfella der den eldre får eit anna tenestetilbod enn personen ønskte seg. I slike tilfelle *må* kommunen gjere greie for kvifor ønsket til brukaren ikkje blei følgt. Grunngivinga er viktig for at brukaren skal kunne forstå vedtaket, og dessutan vurdere om det er grunnlag for å klage på avgjerda.[276]

Berre to av statsforvaltarane svarer at dei fleste kommunane i hovudsak grunngir avslag og innvilgingar på ein tydeleg måte, medan sju av ti statsforvaltarar meiner at berre nokre eller eit fåtal av kommunane gjer det.

11.3.2 Ressurssituasjonen i kommunen styrer kva tenester dei eldre får

Alle statsforvaltarane – unnateke éin – svarer i spørjeundersøkinga at ressurssituasjonen i den kommunale helse- og omsorgstenesta har tvinga fram endringar i tenesta. Gjennomgangen av plandokumenta viser at 6 av 60 kommunar skriv at det kjem til å bli eit ytterlegare press på helse- og omsorgstenestene i framtida. I tillegg skriv 9 kommunar at dei allereie har omstilt tenestene, eller planlegg å gjere dette, ved å tilby heimetenester i staden for institusjonsplass. Heimetenester er mindre ressurskrevjande for kommunane, samtidig som dei er meinte for brukarar med lågare hjelpebehov.[277]

Kommunane organiserer behandlinga av tildelingar ulikt. I nokre kommunar er det ei sentral tildelingseining, medan andre har ei desentralisert løysing. Saksbehandlinga kan vere delt etter tenestetype eller lagd til bestemde stillingar.[278]

I Møre og Romsdal har seks av kommunane gått saman om å utvikle felles tenestebeskrivingar.[279] Dokumentet beskriv tenestene og stiller ei rekkje vilkår som innbyggjarane må oppfylle før dei kan søkje om hjelp. Desse krava er refererte i faktaboks

[274] Riksrevisjonen 2018
[275] Verifisert referat frå møte med Pasient- og brukarombodet 10. november 2025.
[276] Helsedirektoratet 2016a
[277] Helsedirektoratet 2016b
[278] Gjennomgang av kommunerevisjonsrapportar.
[279] *Felles tjenestebeskrivelser for kommunale helse- og omsorgstjenester*. Det gjeld kommunane Aukra, Hustadvika, Kristiansund, Molde, Rauma og Vestnes.

7. Dette kan til dømes vere å vende seg til frivillige eller pårørande og å ta i bruk velferdsteknologi, sjå faktaboks 6.

Faktaboks 7 Kva som er venta av brukarar før dei søkjer om tenester

- Dei er opptekne av å meistre eigen kvardag og tek vare på seg sjølve.
- Dei innhentar informasjon, søkjer råd og planlegg ut frå eigen livssituasjon.
- Dei legg til rette i eksisterande bustad eller vurderer å byte bustad dersom nødvendig.
- Dei nyttar seg aktivt av støtte frå eigen familie og eige nettverk.
- Dei nyttar tilbod frå frivillige organisasjonar, lag og foreiningar.
- Dei bestiller nødvendige varer og tenester, til dømes
  - daglegvarer
  - middagslevering
  - avtale med apotek om levering av nødvendige apotekvarer, som multidose og inkontinensutstyr
  - følgje til aktivitetar/avtaler
  - transport
  - reingjering
  - hagestell
  - snømoking/brøyting
- Dei går til innkjøp av meistringsteknologi som er allment tilgjengeleg, til dømes robotstøvsugar og GPS-klokke.
- Dei går til innkjøp av formålstenleg inventar, til dømes regulerbar stol og seng.
- Dei nyttar seg av dei lågterskeltilboda kvar enkelt kommune kan tilby.
- Dei tek kontakt med posten for hensiktsmessig plassering av postkasse.
- Dei tek kontakt med renovasjonsselskapet for hjelp med eller hensiktsmessig plassering av søppeldunk.

Kjelde: Felles tjenestebeskrivelser for kommunale helse- og omsorgstjenester

Kommunane har i beskrivinga vist til Helsedirektoratet sin nasjonale rettleiar *Prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester*. POBO seier i intervju at desse kommunane prøver å sørgje for meir likeverdig behandling og berekraft, men stiller likevel spørsmål om praksisen varetek rettane til brukarane.[280]

Senter for omsorgsforsking fekk i oppdrag av Helsedirektoratet å kartleggje erfaringar med og bruken av tildelingskontor. I rapporten frå 2024 kjem det fram at «uavhengig av hvordan tildeling av tjenester er organisert, opplever alle at økonomiske rammer ofte styrer tjenestetildelingen mer enn tjenestesøkernes behov og ønsker».[281] Senteret skriv vidare:

> «Det er økte forventninger til hva kommunene skal kunne levere av helse- og omsorgstjenester, og saksbehandlerne arbeider kontinuerlig med å tildele tjenester lengst nede i omsorgstrappen på grunn av innstramninger og budsjettkutt. Saksbehandlere handler lojalt i tråd med

[280] Verifisert referat frå møte med Pasient- og brukarombodet 10. november 2025.
[281] Senter for omsorgsforsking 2024c

politiske styringssignaler som Meld. St. 24 (2022–2023) *Fellesskap og meistring – Bu trygt heime*, men opplever at færre plasser i institusjon øker presset på hjemmetjenestene. Det fører til flere og kompliserte vurderinger i saksbehandlerkorpset om hva det er forsvarlig å gi eller avslå av tjenester. At saksbehandlerne kan benytte skjønn, gir dem et visst handlingsrom i saker der det ikke er klar enighet om hvilke behov en søker har, og det ikke er klare svar å finne, men kommunenes økonomiske rammer setter i praksis klare begrensninger på handlingsrommet for skjønn. Terskelen for å få helse- og omsorgstjenester oppleves klart å ha blitt høyere, og det stiller økte krav både til saksbehandlernes helsefaglige, omsorgsfaglige og forvaltningsmessige vurderingskompetanse.»

Kjelde: Senter for omsorgsforsking 2024c

Basert på innspela Helsedirektoratet fekk i samband med utgreiinga frå Senter for omsorgsforsking, har direktoratet tilrådd tiltak som blei sende til Helse- og omsorgsdepartementet i 2025.[282] Foreslåtte tiltak inkluderer mellom anna å revidere *Veileder for saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven* frå 2017. I tillegg foreslo direktoratet tiltak som skal styrkje forvaltnings- og saksbehandlingskompetansen i kommunane.[283]

Dagens prosessar med tildeling av helse- og omsorgstenester er ifølgje direktoratet prega av krevjande prioriteringar. Både vurderingar av rettar, behovsvurderingar og vurderingar av økonomiske og personellmessige ressursar som er tilgjengelege må gjerast når ein gjer vedtak om tildeling av tenester. Helsedirektoratet påpeikar at prioriteringskriteria «nytte, ressurs og alvor» kan inngå i vurderinga av behovet for kommunale helse- og omsorgstenester.[284] Direktoratet understrekar at tilsette i kommunale helse- og omsorgstenester og saksbehandlarar som gjer vedtak står overfor etiske dilemma.

Graden av formell forvaltningskompetanse varierer

Kartlegginga frå Senter for omsorgsforsking viser at graden av formell kompetanse for dei som behandlar eller tildeler tenester, varierer mellom kommunar. Fleirtalet av kommunane meiner at saksbehandlarane eller dei som tildeler tenester, har formell kompetanse innanfor forvaltning og eldreomsorg. Andelen er litt høgare når det gjeld dei tilsette sin kompetanse innanfor medisin eller helsefag. Om lag halvparten av kommunane oppgir at saksbehandlarane eller dei som tildeler tenester, har formell juridisk kompetanse.[285]

POBO meiner at fleire av sakene dei får inn, avslører mangelfull forvaltningskompetanse i kommunane.[286] Til dømes viser POBO til tilfelle av at brukarar får munnleg avslag på

[282] Verifisert referat frå møte med Helsedirektoratet 12. desember 2025.
[283] Helsedirektoratet 2025j
[284] Verifisert referat frå møte med Helsedirektoratet 12. desember 2025.
[285] Senter for omsorgsforsking 2024c
[286] Pasient- og brukarombodet 2024

spørsmål om tenester før det er sendt søknad.[287] I intervju trekkjer ombodet fram tilfelle der brukarar har fått beskjed om at dei ikkje skal søkje om sjukeheimsplass, fordi kommunen ikkje har ledig plass.[288] Også Helsedirektoratet opplyser i intervju at i nokre tilfelle gjer kommunane vedtak først når kommunen har ledig kapasitet (til dømes ledig sjukeheimsplass). I andre tilfelle gjer kommunen vedtak om heimetenester etter at tenestene har starta opp.[289]

I Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet si *Kartlegging av ressurssituasjonen hos statsforvalteren* kjem det òg fram at mange kommunar ikkje har tilstrekkeleg forvaltningskompetanse.

11.3.3 Somme kommunar har redusert nivået på helse- og omsorgstenester til eldre, og fleire må ta ansvar for eigen alderdom

I spørjeundersøkinga svarer alle bortsett frå éin statsforvaltar at det er eit aukande gap mellom dei forventningane befolkninga har til kva tenester dei kan få, og kva kommunane kan tilby. Vidare er åtte av ti statsforvaltarar samde i at situasjonen i kommunane over tid har gjort det nødvendig å redusere kvaliteten og/eller omfanget på tenestene. Eit av spørsmåla er om statsforvaltarane erfarer at fleire kommunar enn tidlegare senkar kvaliteten på og/eller omfanget av helse- og omsorgstenestene for å utfordre grensa for kva som er forsvarleg. Åtte av ti statsforvaltarar svarer at dette stemmer godt eller svært godt.

I gjennomgangen av plandokumenta kjem det fram at 45 prosent av dei 60 utvalde kommunane skriv at det vil vere vanskeleg eller umogleg å opprethalde nivået på eller omfanget av tenestene i tida framover. Til dømes er det kommunar som skriv at behova til innbyggjarane overstig ressursane, og at kommunen manglar ressursar. Det er òg kommunar som skriv at dei må tilby tenester på lågare nivå av omsorgstrappa, jf. figur 8.

I spørjeundersøkinga svarer 40 prosent av kommunane at dei allereie har redusert kvaliteten på helse- og omsorgstenestene til eldre som følgje av ein pressa kommuneøkonomi.

Også gjennomgangen av forvaltningsrevisjonane som gjeld tenester til eldre, viser at kommunerevisjonen i ti tilfelle har meint at kommunane har redusert kvaliteten på helse- og omsorgstenestene til eldre dei siste åra, eller at revisjonen har komme fram til at kvaliteten ikkje er god nok.

Pasient- og brukarombodet (POBO) viser til at kommunane ikkje har tradisjon for å innvilge helse- og omsorgstenester langt over forsvarlegkravet. Ombodet meiner at det derfor er lite rom for å redusere tenestetilbodet.[290]

[287] Pasient- og brukarombodet 2025
[288] Verifisert referat frå møte med Pasient- og brukarombodet 10. november 2025.
[289] Verifisert referat frå møte med Helsedirektoratet 10. desember 2025.
[290] Pasient- og brukarombodet 2025

> «Vi snakker med eldre pasienter og brukere som er innforstått med at de får en dusj i uken, og vi er i kontakt med pårørende som ivaretar sine kjære i så stor grad at det går ut over egen helse. Vi erfarer at kommunene innvilger andre tjenester enn det er søkt om, og begrunner det med at kommunen ikke har råd til å tilby tjenesten en søkte om. For eksempel at det søkes om sykehjemsplass og innvilges omsorgsbolig. Pasient- og brukerombudet mener det er urimelig at pasienter, brukere og pårørende blir bedt om å justere sine forventninger når tjenestene som er tildelt, etter vår vurdering, stort sett allerede ligger på et minstenivå.»
>
> *Kjelde: Pasient- og brukarombodet 2025*

Befolkninga sine forventningar er òg omtalte i utviklingsavtalen mellom KS og regjeringa, jf. punkt 14.2. I avtalen står det at partane skal «samarbeide om et tydeligere budskap om forventningsavklaringer og tiltak som kan bidra til å dempe bemanningsbehovet, samtidig som innbygger får gode helse- og omsorgstjenester».[291]

Helsedirektoratet seier i intervju at innbyggjarane i større grad må ta ansvar for eigen alderdom, medan samfunnet skal leggje til rette for at innbyggjarane kan ta dei rette vala. Det har vore ei endring frå Leve heile livet-reforma, der direktoratet frykta at forventningsgapet skulle auke, til at fleire jobbar med å redusere det.[292]

I intervju seier Helsedirektoratet at det kan bidra til å avklare og justere forventningane befolkninga har til helse- og omsorgstenestene, gjennom informasjonstiltak og lovtolkingar. Som direktoratet har beskrive i saksbehandlarrettleiaren vil også gode mål i vedtaka bidra til forventningsavklaringar og tydeleggjere kva som er formålet med tenestene.[293]

Helsedirektoratet meiner at nokre av lovtolkingane er gamle, og direktoratet er kjent med at både statsforvaltarar og kommunar drøftar om det er behov for å justere dei slik at dei i større grad kan stemme overeins med dagens situasjon med omsyn til økonomi, personell, demografi, helsetilstand i befolkninga, digital utvikling og samfunnsutviklinga elles. Kommunar Helsedirektoratet er i kontakt med, uttrykkjer at også statsforvaltarane sine tilsyn og handsaming av klager på rettigheiter har innverknad på forventningane befolkninga har til tenestene.[294]

Pasient- og brukarrettslova gir pasientar og brukarar fleire rettar overfor helse- og omsorgstenesta. Helse- og omsorgsdepartementet har sett ned eit utval som skal greie ut ei ny lov. Noko av bakgrunnen for gjennomgangen er endringar i behova til befolkninga, innhaldet og organiseringa i tenestene, og i samfunnets forventningar til rettigheiter.[295]

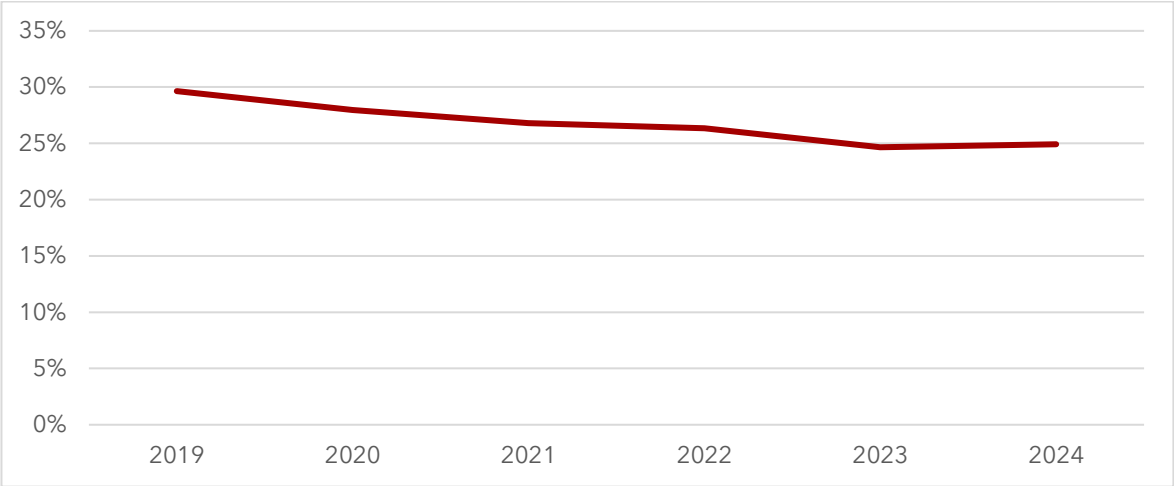
[291] KS & regjeringa 2024
[292] Verifisert referat frå møte med Helsedirektoratet 10. desember 2025.
[293] Helse- og omsorgsdepartementet 2026
[294] Verifisert referat frå møte med Helsedirektoratet 12. desember 2025.
[295] Helse- og omsorgsdepartementet u.å.

11.4 Klagar eldre brukarar på helse- og omsorgstenester frå kommunane?

11.4.1 Det er få klagar som gjeld eldre samanlikna med andre aldersgrupper

Pasient- og brukarombodet (POBO) og halvparten av statsforvaltarane seier at det er færre klagar som gjeld eldre samanlikna med andre brukargrupper. Andelen klagar som statsforvaltaren har fått som gjeld personar som er 65 år eller eldre var 25 prosent i 2024. Til samanlikning var 63 prosent av brukarane av helse- og omsorgstenester 65 år eller eldre.[296]

Figur 27 Andel klagar til statsforvaltarane som gjeld personar som er 65 år eller eldre, 2019–2024



Kjelde: Helsetilsynet

Figur 27 viser at i perioden 2019–2024 har andelen klagar som statsforvaltarane får som gjeld personar som er 65 år eller eldre, gått ned, frå 30 prosent i 2019 til 25 prosent i 2024.

I spørjeundersøkinga svarer fleire av statsforvaltarane at ei årsak til at eldre ikkje klagar, er at dei ikkje har kultur eller tradisjon for å klage. Andre forklaringar kan vere at eldre eller dei pårørande har lite kunnskap om kva tenester dei har rett til, eller kva rettar dei har til å klage.

POBO skriv i årsmeldinga si at nokre pasientar har stor frykt for å klage.[297] Dette gjeld spesielt innbyggjarar i små kommunar. Frykta inneber at ein klage skal få negative konsekvensar for tenestene som brukaren er avhengig av. Ei anna grunngiving er ifølgje ombodet at pasienten er godt kjend med personalet og ikkje vil såre eller komme på kant med tilsette. I årsrapporten trekkjer POBO fram at det òg hender at pasientar har blitt

[296] SSB andel brukarar av helse- og omsorgstenester, tabell 12003.
[297] Pasient- og brukarombodet 2025

fortalde at det ikkje nyttar å klage, eller at ein klage vil føre til at andre pasientar får færre tenester.

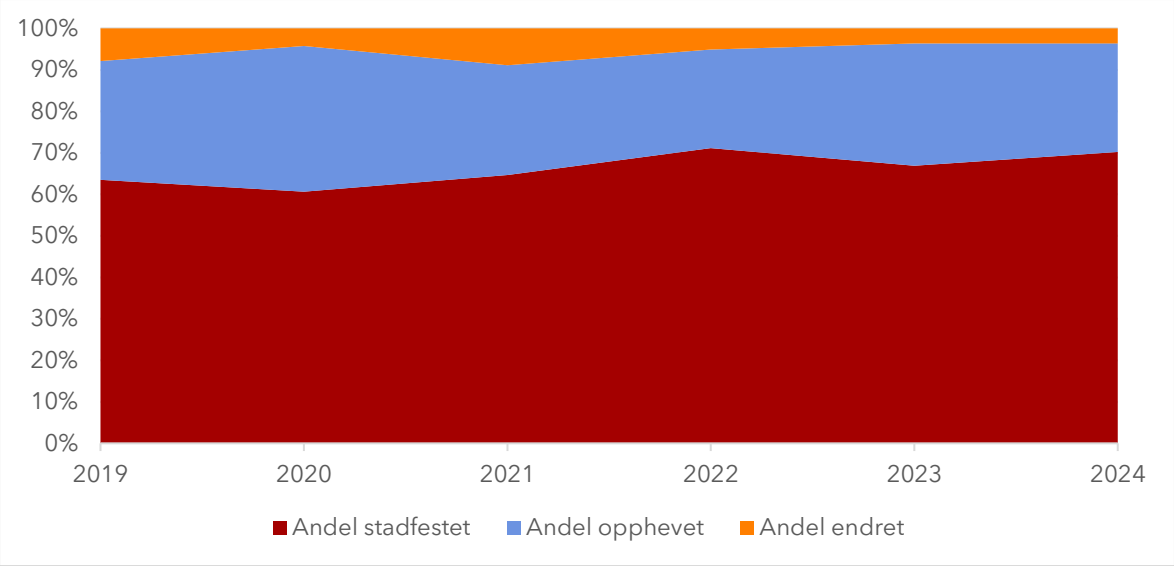
11.4.2 Statsforvaltarane bruker lang tid på å behandle klagesaker

Dersom kommunen har gitt avslag på vedtak, eller dersom brukaren er usamd i eit vedtak, kan brukaren – eller ein representant for brukaren, til dømes pårørande – sende ein klage til kommunen. Kommunen får då høve til å endre avgjerda si dersom dei er samde i klagen. Dersom brukaren framleis er usamd i vedtaket, kan brukaren klage til statsforvaltaren.[298] Statsforvaltaren skal ved prøving av kommunale vedtak om helsetenester leggje vekt på omsynet til det kommunale sjølvstyret ved prøving av det frie skjønnet.[299]

I spørjeundersøkinga svarer åtte av statsforvaltarane at berre eit fåtal eller nokre kommunar har tilstrekkeleg kompetanse i behandling av rettsklagar. Berre éin statsforvaltar meiner at dei fleste kommunane i regionen har denne kompetansen. På den andre sida er det i spørjeundersøkinga berre litt over halvparten av kommunane som er samde i at dei får god informasjon om klagesaksbehandlinga til statsforvaltarane.

Helsetilsynet har dei siste åra arbeidd for å redusere uønskt variasjon i klagesaksbehandlinga til statsforvaltarane. Arbeidet skal ifølgje Helse- og omsorgsdepartementet prioriterast høgt for å vareta rettssikkerheita og dei behova befolkninga har for helse- og omsorgstenester.[300]

Figur 28 Utfallet av statsforvaltarane si behandling av klagesaker som gjeld personar som er 65 år eller eldre, i perioden 2019–2024



Kjelde: Helsetilsynet

[298] Statsforvaltaren 2016
[299] Pasient- og brukarrettslova
[300] Helse- og omsorgsdepartementet 2025

Det er vanlegast at statsforvaltarane *stadfestar* vedtaket frå kommunen. I perioden har andelen saker som blir stadfesta, lege på rundt 66 prosent, jf. figur 28.

Andelen vedtak som statsforvaltarane har *oppheva,* har i same periode lege på rundt 28 prosent. Oppheving inneber at statsforvaltaren vurderer det slik at kommunen ikkje har følgt saksbehandlingsreglane, og at kommunen må behandle vedtaket på nytt. POBO erfarer at kommunen då vurderer saka likt som han gjorde første gong. Brukaren må då klage til kommunen og eventuelt statsforvaltaren på nytt, og saksbehandlingstida blir forlengd.[301]

Det er ein relativt liten andel av klagane der statsforvaltaren heilt eller delvis har *endra* vedtaket i klagesaker som gjeld personar som er 65 år eller eldre. Det skjer i gjennomsnitt i fem prosent av sakene.

Statsforvaltarane når ikkje målet for saksbehandlingstid

I tildelingsbrevet til statsforvaltarane står det at minst 90 prosent av klagesaker skal vere avslutta innan tre månader.[302] Tabell 5 viser andelen klagar innanfor helse- og omsorgstenester som statsforvaltarane har behandla innan fristen, og som gjeld personar som er 65 år eller eldre.

Tabell 5 Andelen klagesaker som gjeld personar som er 65 år eller eldre som er avslutta innan 3 månader

Embete	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus	33 %	45 %	15 %	39 %	40 %	32 %
Innlandet	89 %	73 %	94 %	97 %	86 %	98 %
Vestfold og Telemark	92 %	90 %	87 %	96 %	95 %	83 %
Agder	89 %	89 %	54 %	78 %	36 %	5 %
Rogaland	88 %	74 %	77 %	91 %	97 %	95 %
Vestland	88 %	96 %	72 %	74 %	87 %	84 %
Møre og Romsdal	54 %	60 %	81 %	78 %	75 %	49 %
Trøndelag	76 %	66 %	57 %	62 %	79 %	69 %
Nordland	80 %	67 %	52 %	40 %	35 %	24 %
Troms og Finnmark	57 %	70 %	48 %	14 %	47 %	81 %
Landet	**68 %**	**69 %**	**61 %**	**62 %**	**67 %**	**60 %**

Kjelde: Helsetilsynet

[301] Verifisert referat frå møte med Pasient- og brukarombodet 10. november 2025.
[302] Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet 2024b. Unntaket er dekning av utgifter til pasientreiser.

Som tabell 5 viser, er måloppnåinga generelt låg i perioden 2019–2024, men fire statsforvaltarar nådde målet i eitt eller fleire år. Helsetilsynet meiner at forklaringa på dette er at det er ubalanse mellom oppgåver og tilgjengeleg kapasitet i embeta.[303] Ifølgje Helsetilsynet har talet på klagar på helse- og omsorgsområdet auka mykje sidan 2019. Dette kan, ifølgje Helsetilsynet, føre til omprioriteringar som gir lengre saksbehandlingstid. Vidare skriv Helsetilsynet at fleire statsforvaltarar dei siste par åra har peika på at ein pressa kommuneøkonomi kan bidra til at klagesaker blir meir krevjande og komplekse å vurdere. Dette kan mellom anna komme av meir omfattande behovsvurderingar og fleire konfliktsaker om tenestenivå.[304]

I årsmeldinga for 2023 skriv POBO at saksbehandlingstida er for lang i ei rekkje kommunar, og at det gjeld for statsforvaltarane òg. Ombodet peikar på at svært lang saksbehandlingstid på klagesaker svekkjer både brukarane si rettssikkerheit og tilliten til tenestene.

> «En total saksbehandlingstid på to år er ikke uvanlig i klagesaker, og kan gjøre at pasienter og brukere ikke får oppfylt sin rett til helse- og omsorgstjenester i denne ventetiden.»
>
> *Kjelde: Pasient- og brukarombodet 2024*

11.5 Kva for nokre statlege verkemiddel skal leggje til rette for kvalitetsforbetringsarbeidet i kommunane?

11.5.1 Helsedirektoratet har sett i verk ei rekkje tiltak, men dei blir i varierande grad brukte av kommunane

Det er fleire statlege verkemiddel som skal støtte kommunane i kvalitetsforbetringsarbeidet deira. Dette inkluderer særleg juridiske og pedagogiske verkemiddel.

Helsedirektoratet har i mange år hatt ansvar for å utvikle, formidle og halde ved like nasjonale faglege retningslinjer og rettleiarar som understøtter måla som er sette for helse- og omsorgstenesta.[305] Dei faglege retningslinjene og rettleiarane frå direktoratet er ikkje rettsleg bindande, men beskriv kva oppfatning dei nasjonale helsestyresmaktene har av til dømes kva som er god fagleg praksis, korleis relevant regelverk skal tolkast, og kva prioriteringar som er i samsvar med politikken som er vedteken for helse- og omsorgstenesta.[306] I rettleiaren frå Helsedirektoratet står det at «Anbefalingene i retningslinjen bygger på kunnskapsbasert praksis, der forskningsbasert kunnskap, pasientenes/brukernes ønsker og behov samt erfaringsbasert kunnskap vurderes i forhold til ønskede og uønskede konsekvenser av foreslåtte tiltak, og sett i en kontekst av verdier, ressursbruk, prioriteringskriterier, lover og forskrifter».

[303] Helsetilsynet 2026
[304] Ibid.
[305] Helse- og omsorgstenestelova § 12-5.
[306] Prop. 91 L (2010–2011)

Helsedirektoratet har utarbeidd *Guide for implementering: En fagressurs for implementering av Helsedirektoratets nasjonale krav og anbefalinger*. Guiden skal støtte arbeidet med å etablere og sikre ein kunnskapsbasert praksis i tråd med desse krava og tilrådingane.

I spørjeundersøkinga svarer nesten 90 prosent av kommunane at informasjon frå Helsedirektoratet er lett tilgjengeleg. To tredelar av kommunane meiner at nasjonale råd, retningslinjer, rettleiarar og rundskriv bidreg til å forbetre tenestene i kommunane. Likevel meiner 70 prosent av kommunane at det er utfordrande å halde seg oppdatert på endringar i desse normerande produkta. Dette gjeld i litt større grad distrikts- og mellomsentrale kommunar. Vidare manglar meir enn kvar femte kommune rutinar for å ta desse produkta i bruk. Dette gjeld i større grad distriktskommunar og mellomsentrale kommunar.

Ein del kommunar meiner at dei ikkje får nok støtte til å følgje opp krava i forskrift *om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*

Forskrifta forpliktar kommunane til å planleggje, gjennomføre, evaluere og korrigere – med mål om sikre gode helsetenester, forbetra kvalitet og pasient- og brukarsikkerheit, jf. §§ 6 til 9. Forskrifta forpliktar kommunane til å drive kontinuerleg evaluering av tenestene som blir ytte. Dette har mykje å seie for å kunne vite om ressursane blir brukte på tenester og tiltak som har ønskt effekt for pasientane.[307]

Helsedirektoratet publiserte i 2017 ein rettleiar til forskrifta. Han skal gjere det tydeleg korleis leiarar i helse- og omsorgstenesta kan forstå og etterleve krav i forskrifta. Direktoratet opplyser i intervju at det er i sluttfasen av arbeidet med å revidere rettleiaren.[308]

Statsforvaltarane er gitt ei viktig rolle i arbeidet i kommunane med kvalitetsforbetring og pasient- og brukarsikkerheit. Statsforvaltaren skal mellom anna vere ein pådrivar for at kommunane følgjer opp krava i forskrifta.[309] I spørjeundersøkinga svarer 35 prosent av kommunane at statsforvaltaren ikkje har hjelpt til i dette arbeidet. Statsforvaltaren skal òg hjelpe og støtte kommunane i pasientsikkerheits- og kvalitetsforbetringsarbeidet deira.[310] I spørjeundersøkinga svarer ein av fire kommunar at statsforvaltaren ikkje har gjort dette. Det er ikkje nemneverdige regionale skilnader mellom kommunane som meiner dette.

Nasjonale kvalitetsindikatorar sikrar ikkje god nok informasjon om kvaliteten på dei kommunale tenestene til eldre

Helsedirektoratet har etter helse- og omsorgstenestelova ansvaret for å utvikle, formidle og halde ved like nasjonale kvalitetsindikatorar som hjelpemiddel for kvalitetsforbetring i den kommunale helse- og omsorgstenesta.[311] I samband med Riksrevisjonen sin rapport frå 2018 sa helseministeren at kvalitetsindikatorar er det viktigaste instrumentet for å måle

[307] Meld. St. 7 (2019–2020)
[308] Verifisert referat frå møte med Helsedirektoratet 10. desember 2025.
[309] Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet 2024a
[310] Ibid.
[311] Helse- og omsorgstenestelova § 12-5

kvalitet i helse- og omsorgstenesta, men at det er behov for å sjå på det totale verkemiddelapparatet for å ha kunnskap om kvaliteten i tenestene.[312]

Ein kvalitetsindikator er eit indirekte mål eller ein peikepinn på kvaliteten på det området som blir målt. Dei nasjonale kvalitetsindikatorane kan nyttast til kvalitetsforbetring i alle ledd av helse- og omsorgstenesta.[313] Det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet har som overordna mål å

- omfatte alle sektorar og fagområde som har noko med helse å gjere
- vise indikatorar innanfor alle kvalitetsdimensjonar for dei ulike helsetenestene og fagområda
- måle om tenestekvalitet, rettar og praksis er i tråd med eksisterande retningslinjer, rettleiarar og lovverk
- måle effektar ved implementeringar og endringar i helse- og omsorgstenesta
- følgje med på utviklinga i helse- og omsorgstenesta og varsle om negative trendar
- støtte opp under kontinuerleg forbetring på tenestenivå[314]

Ved utgangen av 2025 bestod kvalitetsindikatorsystemet av totalt 150 indikatorar.[315] 17 av desse gjeld kommunale helse- og omsorgstenester. Av desse er det 16 indikatorar som er relevante for eldre, sjå faktaboks 8. Helsedirektoratet presiserer i intervju at både indikatorar som spesifikt gjeld eldre, og indikatorar som gjeld breie grupper av tenestemottakarar, bør takast med når kvaliteten på helse- og omsorgstenester til eldre skal vurderast.[316]

Faktaboks 8 Nasjonale kvalitetsindikatorar for kommunale helse- og omsorgstenester

- Årsverk med fagutdanning i dei kommunale helse- og omsorgstenestene

Nasjonale kvalitetsindikatorar som måler tenester i **institusjon**:

- Oppfølging av risiko for underernæring hos bebuarar på institusjon
- Heiltidstilsette ved kommunale helse- og omsorgstenester i institusjon
- Sjukeheimsbebuarar som har fått legemiddelgjennomgang siste tolv månadene
- Sjukeheimsbebuarar vurderte av lege siste tolv månadene
- Sjukeheimsbebuarar vurderte av tannhelsepersonell siste tolv månadene
- Legetimar sjukeheimsbebuarar har per veke
- Sjukeheimar – førekomst av helsetenesteassosierte infeksjonar (HAI)
- Antibiotikabruk i sjukeheim

Nasjonale kvalitetsindikatorar som måler tenester til **heimebuande**:

- Heiltidstilsette ved kommunale helse- og omsorgstenester til heimebuande

[312] Riksrevisjonen 2018
[313] Helsedirektoratet 2025d
[314] Helsedirektoratet 2025d
[315] Helsedirektoratet 2026a
[316] Verifisert referat frå møte med Helsedirektoratet 10. desember 2025.

- Dagaktivitetstilbod til personar med demens
- Lokaliseringsteknologi til heimebuande personar med demens
- Oppfølging av risiko for underernæring hos heimebuande
- Vanedannande legemidlar til eldre frå allmennlege
- NSAIDs[317] til eldre frå allmennlege
- Legemiddel med betydeleg antikolinergeffekt til eldre frå allmennlege

Helsedirektoratet vurderer om følgjande indikatorar skal **endrast** eller **opphøyre på grunn av låg datakvalitet**:

- Ventetid på helsetenester i heimen
- Ventetid på dagaktivitetstilbod
- Ventetid på støttekontakt
- Reinnlegging blant eldre 30 dagar etter utskriving per kommune
- 30 dagars overleving etter innlegging i sjukehus
- Antibiotika i sjukeheimar

Kjelde: Helsedirektoratet 2026a, Helsedirektoratet u.å. og intervju med Helsedirektoratet. I tillegg kjem indikatorar om allmennlegetenesta, antibiotika, infeksjon og tannhelse.

Nasjonale kvalitetsindikatorar er utarbeidde på bakgrunn av mellom anna KPR-data. På nettsidene til Helsedirektoratet blir det gitt atterhald ved tolking av indikatorane. Der blir mellom anna nemnt utfordringar med kommunane si rapportering.

Direktoratet påpeikar i intervju at det er fleire utfordringar med å sikre gode kvalitetsindikatorar. Utfordringane handlar både om at det er krevjande å utvikle gode indikatorar som måler *kvalitet* i tenestene, og at det er vanskeleg å få til einsarta praksis for registrering i kommunane. Nokre av hovudutfordringane Helsedirektoratet peikar på er:

- Det er utfordrande å lage gode mål på resultat av ei teneste, til dømes for helsegevinst.
- Brukarerfaringar er eit viktig mål på kvalitet, men det kan vere utfordrande å måle dette, sidan det er vanskeleg å sikre representativitet hos eldre som får tenester i kommunen. I denne samanhengen gjeld det spesielt tilbakemeldingar frå sårbare eldre brukarar som ikkje er digitale.
- Utfordringar med å sikre datakvalitet. Det er vanskeleg å få til einsarta og god praksis for registrering av opplysningar frå kommunane. Det er utfordrande å sikre standardiserte og samanliknbare data mellom kommunane. Direktoratet meiner at det er svakheiter i datakvaliteten, og at det er ulik rapporteringspraksis mellom kommunane. Direktoratet eksemplifiserer med indikatoren som gjeld ventetid for kommunale helse- og omsorgstenester kor relevante tidsdata manglar i KPR. Vidare rapporterer kommunane kva tenester som er vedtekne, men dette gir ikkje informasjon om innhaldet i eller omfanget av tenestene som eldre får. Det kan vere

[317] NSAID er «ikke-steroide antiinflammatoriske midler».

vesentlege avvik mellom talet på timar som er vedtekne, og timar ein brukar faktisk får. Relevante tidsdata manglar i KPR.

- Det er utfordrande å lage gode indikatorar som måler samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgstenesta og spesialisthelsetenesta, som er eit sentralt aspekt ved kvaliteten på tenestene.
- Det er utfordrande at data frå mange kommunar blir anonymiserte på grunn av få observasjonar i små kommunar.

I spørjeundersøkinga vår svarer knapt halvparten av kommunane at dei har brukt nasjonale kvalitetsindikatorar i arbeidet med forbetring av helse- og omsorgstenestene til eldre. Direktoratet har følgjande moglege forklaringar på dette:

- Data er ikkje lett tilgjengelege på nettsidene til direktoratet.
- Kommunar kan mangle kompetanse og kapasitet til å analysere statistikken. Det er færre analysemiljø i kommunane enn i spesialisthelsetenesta.
- Organisering. Det er mange kommunar, og direktoratet manglar kontaktpunkt i kvar kommune.
- Relevans/aktualitet. Resultat kjem først i juni året etter at kommunen har rapportert data.
- Direktoratet deltek i liten grad aktivt ute i kommunane og presenterer resultat.

Ventetid for pasientar som er viste til somatiske helsetenester, er ein viktig kvalitetsindikator for spesialisthelsetenesta. Indikatoren viser tilgjengelegheit til spesialisthelsetenesta. Dersom det går for lang tid frå tilvising til helsehjelpa startar, kan det føre til at helsetilstanden og prognosen til pasienten blir forverra. Derfor er det er eit mål å ha korte ventetider.[318] Fram til 2023 publiserte Helsedirektoratet kvalitetsindikatorar for ventetid på kommunale helse- og omsorgstenester, men opplyser i intervju at dei ikkje er oppdatert med data sidan 2023. Grunnen var ifølgje direktoratet at indikatoren hadde svak datakvalitet fordi kommunane hadde ulik praksis for registrering av ventetider, og resultata var derfor villeiande. Fram til 2022 publiserte Helsedirektoratet statistikk over talet på personar på venteliste til sjukeheimar. Grunngivinga til dette var mellom anna at datamaterialet var usikkert.[319] Venteliste til sjukeheimar var likevel ikkje ein del av det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet.[320]

Det er utfordringar med å gjennomføre gode pasient- og pårørandeundersøkingar når det gjeld eldre

Helsedirektoratet har gjennom heile perioden 2019–2024 hatt i oppdrag å utvikle brukar- og pårørandeundersøkingar som metode for å få kunnskap om brukaropplevd kvalitet i tenestene. Ein del av dette oppdraget har òg omfatta eit arbeid for å gjere kommunane

[318] Helsedirektoratet 2018a
[319] Helsedirektoratet 2022b
[320] Verifisert referat frå møte med Helsedirektoratet 10. desember 2025.

meir medvitne om bruk av brukarundersøkingar og på den måten skaffe styringsdata til lokalt forbetringsarbeid.[321]

Helsedirektoratet har i perioden gjennomført to nasjonale *pårørandeundersøkingar* som gjeld eldre:

- 2021: Direktoratet undersøkte mellom anna behova til pårørande til personar med fleire kroniske lidingar og skrøpelege eldre.
- 2023: Det ble gjort ei undersøking retta mot pårørande til eldre menneske.[322]

Helsedirektoratet har enno ikkje utarbeidd *brukarundersøkingar* direkte retta mot eldre og seier i intervju at dette hovudsakleg kjem av at eldre brukarar er ei gruppe det er utfordrande å nå ut til.[323] Direktoratet viser til at dette heng saman med følgjande sentrale utfordringar:

- Mange eldre kan ha redusert kognitiv kapasitet og syns- eller høyrselssvekkingar, og dei kan derfor ha utfordringar med å svare på digitale og papirbaserte spørjeundersøkingar.
- Det er viktig, men krevjande, å tilpasse spørsmål til ulike funksjonsnivå, slik at dei blir forståelege for respondentane.
- Representativitet – er det dei ressurssterke og friskaste som svarer?
- Pasientar kan frykte moglege konsekvensar av å gi kritikk når dei er avhengige av tenester framover i tid.
- Det kan ikkje ta for lang tid å svare, noko som avgrensar talet på spørsmål.

Direktoratet peikar på at brukarundersøkingane deira no blir sende digitalt, noko som kan gjer det vanskeleg å nå mange eldre. Direktoratet vurderer om pårørande skal kunne svare på vegner av eldre brukarar. Pårørande kan likevel ha ei anna oppfatning av tenestene enn brukaren, noko som gjer at direktoratet vil vurdere dette alternativet nøye, for tydeleg å kunne skilje på om det er pårørande eller brukaren sjølv som har svart på undersøkinga.[324]

Direktoratet viser til at det planlegg å gjennomføre ei brukarundersøking blant eldre mottakarar av heimetenester, der òg spørsmål om heimetenester vil inngå. Ei pilotundersøking er planlagd i 2026.

I tildelingsbrevet for 2024 fekk Helsedirektoratet i oppdrag å samarbeide med Folkehelseinstituttet om å greie ut modellar for systematisk oppfølging av brukar- og pårørandeundersøkingar. Oppdraget har til hensikt å vurdere ulike modellar for korleis kommunale tenester kan nytte resultat frå dei nasjonale brukarundersøkingane til lokal kvalitetsforbetring. Dette oppdraget er planlagt ferdigstilt i løpet av 2026.

[321] Prop. 1 S for Helse- og omsorgsdepartementet for åra 2020–2024.
[322] Prop. 1 S for Helse- og omsorgsdepartementet for åra 2023 og 2024.
[323] Verifisert referat frå møte med Helsedirektoratet 10. desember 2025.
[324] Ibid.

Helsedirektoratet understrekar i intervju at det er ein viktig del av kvalitetsarbeidet at kommunane sjølve kartlegg dei erfaringane brukarane har med tenestene, og at dei bruker svara til å gjere forbetringar. Det er få alternative kjelder til innsikt i behova og erfaringane til innbyggjarane. Men det er ressurskrevjande å gjennomføre slike undersøkingar, særleg for små kommunar. Dei nasjonale undersøkingane gir nasjonal oversikt, og kan vere verdifulle for det lokale kvalitetsutviklingsarbeidet.

Leiarverktøyet Tryggleiksstandard for sjukeheimar blei i liten grad brukt av kommunane

I 2024 blei det påbegynt eit arbeid for å utvikle Tryggleiksstandard i sjukeheim. Denne standarden skulle i praksis vere ein operasjonalisering av *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Formålet var å lage eit verktøy for leiarane for å forbetre kvaliteten på tenestene og redusere uønskt variasjon i sjukeheimar.[325]

Senter for omsorgsforsking evaluerte piloteringa av tryggleiksstandarden i fire kommunar på oppdrag frå Helsedirektoratet i 2018. Evalueringa viste positive resultat, mellom anna i form av auka merksemd og engasjement for kvalitetsarbeid lokalt. Evalueringa viste likevel at det er behov for eit meir brukarvennleg verktøy som gjer det enklare å finne fram til den informasjonen ein ønskjer seg. Arbeidet med tryggleiksstandarden blei deretter innlemma i Leve heile livet-reforma.[326]

Tryggleiksstandarden blei gjord tilgjengeleg og gratis for alle på ressursportal.no i 2021. Løyvinga til implementering av verktøyet blei avvikla i 2023,[327] og ressursportal.no blei lagt ned i 2024.[328]

Helsedirektoratet påpeikar i intervju at det er brei semje om at tryggleiksstandarden er eit godt verktøy. To grunnar til at han likevel blir lite brukt, er at det er vanskeleg å få standarden godt nok kopla på systema i kommunane, og at han konkurrerer med mange andre system i kommunane.

Eldrebarometeret er eit nytt verktøy som skal gi informasjon om kvaliteten på tenestene til eldre

Eldrebarometeret er ei nettside som er drifta av Helsedirektoratet og blei lansert i juni 2025. Formålet er å bidra til openheit om kvalitet i helse- og omsorgstenestene til eldre, styrke kunnskapsgrunnlaget for lokal og nasjonal styring, og redusere uønska variasjon i tenestene.[329] Barometeret byggjer i hovudsak på data som kommunane rapporterer inn til Kommunalt pasient- og brukarregister (KPR) og SSB (KOSTRA). Informasjonen skal kunne brukast som grunnlag for kvalitetsforbetring og utvikling av tenestene i kommunane.[330]

[325] Verifisert referat frå møte med Helsedirektoratet 10. desember 2025.
[326] Prop. 1 S for Helse- og omsorgsdepartementet for åra 2019 og 2021.
[327] Prop. 1 S for Helse- og omsorgsdepartementet for åra 2022 og 2023.
[328] Verifisert referat frå møte med Helsedirektoratet 10. desember 2025.
[329] Helse- og omsorgsdepartementet 2026
[330] Helsedirektoratet u.å.

Ifølgje Helsedirektoratet er det òg eit mål at det skal stimulere til utvikling som følgje av at kommunane kan samanlikne seg med andre kommunar.[331]

Direktoratet viser i intervju til at det i rapporten *Kunnskap om kvalitet i tjenestene til eldre* i 2025 er gjort greie for status for arbeidet med eldrebarometeret og gitt ei rekkje tilrådingar som bør leggjast inn i barometeret for at det skal kunne brukast i lokalt forbetringsarbeid. Direktoratet har fått ca. 200 innspel frå rundt 80 ulike organisasjonar og kommunar til vidareutvikling av nøkkeltal og styringsdata.[332]

Direktoratet viser til at KS har utvikla nettsida bedrekommune.no, som er eit verktøy for å måle opplevd tenestekvalitet gjennom brukar-, innbyggjar- og medarbeidarundersøkingar. 300 kommunar har lisens til dette verktøyet, men direktoratet har fått tilbakemeldingar om at det blir lite brukt.[333]

Mange kommunar har fått hjelp frå Utviklingssenter for sjukeheimar og heimetenester (USHT), men ein del opplever at senteret ikkje har bidrege til kvalitet

USHT er ei nasjonal satsing og skal bidra til å styrkje kvaliteten i kommunale helse- og omsorgstenester. Dette skal gjerast gjennom fag- og kompetanseutvikling og spreiing av ny kunnskap, nye løysingar og nasjonale føringar.[334]

Spørjeundersøkinga viser at nesten tre av fire av kommunane har oversikt over kva senteret kan hjelpe kommunen med i arbeidet med å betre tenestene til eldre. 62 prosent av kommunane har fått hjelp frå senteret i arbeidet med å ta i bruk kunnskapsbasert praksis. Likevel meiner 25 prosent av desse kommunane at senteret ikkje har bidrege til at tenestene til eldre har forsvarleg kvalitet.

KPMG og Neo Consulting evaluerte USHT i 2023 på oppdrag frå Helsedirektoratet.[335] Evalueringa viste mellom anna at dei 21 sentera leverer nyttige og etterspurde tenester til kommunane innanfor ansvarsområda sine. Vidare når sentera ut til mange kommunar, men det er likevel mange kommunar, særleg blant dei minste, som ikkje kjenner godt til USHT, eller som lèt vere å nytte tilbodet. Evalueringa peika på at dei som bruker tilbodet, er fornøgde, og at fag- og læringsnettverk er det tilbodet som blir oppfatta som mest nyttig.

Senter for omsorgsforsking

Senter for omsorgsforsking blei oppretta av Helse- og omsorgsdepartementet med bakgrunn i St.meld. nr. 25 (2005–2006) *Mestring, muligheter og mening*. Senteret er

[331] Verifisert referat frå møte med Helsedirektoratet 10. desember 2025.
[332] Verifisert referat frå møte med Helsedirektoratet 10. desember 2025.
[333] Ibid.
[334] Éin kommune i kvart fylke er vertskommune for eit utviklingssenter for sjukeheimar og heimetenester. Helsedirektoratet gir årlege føringar for aktiviteten på sentera, og sentera får årleg tilskot frå Helsedirektoratet, jf. Utviklingssenter for sjukeheimar og heimetenester (u.å.).
[335] KPMG & Neo Consulting 2023

etablert ved Universitetet i Tromsø, Nord universitet, Høgskulen på Vestlandet, Universitetet i Agder saman med Høgskolen i Søraust-Noreg og NTNU på Gjøvik.[336]

Senteret skal bidra til å styrkje praksisnær forsking og utvikling, drive forskingsformidling overfor kommunane og bidra til kompetanseheving innanfor kommunale helse- og omsorgstenester. Senteret har eit særleg ansvar for å samarbeide med og rettleie USHT-ene. Forskinga og kunnskapen skal gjerast tilgjengeleg mellom anna gjennom Omsorgsbiblioteket.[337]

Eldreråd

Eldreråd er eit rådgivande organ i kommunar og fylkeskommunar.[338] Etter kommunelova skal kommunane opprette eldreråd. I *Veileder for eldreråd*, som er utarbeidd av Kommunal- og distriktsdepartementet, kjem det fram at formålet med eldreråd er å bidra til å sikre ein brei, open og tilgjengeleg medverknad i saker som gjeld eldre. Vidare står det at det er viktig at synspunkt frå eldre blir varetekne i kommunale avgjerdsprosessar, og at alle saker som gjeld eldre, skal leggjast fram for rådet.

I spørjeundersøkinga svarer nesten alle at kommunen involverer eldrerådet i planlegginga av saker som gjeld eldre. Litt færre kommunar svarer at dei involverer eldrerådet i avgjerder som gjeld eldre.

Proba samfunnsanalyse og Stiftelsen Telemarksforsking har på oppdrag frå KS undersøkt erfaringar med lovpålagde råd for medverknad.[339] Rapporten kom i 2022 og fastslo at råda, mellom anna eldreråd, har ganske gode høve til å medverke. Undersøkinga deira viste at råda får framlagt for politiske saker til fråsegn, og at dei har høve til å ta opp eigeninitierte saker som kan fremjast administrativt eller leggjast fram i politiske organ.

Samtidig blir det framheva i rapporten at sjølv om medlemmene av råda ofte har mykje uformell kontakt med målgruppa dei skal representere, er det få døme på systematisk arbeid for å fange opp synspunkta og interessene til målgruppa som grunnlag for arbeidet i råda.

11.5.2 Halvparten av statsforvaltarane meiner det blir gjennomført for få tilsyn

Tilsyn med tenestene skal bidra til å styrkje sikkerheita og kvaliteten i helse- og omsorgstenesta.[340] Statsforvaltaren skal føre tilsyn med kommunale helse- og omsorgstenester. Dette inneber planlagde tilsyn, landsomfattande tilsyn initierte av Helsetilsynet og tilsyn etter hendingar eller bekymring om uforsvarleg verksemd i helse- og omsorgstenesta. Planlagde tilsyn blir gjennomførte etter risikovurderingar og oppsummerte erfaringar gjennom klagesaker og liknande.[341]

[336] Senter for omsorgsforsking har knytt til seg ei gruppe på omlag 50 kommunar, dei såkalla omsorgsforskingskommunane, som saman utgjer eit representativt utval av norske kommunar, jf. Senter for omsorgsforsking 2024d.
[337] Mandat for Senter for omsorgsforsking
[338] Kommunal- og distriktsdepartementet 2023b
[339] Proba samfunnsanalyse & Telemarksforskning 2022
[340] Helsetilsynsloven § 1
[341] Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet 2024a

Tilsyn inneber å vurdere om tenestene er i samsvar med det som er bestemt i lover og forskrifter. Når det blir ført tilsyn med kommunale helse- og omsorgstenester, skal dette gjerast etter reglane i kommunelova.[342] I samband med tilsynet skal statsforvaltaren gi råd, rettleiing og opplysningar som medverkar til at befolkninga sine behov for helse- og omsorgstenester blir dekte.[343] Det går fram av Riksrevisjonen si undersøking frå 2018 at Helse- og omsorgsdepartementet meiner at tilsyn er det viktigaste verkemiddelet nasjonale styresmakter har for å følgje med på kvaliteten i tenestene.[344]

Resultat frå spørjeundersøkinga viser at nesten 90 prosent av kommunane meiner at tilsyn frå statsforvaltarane innanfor helse- og omsorgstenester bidreg til læring og forbetring. Vidare svarer litt over 70 prosent av kommunane at erfaringar frå tilsyn utførte av statsforvaltaren har blitt brukt som informasjonskjelde i samband med forbetring av helse- og omsorgstenestene dei siste tre åra.

Omfang av gjennomførte tilsyn av statsforvaltarane på helseområdet

I Helsetilsynet sin årsrapport for 2024 går det fram at det samla talet på systemrevisjonar som er gjennomførte av statsforvaltarane, auka i perioden 2022–2024.[345] I same tidsrom blei talet på tilsyn med andre metodar redusert.[346] Vidare går det fram av årsrapporten at fleirtalet av statsforvaltarane ikkje nådde målet for tilsynsaktiviteten i 2024.

[342] Helsetilsynet 2025g
[343] Helsetilsynsloven § 4
[344] Riksrevisjonen 2018
[345] I Helsetilsynet sin rettleiar står det at tilsyn som blir gjennomførte som systemrevisjon, inneber ei undersøking og vurdering av om verksemda har etablert systematisk styring/internkontroll som sikrar gode og trygge tenester innanfor eit gitt og avgrensa tenesteområde, inkludert om det er etablert nødvendige sikkerheitsbarrierar. Rettleiaren tek utgangspunkt i ISO 19011 *Retningslinjer for revisjon av styringssystemer*, som Helsetilsynet har tilpassa til tilsyn, jf. Helsetilsynet 2023. Hovudvekta av systemrevisjonane var landsomfattande tilsyn med kommunen sitt ansvar for å fremje psykisk helse hos barn og unge og bruk av medisindispenser hos heimebuande eldre. Alle statsforvaltarar har i tillegg gjennomført eigeninitierte systemrevisjonar. Av dei eigeninitierte systemrevisjonane er det variasjon i kva tema som er undersøkte. Døme på tema er tvungen somatisk helsehjelp, legevakt, tenester til personar med utviklingshemming og førebygging av vald og overgrep i sjukeheimar, jf. Helsetilsynet 2025f.
[346] Andre metodar i 2024 omfattar oppfølgingar av tidlegare tilsyn der det er avdekt lovbrot, ekstraordinære store tilsynssaker, folkehelsetilsyn, eigenvurderingar, stikkprøvetilsyn og tilsyn der det er brukt annan, ikkje spesifisert metode, jf. Helsetilsynet 2025f.

Tabell 6 Statsforvaltarane si eigenvurdering av omfanget av gjennomførte tilsyn

Statsforvaltar	Hendingar eller bekymring	Landsomfattande tilsyn	Planlagde tilsyn	Tilsyn retta mot eldre
Agder	For få	For få	For få	For få
Innlandet	Tilstrekkeleg	Tilstrekkeleg	Tilstrekkeleg	Tilstrekkeleg
Møre og Romsdal	For få	For få	For få	For få
Nordland	Tilstrekkeleg	For få	For få	For få
Rogaland	Tilstrekkeleg	Tilstrekkeleg	Tilstrekkeleg	Tilstrekkeleg
Troms og Finnmark	For få	Tilstrekkeleg	For få	For få
Trøndelag	Tilstrekkeleg	For få	For få	Tilstrekkeleg
Vestfold og Telemark	For få	Tilstrekkeleg	For få	For få
Vestland	For få	Tilstrekkeleg	For få	Tilstrekkeleg
Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus	For mange	For få	For få	Tilstrekkeleg

Kjelde: spørjeundersøking til statsforvaltarane

I spørjeundersøkinga til statsforvaltarane svarer åtte av ti at det er for få planlagde tilsyn som er sette i verk av statsforvaltaren sjølv. Som tabell 6 viser, meiner halvparten av statsforvaltarane at det er

- for få tilsyn etter hendingar eller bekymring om uforsvarleg verksemd
- for få landsomfattande tilsyn
- for få tilsyn med eldre samanlikna med andre brukargrupper

To statsforvaltarar, Agder og Møre og Romsdal, meiner det er for få tilsyn for alle dei ulike kategoriane, jf. tabell 6. To andre statsforvaltarar, Innlandet og Rogaland, meiner det er tilstrekkeleg omfang av tilsyn i alle kategoriane.

Dei statsforvaltarane som meiner det er for få tilsyn med eldre, meiner at manglande bemanning er hovudgrunnen til at det er gjennomført for få tilsyn. Prioritering av tilsyn med andre brukargrupper eller behandling av rettsklagar forklarar og at det er gjennomført få tilsyn med eldre.

I Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet si *Kartlegging av ressurssituasjonen hos statsforvalteren* står det at planlagde tilsyn er ressurskrevjande, og at statsforvaltarane derfor har sett seg nøydde til å prioritere ned dette til fordel for enkeltsaksbehandling.[347] Ifølgje kartlegginga har det vore fleire negative konsekvensar ved vridinga i ressursbruk frå planlagde tilsyn, rettleiing og utviklingsarbeid til enkeltsaker. Statsforvaltaren får mindre kunnskap om tenestene, tilsynet blir i mindre grad risikobasert, og viktige drivarar for god kvalitet og sikkerheit i tenestene får mindre merksemd.

12 Utviklinga i talet på eldre i åra framover

I dette kapittelet viser vi kor mykje talet på og andelen eldre er venta å auke samanlikna med andre aldersgrupper, og særleg den yrkesaktive delen av befolkninga (forsørgjarbrøken). Vi viser òg korleis talet på personar med demens er venta å utvikle seg i åra framover.

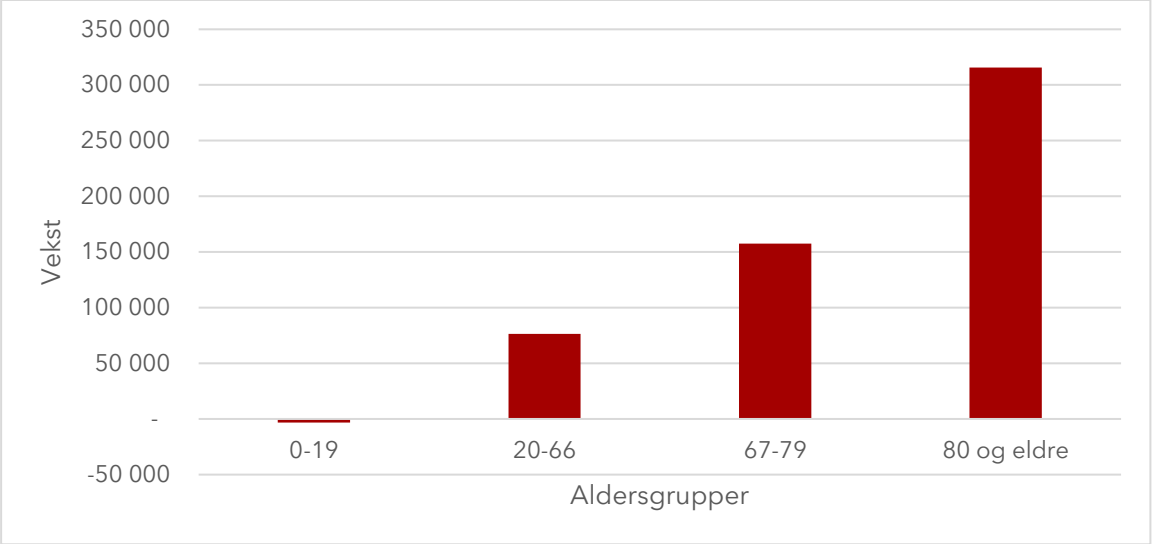
12.1 Kor mykje ventar ein at talet på eldre vil auke framover?

Det er venta ein stor vekst i talet på eldre fram til 2050

Framskrivingar av folketalet viser at det blir fleire eldre og færre i yrkesaktiv alder dei kommande tiåra. Den delen av befolkninga som er 67 år eller eldre, har lenge vore i vekst. Ifølgje SSB sine framskrivingar er det venta at denne aldersgruppa kjem til å vekse med nær 70 prosent mellom 2020 og 2050. Allereie innan 2030, vil talet på dei som er 80 år eller eldre ha auka med 50 prosent samanlikna med 2020.[348] Samtidig er den yrkesaktive delen av befolkninga venta å vekse med 6 prosent. Frå 2030 ventar ein i hovudsak berre vekst i befolkninga som er 67 år eller eldre. I 2050 er det venta at talet vil bli meir enn dobla, jf. figur 29.

[347] Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet 2025
[348] SSB, tabell 14282 og tabell 10211

Figur 29 Utvikling i befolkninga frå 2025 til 2050, per aldersgruppe



Kjelde: SSB, tabell 14282.

Den venta utviklinga i talet på innbyggjarar som er 67 år eller eldre i kommunane fram til 2050 varierer frå ein nedgang på 13 prosent til ein auke på 130 prosent.

Den venta andelen innbyggjarar som er 67 år eller eldre i 2050 varierer frå 18 prosent i Oslo til 37 prosent i Hvaler. I 2050 vil andelen innbyggjarar som er 67 år eller eldre vere 30 prosent eller høgare i 74 kommunar.

Det er venta at etterspurnaden etter heildøgns omsorgsplassar kjem til å bli meir enn dobla frå 2024-nivå fram mot 2060.[349]

Den venta befolkningsutviklinga er godt kjend. Utfordringane som denne utviklinga fører til, blei framheva allereie i St.meld. nr. 25 (2005–2006) *Mestring, muligheter og mening:*

- Behovsvekst som følgje av eit aukande antal eldre krev etter kvart utbygging av kapasitet og auka kompetanse på aldring, med særskilt vektlegging av demens og samansette lidingar.
- Som følgje av endringar i alderssamansetjinga i befolkninga skjer det ingen vesentleg auke i tilgangen på arbeidskraft og potensielle frivillige omsorgssytarar.

Utfordringane er presenterte i seinare tid òg, mellom anna i *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027*:[350]

- Kommunane står overfor store utfordringar med å rekruttere og behalde kvalifisert helsepersonell, særleg i distrikta.
- Det er utfordringar med ulik tilgang til helsetenester mellom kommunar, og dette får følgjer for eldre innbyggjarar òg.

[349] Meld. St. 9 (2023–2024)
[350] Meld. St. 9 (2023–2024)

- Mange kommunar opplever utfordringar med å oppfylle dei auka krava til kva helse- og omsorgstenesta skal kunne tilby innbyggjarane sine. Kommunane har behov for støtte til kunnskapsutvikling, kompetanseheving, utdanning, kvalitetsforbetring og pasientsikkerheit slik at dei kan prioritere rett.
- Planoppgåver blir nedprioriterte til fordel for løpande driftsoppgåver. Denne utfordringa kjem spesielt til uttrykk i små kommunar med avgrensa ressursar.

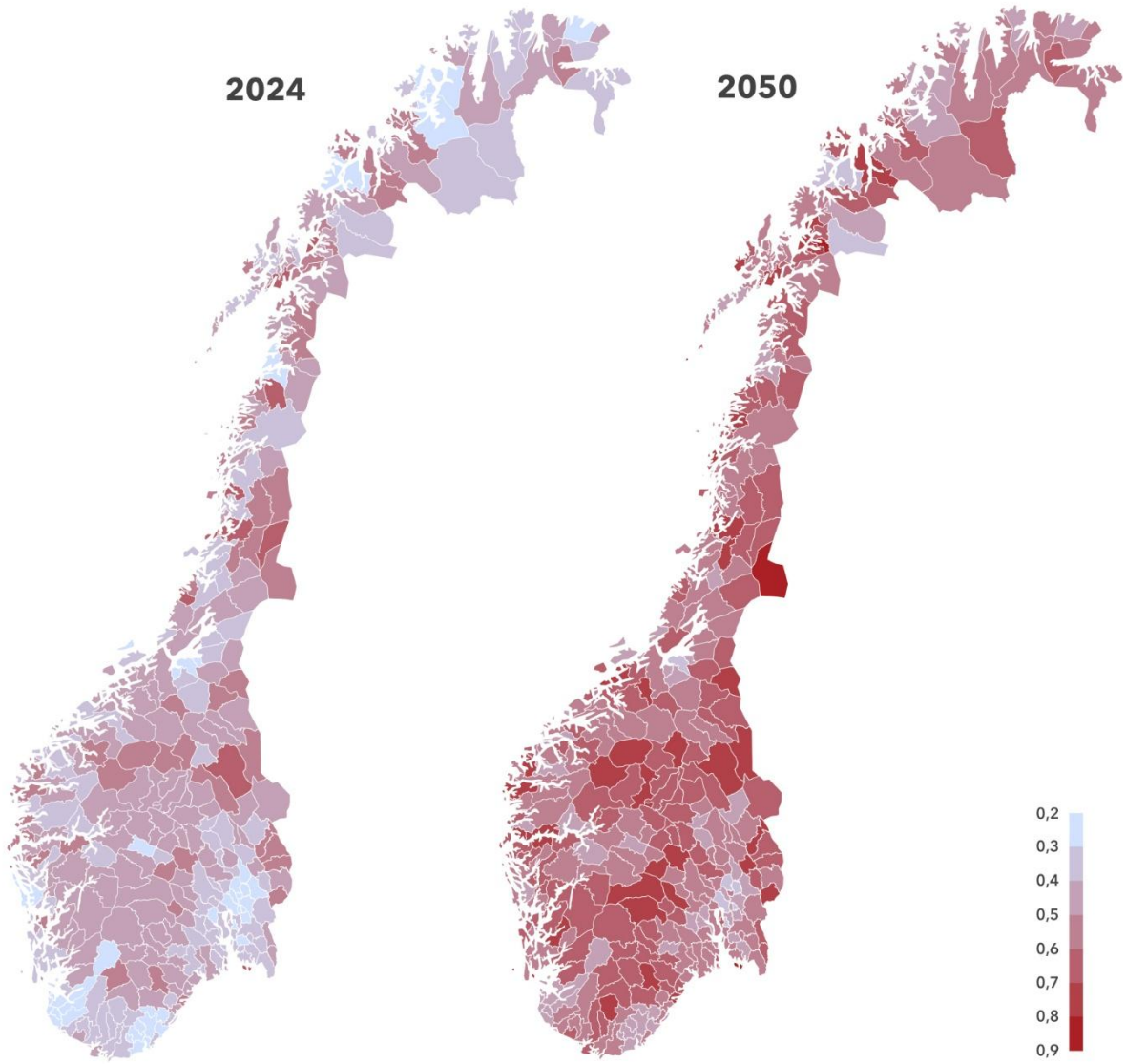
12.1.1 Det blir ein større auke i talet på eldre enn yrkesaktive i åra fram mot 2050

SSB bereknar «forsørgjarbrøken», som viser kor mange personar som er 65 år eller eldre per person mellom 20 og 64 år.[351] Jo høgare dette forholdstalet er, desto fleire eldre er det per yrkesaktiv. Framskrivingar viser at talet på eldre vil vekse meir enn talet på yrkesaktive i åra framover. For heile landet var brøken 0,32 i 2024, og han er venta å bli 0,48 i 2050. Det betyr at medan det var tre yrkesaktive personar per alderspensjonist i 2024, vil dette talet reduserast til to yrkesaktive per pensjonist i 2050.

Figur 30 viser utviklinga i forsørgjarbrøken for kommunane. Jo mørkare fargen er, desto fleire innbyggjarar som er 65 år eller eldre er det i forhold til talet på innbyggjarar mellom 20 og 64 år.

[351] SSB 2024b

Figur 30 Framskriving av forsørgjarbrøken 2024–2050



Kjelde: SSB, tabell 14293.[352]

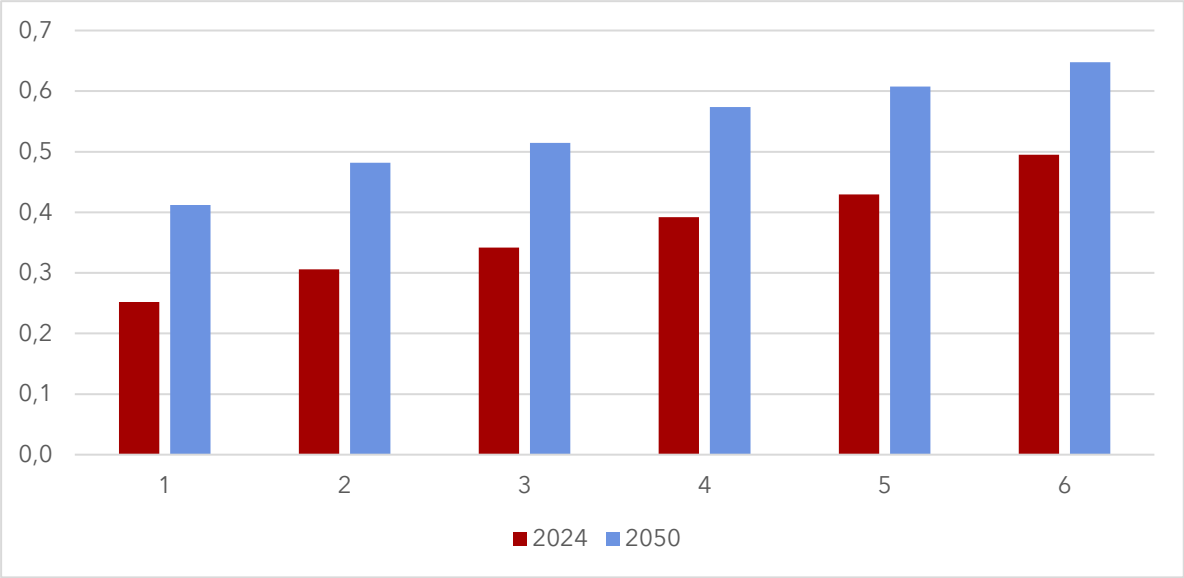
Som figur 30 viser, er det venta at alle kommunane i landet vil få ei eldre befolkning i 2050 samanlikna med 2024. Dei mindre sentrale kommunane er venta å få ein høgare andel. Ei mogleg forklaring er at unge vaksne flyttar til sentrale strøk og får barna sine der, medan dei eldre blir igjen i distrikta.[353]

Det varierer mellom kommunane kor stor forsørgjarbrøken er. I 2024 hadde Oslo den lågaste forsørgjarbrøken (0,20), medan Røyrvik hadde den høgaste (0,70). I 2050 er forsørgjarbrøken venta å vere mellom 0,32 (Oslo) og 0,89 (Hvaler). Det er derfor framleis venta store ulikskapar mellom kommunane.

[352] Hovudalternativet er eit mellomalternativ for dei tre komponentane fruktbarheit, levealder og innvandring.
[353] SSB 2020b

Samtidig som det er venta at den yrkesaktive delen av befolkninga ikkje vil auke vesentleg, vil det aukande talet på omsorgs- og pleietrengande gjere at behovet for tilsette i helse- og omsorgstenestene kjem til å vekse i denne perioden.

Figur 31 Forsørgjarbrøken for kommunane i 2024 og 2050, gjennomsnitt per sentralitetsklasse



Kjelde: SSB, tabell 14293.

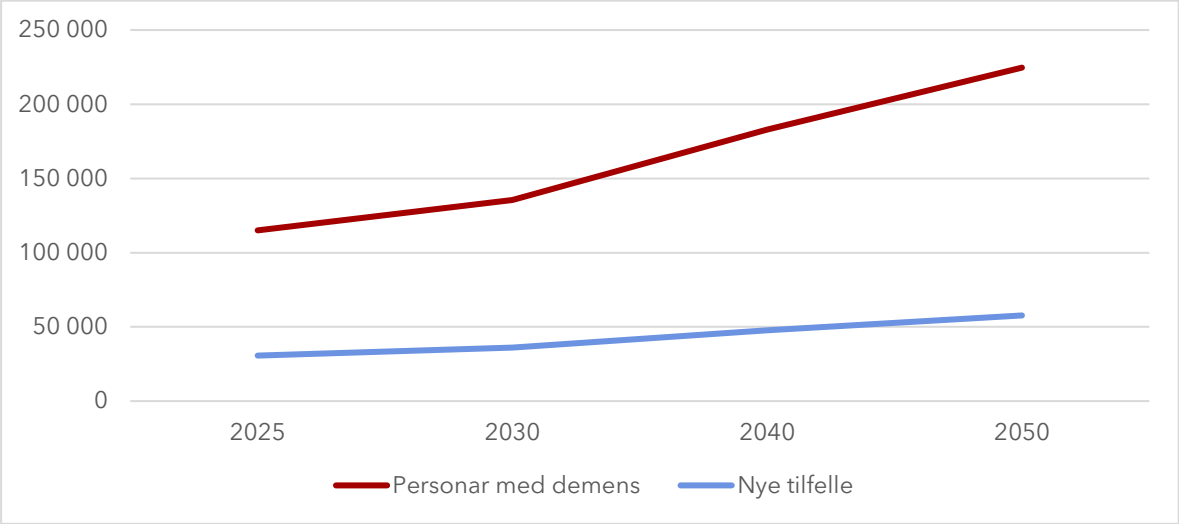
Figur 31 viser utviklinga i forsørgjarbrøken der kommunane er grupperte etter sentralitet. Vi har brukt dei seks sentralitetsklassene til SSB. Sentralitetsklasse 1 betyr sentral kommune, og 6 tilseier at kommunen ligg usentralt til.

Som det går fram av figur 31, er forsørgjarbrøken større jo meir usentral kommunen er. I tillegg viser figuren at forsørgjarbrøken vil auke for alle kommunane, uavhengig av sentralitet. Figuren viser òg at kommunane i sentralitetsklasse 5 og 6 allereie i 2024 har ein høgare forsørgjarbrøk enn det er venta at kommunane i klasse 1 vil få i 2050.

12.1.2 Talet på personar med demens er venta å bli nær dobla innan 2050

Nasjonalt senter for aldring og helse publiserer nettsida Demenskartet, som viser andelen innbyggjarar med demens i fylke og kommunar i det gjeldande året og framskrivne andelar fram mot 2050.

Figur 32 Talet på personar med demens og venta antal nye tilfelle 2025–2050, heile landet



Kjelde: Demenskartet

Figur 32 viser at talet på personar med demens på landsbasis vil doblast frå 2025 til 2050.

13 Kommunane si planlegging av framtidige helse- og omsorgstenester til eldre

I dette kapittelet belyser vi i kva grad kommunane har førebudd seg på å sikre tilstrekkeleg kapasitet og kvalitet i helse- og omsorgstenestene til eldre. Det gjer vi mellom anna ved å sjå om kommunale planar inneheld beskrivingar av dagens status, framtidig behov og kva tiltak kommunane planlegg eller har vedteke. Vi kartlegg òg kva statlege verkemiddel som er sette i verk for å støtte kommunane i dette arbeidet.

13.1 Sentrale føringar

- Alle kommunar skal sikre at langsiktige utfordringar, mål og strategiar er beskrivne i planverket til kommunen, jf. lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningslova).
- Kommunane skal etter plan- og bygningslova ha ein kommunal planstrategi som omfattar ei drøfting av kommunen sitt strategiske val knytt til samfunnsutviklinga.
- Utviklinga innanfor helse- og omsorgstenestene bør vere ein viktig del av kommuneplanarbeidet.[354]

[354] Innst. S. nr. 150 (2006–2007)

- God planlegging er viktig for at ein skal kunne tilpasse og utvikle helse- og omsorgstenester lokalt.[355] Mangel på planar i den kommunale helse- og omsorgssektoren kan i mange tilfelle utfordre politisk og administrativ styring. I tillegg kan manglande planlegging gå ut over kvaliteten på og ressursbruken i tenesta.
- Plikta som kommunane har til å sørgje for forsvarlege tenester, krev at verksemda planlegg og set i verk nødvendige tiltak for å sikre at tenestene er forsvarlege til kvar tid. Kommunen skal òg sjå til at tiltaka fungerer og er tilstrekkelege.[356]

Revisjonskriteria er beskrivne i sin heilskap i del 3.

13.2 I kva grad har kommunane førebudd seg på å sikre tilstrekkeleg kapasitet og kvalitet i helse- og omsorgstenester til eldre?

Etter *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* plikter kommunen å planleggje tenesta. I dette inngår å ha oversikt over måla, oppgåvene, tenestene, organiseringa og ansvarsfordelinga som verksemda har.

Modellar for kommunal planlegging tilrår at planprosessen inkluderer ei oversikt over dagens situasjon, beskrivingar av sannsynlege framtidige scenario og mål og ei beskriving av tiltak kommunen eventuelt må setje i verk for å nå dei framtidige måla.[357]

I gjennomgangen av kommunale planar har vi teke utgangspunkt i følgjande element som kjenneteiknar god planlegging av helse- og omsorgstenestene:

1. status for tenestene, mellom anna noverande andel eldre brukarar og talet på tilsette, institusjonsplassar og bustader
2. forventa demografiutvikling i åra framover
3. framtidige behov for tilsette, kompetanse, plasser, bustader og så bortetter
4. tiltak for å møte framtidige behov

13.2.1 Føresetnader for at kommunane skal kunne omstille helse- og omsorgstenestene

Sju av statsforvaltarane svarer at berre eit fåtal eller nokre av kommunane har lykkast med å tilpasse seg demografiutfordringane. Dei andre statsforvaltarane har svart at dei ikkje veit dette.

Fleirtalet av statsforvaltarane meiner at dette er dei viktigaste grunnane til at kommunar i fylket så langt ikkje har lykkast med å tilpasse seg demografiutfordringane:

- Det er manglande planlegging eller kompetanse i planlegging.
- Leiarar i kommunen har ikkje god nok forbetringskunnskap eller leiingskompetanse.

[355] Meld. St. 9 (2023–2024)
[356] Prop. 91 L (2010–2011)
[357] NOVA 2015

Halvparten av statsforvaltarane svarer elles at ein viktig grunn er at det er krevjande for tilsette i kommunen å prioritere endringsarbeid i ein travel kvardag.

I årsrapportane for 2024 frå tre av statsforvaltarane blir det trekt fram at manglande politisk behandling og forankring av planane er årsaker til at det ikkje blir gjort omstillingar. Ein av desse skriv dette i årsrapporten sin: «Tilbakemeldingen fra kommunene er at planer som ikke er politisk forankret ikke gis prioritet i økonomi- og handlingsplanen».[358]

13.2.2 Mange kommunar manglar kapasitet og plankompetanse

Kompetanse og kapasitet i kommunen er ein viktig føresetnad for god planlegging.[359] Når det gjeld planarbeidet generelt i kommunen, svarer over halvparten av helse- og omsorgssjefane i spørjeundersøkinga at dei ikkje har tilstrekkeleg *tid og ressursar* til å lage planar. 21 prosent av kommunane meiner at dei ikkje har tilstrekkeleg *kompetanse* i planarbeid. Så mange som 18 prosent av kommunane uttrykkjer at dei manglar både tid, ressursar og kompetanse. Dette gjeld i noko større grad distriktskommunar enn andre kommunar.[360]

Også i evalueringa av Omsorg 2015 kom det fram at manglande ressursar og kompetanse i kommunane kunne vere forklaringar på manglande planar.[361] Evalueringa viste til at det særleg var dei minste kommunane som ikkje hadde ein helse- og omsorgsplan. Desse kommunane hadde òg manglar i dei andre planane. Dei hadde òg mindre tilgjengelege ressursar og kompetanse for å lage planar samanlikna med store kommunar. Samstundes peika evalueringa på at manglande delplanar kan skuldast at dei har mindre behov for slike delplanar fordi sektoren er meir oversiktleg samanlikna med større kommunar.[362]

I 2020 rapporterte statsforvaltarane (den gongen fylkesmannen) at særleg mindre kommunar har avgrensa kapasitet og kompetanse til planlegging av tenestene.[363]

Når det gjeld planarbeidet i helse- og omsorgstenesta, svarer heile 70 prosent av helse- og omsorgssjefane at dei ikkje har tid eller ressursar til å lage planar. Vidare svarer ein av tre at helse- og omsorgstenesta manglar tilstrekkeleg kompetanse i planarbeid. 29 prosent av kommunane svarer at helse- og omsorgstenestene manglar både tid, ressursar og kompetanse i planarbeidet. Også her er andelen høgare i distriktskommunar.[364]

[358] Regjeringen u.å.
[359] NOU 2023: 9
[360] Distriktskommunar er kommunar i sentralitetsklasse 5 og 6, jf. punkt 16.1.5
[361] NOVA 2015
[362] Ibid.
[363] Helsedirektoratet 2020
[364] Distriktskommunar er kommunar i sentralitetsklasse 5 og 6, jf. punkt 16.1.5

13.2.3 Halvparten av dei kontrollerte kommunane har ikkje helse- og omsorgsplan

Ein god helse- og omsorgsplan er eit viktig styringsverktøy for kommunen og skal bidra til å sikre at innbyggjarane får dei helse- og omsorgstenestene dei har behov for, og at tenestene er forsvarlege.

Gjennomgangen av plandokumenta til 60 utvalde kommunar viser at halvparten av desse kommunane hadde ein helse- og omsorgsplan på undersøkingstidspunktet. Berre halvparten av desse planane var utarbeidde etter 2020.

I spørjeundersøkinga svarer fleirtalet av kommunane at dei har ein eigen delplan eller temaplan for helse- og omsorgstenesta. Kvar fjerde kommune har ikkje, eller veit ikkje om dei har ein slik plan.

Helsedirektoratet seier i intervju at det ikkje har oversikt over kor mange kommunar som har ein helse- og omsorgsplan, og understrekar at planen ikkje er pålagd i lov. Det er ikkje eit lovkrav at kommunane skal utarbeide ein eigen helse- og omsorgsplan, og vi har difor gått gjennom alle plandokument som er tilgjengeleg på nettsidene til kommunane. «Plandokumenta» er heretter samleomgrepet på alle desse dokumenta. Dei aller fleste av dei 60 kommunane som vi har gått gjennom planane til, har ein planstrategi, ein samfunnsdel og ein arealdel.

For 4 av dei 60 kommunane i utvalet kjem det tydeleg fram av planverket at stram økonomi eller kapasitetsutfordringar er sentrale forklaringar på at kommunen ikkje har føreburebudd seg på demografiutfordringane. To kommunar beskriv det slik:

> «Når det skal utarbeides nye planer må det vurderes om kommunen har ressurser til å lage selve planen, men det er kanskje enda viktigere å vurdere om det finnes tilstrekkelige ressurser til å følge opp planen med handlinger og tiltak i hele perioden planen skal gjelde for. Dette betyr at vedtak om utarbeidelse av nye planer i planstrategien får konsekvenser og vil legge beslag på personal- og økonomiske ressurser i mange år fram i tid.»

> «mangel på planverk har store følgekostnader for kommunen. Mange av utfordringene kommunen har i dag kan sies å være følgefeil grunnet manglende planverk.»

13.2.4 Framtidig behov for helse- og omsorgstenester er lite omtalt i kommunale planar

Gjennomgangen av plandokumenta frå 60 kommunar viser at dei aller fleste omtaler dagens status på helse- og omsorgstenestene.[365] Det varierer mellom kommunane kor detaljert omtalen er. Det er eit mindretal av kommunane som har talfesta både sjukeheimsplassar, omsorgsbustader og tilsette i helse- og omsorgstenesta. Over

[365] Det er tre kommunar som ikkje har ein slik omtale. Dei skil seg ikkje ut, verken med liten andel eldre eller inntektsnivå.

halvparten av kommunane i utvalet har talfesta ein eller to av dei tre nemnde delane. Berre 16 prosent av kommunane har i plandokumenta omtalt kor mange som arbeider i helse- og omsorgstenestene.

Kvar fjerde kommune har gitt konkret uttrykk for at dei ikkje dekkjer dagens behov for helse- og omsorgstenester. Dette gjeld både kommunar med ein høg og ein låg andel eldre.

Ingen av statsforvaltarane svarer i spørjeundersøkinga at det er manglande medvit i kommunen om demografiutfordringane. Gjennomgangen av plandokumenta viser at nesten alle kommunane har talfesta demografiutviklinga i kommunen for ulike aldersgrupper frå 10 til 40 år framover. Alle kommunar bortsett frå to har brukt statistikk som viser framskrivingar i folketal. Det er i hovudsak data frå SSB som då er brukt. Men enkelte kommunar har brukt data frå Telemarksforskning, som er eit samfunnsvitskapleg forskingsinstitutt.[366]

Vidare viser gjennomgangen av plandokumenta at 50 av 60 kommunar omtaler at andelen eldre med demens vil auke. 20 av desse har ikkje framskrivingar av talet på personar med demens som er venta i 10 til 40 år framover.

Nesten alle kommunane svarer i spørjeundersøkinga at det framtidige behovet for helse- og omsorgstenester er *omtalt* i gjeldande kommunale planar. Dei kommunane som ikkje har ein slik omtale, grunngir dette med at gjeldande planar er utdaterte.

I spørjeundersøkinga svarer nesten ein av fem kommunar svarer at dei ikkje har gjort *berekningar* av kor stort det framtidige behovet for helse- og omsorgstenester kjem til å bli. Gjennomgangen av plandokumenta viser at 16 av 60 kommunar ikkje har omtalt kva det framtidige behovet for verken sjukeheimsplassar, omsorgsbustader eller tilsette kjem til å bli. Det er berre to av kommunane i utvalet (Nome og Karmøy) som har talfesta kor mange institusjonsplassar, kor mange alternative buformer for eldre og kor mange tilsette i helse- og omsorgstenestene dei vil ha behov for i framtida. Resten av kommunane har i varierande grad omtalt ein eller to av desse storleikane.

Fire kommunar har estimert behovet for institusjonsplassar basert på ulike nivå for dekningsgrad. Tabell 7 viser korleis Bardu kommune har estimert behovet for institusjonsplassar og bemanna omsorgsbustader fram til 2030.

[366] Somme kommunar bruker andre kjelder som til dømes: Fylkesstatistikken Møre og Romsdal (har framskrivingar basert på SSB), Oslo kommunes statistikkbank (har eigne framskrivingar) og Kommunehelsa statistikkbank (har framskrivingar – fleire kjelder).

Tabell 7 Framtidig behov ved ulike nivå av dekningsgrad

	2016	2017	2018	2019	2020	2025	2030
Antal personar over 80 år	184	181	189	194	195	249	309
Dekningsgrad 31,5 prosent (antal plassar)	58	57	60	61	61	78	97
Dekningsgrad 28,8 prosent (antal plassar)	53	52	54	56	56	72	89

Kjelde: Bardu kommune (2017) Helse- og omsorgsplan

I svara i spørjeundersøkinga blir følgjande oppgitt å vere dei viktigaste grunnane til at kommunane ikkje har gjort berekningar av det framtidige behovet:

- Det er vanskeleg for kommunen å føresjå framtidig behov.
- Kommunen har ikkje hatt tid eller ressursar til å gjere slike berekningar.
- Det er vanskeleg å føresjå korleis velferdsteknologi vil påverke behovet for tenester i framtida.
- Det er vanskeleg å tolke grunnlagsdata/statistikk.
- Grunnlagsdata eller statistikk er ikkje tilgjengeleg.

13.2.5 Tiltaka frå kommunane er ofte vagt eller generelt formulerte

Gjennomgangen av plandokumenta viser at dei aller fleste kommunane har nemnt tiltak i minst eitt av dokumenta. 3 av dei 60 utvalde kommunane har ikkje dokumentert nokon tiltak som gjeld helse- og omsorgstenester til eldre.

For fleirtalet av tiltaka er formuleringa vag eller generell, noko som gjer det vanskeleg både å gjennomføre dei og å følgje dei opp. Til dømes kjem det ikkje fram på kva måte tiltaka skal gjennomførast. Det er berre 20 prosent av kommunane som har sett ein frist for når enkelte tiltak skal påbyrjast eller vere gjennomførte. Tidsfristen kan vere «innan planperioden» eller «innan 2025».

Sjølv om kommunane planlegg tiltak, er det ikkje gitt at tiltaka blir realiserte, slik sitatet nedanfor gir uttrykk for.

> «Noen av tiltakene som er besluttet ser vi at vi må foreslå å ta bort igjen pga. den økonomiske situasjonen i kommunen.»
>
> Kjelde: spørjeundersøkinga til kommunane

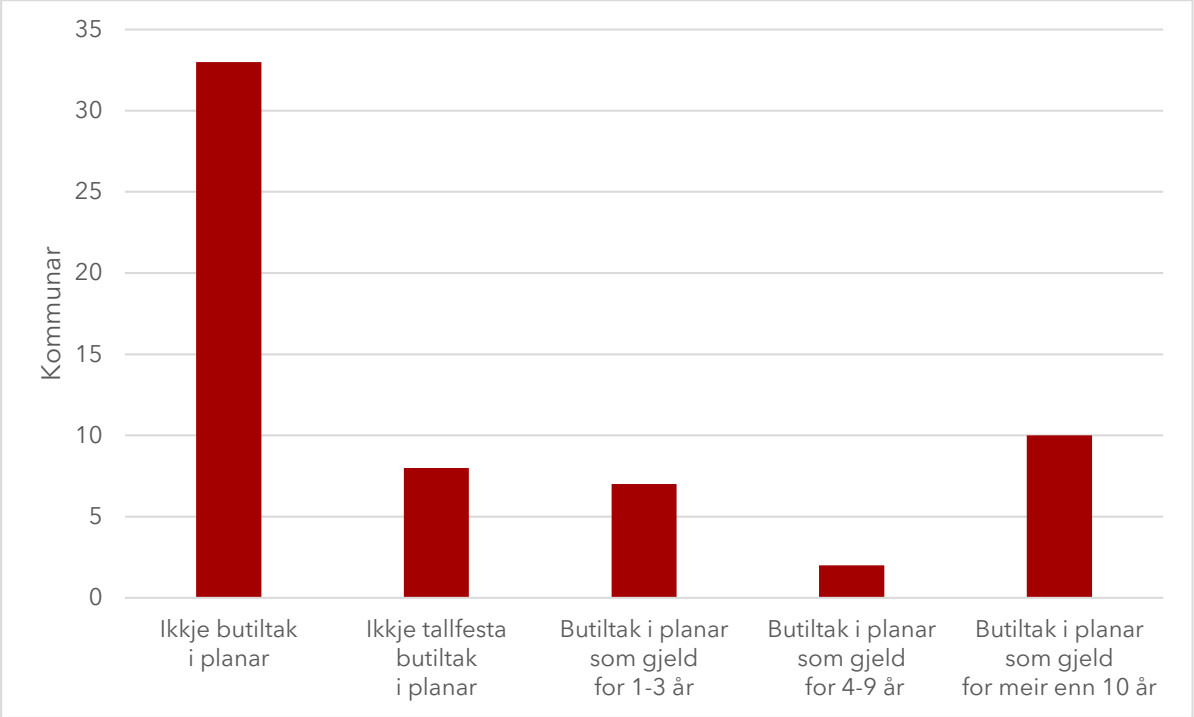
I spørjeundersøkinga svarer alle statsforvaltarane at embetet har undersøkt om dei kommunale planane inneheld tiltak for å møte det framtidige behovet for helse- og omsorgstenester for eldre. Sju av statsforvaltarane svarer at nokre kommunar har planlagt tilstrekkelege tiltak.

Tiltak om institusjonsplassar eller alternative butilbod

Husbanken viser til at mange bur i bustader som ikkje er eigna for alderdommen.[367] I eigenvurderinga Husbanken har innhenta frå kommunane, oppgir rundt 70 prosent at dei manglar eigna bustader eldre kan flytte til for å halde fram med å klare seg utan hjelp. Distriktskommunane og dei minste kommunane vurderer tilgangen som klart dårlegare enn resten av kommunane, og utfordringane er størst i dei nordlegaste fylka.

Gjennomgangen av plandokumenta viser at 55 prosent av kommunane ikkje har dokumentert tiltak for å auke talet på institusjonsplassar eller alternative butilbod. Dei andre kommunane nemner at dei vil auke talet på institusjonsplassar eller omsorgsbustader. Det er stor variasjon mellom kommunane om dei spesifiserer korleis dette skal realiserast. Til dømes er det 8 kommunar som skriv at dei vil etablere nye plassar, eller at netto vekst i talet på heildøgns omsorgsplassar skal komme, medan det er 19 kommunar som talfestar auken i plassar.

Figur 33 Tal på kommunar som har tiltak om å auke institusjonsplassar eller alternative butilbod, og kor langt fram dei har planlagt for



Kjelde: plandokumenta til dei 60 representativt utvalde kommunane

Som figur 33 viser er det 7 kommunar som har tiltak om å auke institusjonsplassar eller alternative butilbod i planer som gjeld for mellom 1–3 år, 2 har dette i planer for 4–9 år og 10 har dette i planar som gjeld for meir enn 10 år framover i tid.

I spørjeundersøkinga svarar 23 prosent av kommunane at dei har tiltak å auke talet på sjukeheimsplassar i planperioden 2024–2027. 35 prosent av kommunane opplyser at dei vil auke talet på omsorgsbustader med heildøgns omsorg, medan 25 prosent vil auke talet

[367] Husbanken 2025

på omsorgsbustader utan heildøgns omsorg. 6 prosent av kommunane har svart at dei har tiltak om å auke alle tre bustadtilboda.

48 prosent av kommunane svarer at dei i planperioden 2024–2027 ikkje planlegg å auke talet på verken sjukeheimsplassar, omsorgsplassar med heildøgns omsorg eller omsorgsplassar utan heildøgns omsorg.

Tiltak om helsepersonell

Det går fram av fleire stortingsmeldingar, dei to siste perspektivmeldingane[368] og NOU 2023: *Tid for handling* at det er ei stor utfordring å sikre tilstrekkeleg bemanning med rett kompetanse i kommunehelsetenesta, og at dette har konsekvensar for kvaliteten i tenestene.[369] Gjennomgangen av plandokumenta viser at 75 prosent av kommunane skriv at dei allereie har rekrutteringsutfordringar, eller at dei ventar å få det.

Gjennomgangen viser likevel at over halvparten av kommunane ikkje har anslått kva behovet for tilsette, årsverk eller ulike faggrupper kjem til å vere i framtida. Dette kan ha samanheng med at mange kommunar har vanskar med å utvikle konkrete tiltak for rekruttering innanfor helse- og omsorgssektoren, slik NOVA viste i evalueringa si av Omsorgsplan 2015.[370]

Gjennomgangen av plandokumenta viser at omtrent ein av fem kommunar har talfesta kva det framtidige behovet for personell vil vere. Likevel har berre fire kommunar beskrive konkrete rekrutteringstiltak i planane sine, til dømes økonomiske insentiv som «konkurransedyktig løn», samarbeid med utdanningsinstitusjonar og utarbeide plan for rekruttering. Ingen av kommunane har sett frist eller tidspunkt for gjennomføring av tiltaka. Vidare er det berre ein av tre kommunar som har tiltak som gjeld kompetanse, som inneber til dømes å tilby utdanning og kurs til tilsette eller å utvikle ein kompetanseplan.

Ein kommune beskriv utfordringane med å lage gode tiltak for å rekruttere personell slik:

> «Vi har forsøkt ordinær rekruttering, vi har økt lønninger og vi har vedtatt noen av landets mest omfattende rekrutteringstiltak, alt uten å lykkes»
>
> *Kjelde: handlings- og økonomiplan frå ein kommune*

I spørjeundersøkinga svarer om lag ein av tre kommunar at dei ikkje har vedteke tiltak som gjeld bemanning i helse- og omsorgstenesta i perioden 2024–2027.

Tiltaka som flest kommunar har vedteke, gjeld

- fordeling av arbeidsoppgåver mellom helsepersonell, til dømes å delta i Tørn
- endra organisering av arbeidstida, til dømes turnusordningar som langvakter og årsturnus

[368] Meld. St. 14 (2020–2021) og Meld. St. 31 (2023–2024)
[369] SSB har skrive ein rapport til Helsepersonellkommisjonen som viser at i fleire scenario vil den bruken av helse- og omsorgstenester som befolkninga ønskjer, krevje ei dobling av sektoren sin andel av totale årsverk mot 2060, frå dagens 13 prosent av alle årsverk i norsk økonomi, jf. SSB 2023a.
[370] NOVA 2015

- gjennomføring av kompetansehevande tiltak, til dømes kurs eller etter- og vidareutdanning
- styrking av leiingskompetanse, til dømes leiarutviklingsprogram, nasjonal leiarutdanning for primærhelsetenesta
- auking av andelen heiltidsstillingar

Dei tre første kulepunkta tilsvarar tiltak som er nemnde i arbeidsgivarmonitoren til kommunesektoren for 2025.

Jobbvinnar er eit nasjonalt prosjekt for å rekruttere og behalde sjukepleiarar og helsefagarbeidarar i helse- og omsorgstenestene i kommunen, jf. punkt 14.2.4. Nær kvar tiande kommune svarer i spørjeundersøkinga vår at dei vil ta i bruk Jobbvinnar.

Tiltak om førebygging

Det går fram av Nasjonal helse- og samhandlingsplan at innsats for å fremje helse og prioritere tidleg innsats og førebygging er nødvendig for å dempe veksten i behovet for helse- og omsorgstenester. Førebygging omfattar mellom anna å

- fremje god helse og livskvalitet, hindre utvikling av risikofaktorar for sjukdom og funksjonssvikt og auke helsekompetansen
- identifisere risikofaktorar og helseutfordringar tidleg, setje i verk tiltak for å motverke sjukdomsutvikling og funksjonssvikt
- bremse eller reversere sjukdomsutvikling, funksjonsfall og auka behov for helse- og omsorgstenester og å styrkje eigenmeistring hos innbyggjaren
- førebyggje skadar som følgje av behandling eller manglande behandling[371]

I spørjeundersøkinga svarer tre av fem kommunar at dei har tiltak om å auke innsatsen innanfor lågterskeltilbod og generelle folkehelsetiltak. Dette finn vi òg igjen i gjennomgangen av plandokumenta, som viser at om lag to av tre kommunar omtaler førebyggjande tiltak.

Det varierer kor konkrete tiltaka er, men fleirtalet av tiltaka er vagt formulerte. Til dømes at kommunen ønskjer å auke innsatsen i det førebyggjande arbeidet eller å auke innsatsen på lågare nivå i omsorgstrappa (sjå figur 8). Likevel finn vi enkelte tiltak som er meir konkrete, til dømes å innføre førebyggjande heimebesøk hos eldre. Ein av fire kommunar nemner førebyggjande heimebesøk som tiltak. Vidare er det 11 av 60 kommunar som nemner fallførebygging, og 10 som vil styrkje aktivitetstilbodet til eldre med demens. Det står lite om korleis desse tiltaka skal setjast i verk, og det er heller ikkje sett fristar for når tiltaka skal gjennomførast.

Helsedirektoratet kjenner til at mange kommunar må nedprioritere tiltak som ikkje er lovpålagde, på grunn av utfordrande økonomi eller manglande kapasitet eller

[371] Meld. St. 9 (2023–2024)

kompetanse.[372] Inntrykket direktoratet har, er at mange kommunar gjerne vil prioritere førebyggjande tiltak, men at dei har behov for å vite at det nyttar. Direktoratet kjenner til at ein del kommunar som har jobba med førebyggjande tiltak over tid, seier at dei ikkje kan halde fram med det på grunn av mangel på folk. Andre kommunar uttrykker at dei ikkje har råd til å la vere å jobbe førebyggjande.

Tiltak for å ta i bruk velferdsteknologi

Som nemnt i faktaboks 5 er velferdsteknologi hjelpemiddel som skal støtte opp under og forsterke tryggleiken, sikkerheita, medråderetten og livskvaliteten til brukarane og gjere dei meir sjølvhjelpne.

I spørjeundersøkinga til kommunane svarer 87 prosent at dei har vedteke tiltak som gjeld velferdsteknologi, i perioden 2024–2027. Dette finn vi òg igjen i gjennomgangen av plandokumenta, der 48 av 60 kommunar nemner at dei vil ta denne teknologien i bruk. Det varierer mellom kommunane kor spesifikk omtalen av tiltaka er.

Det er 44 prosent av kommunane som nemner kva velferdsteknologiar dei vil ta i bruk, til dømes digital tryggleiksalarm, elektronisk medisindispenser og ulike former for digitalt tilsyn. Vidare er det 34 prosent av kommunane som har mindre konkrete tiltak: Dei skriv berre at dei vil at fleire eldre skal ta i bruk velferdsteknologiar. I plandokumenta skriv 30 prosent av kommunane at hensikta med å innføre velferdsteknologi mellom anna er å redusere ressursbehovet og å leggje til rette for at eldre kan bu lenger heime.

13.3 Kva statlege tiltak skal leggje til rette for betre planlegging i kommunane?

13.3.1 Fleire statlege verkemiddel skal bidra til betre planlegging i kommunane

Helse- og omsorgstenesta er den største sektoren i kommunen, og krav og forventningar om planlegging er nedfelte i fleire lover og stortingsmeldingar.[373] Helse- og omsorgsdepartementet viser til at både plan- og bygningslova og helse- og omsorgstenestelova stiller krav til planlegginga i kommunane. Departementet peikar òg på at rammeoverføringane til kommunane dannar utgangspunktet for kva kommunane har ressursar og kapasitet til å gjere når det gjeld planlegging.[374]

Ifølgje Helse- og omsorgsdepartementet sitt budsjettforslag for 2020 er det eit mål at alle kommunar gjennomfører analysar av morgondagens utfordringar på helse- og omsorgsfeltet og gjer dei til eit hovudtema i det kommunale planarbeidet sitt. Departementet viste til at Statsforvaltaren i Trøndelag (den gongen fylkesmannen), i samarbeid med ei rekkje partnarar og med støtte frå departementet, hadde utvikla ein

[372] Verifisert referat frå møte med Helsedirektoratet 12. desember 2025.
[373] Mellom anna plan- og bygningslova og forarbeida til helse- og omsorgstenestelova, Kommunal- og distriktsdepartementet 2023b og Meld. St. 9 (2023–2024).
[374] Verifisert referat frå møte med Helse- og omsorgsdepartementet 13. januar 2026.

ressursportal for analyse og planlegging av helse- og omsorgstenesta i kommunane. Portalen blei i 2019 vidareutvikla til eit nasjonalt planleggingsverktøy, ressursportal.no.[375] Eit viktig mål med ressursportalen var å bidra til ei auka forståing av eigne styringsdata og styrkje den analysefaglege kompetansen i kommunane.[376] Helsedirektoratet viser i intervju til at ressursportalen blei lite brukt av kommunane. Ressursportalen blei derfor avvikla i 2024 etter at den øyremerkte finansieringa over statsbudsjettet blei avslutta.[377]

Ifølgje KS opplevde mange kommunar at ressursportal.no ikkje var nyttig i planarbeidet. Kommunane etterspør meir samordna løysingar, det vil seie at informasjonen er samla på éin stad, og at det er færre statistikkutviklarar å forhalde seg til. Det betyr ifølgje KS at nasjonale statistikkleverandørar må samordne seg om éi eller nokre få løysingar. I tillegg ønskjer kommunane at SBB i større grad skal vere kjelde og analysere data på vegner av kommunane.[378]

Departementet viser i intervju til fleire statlege verkemiddel som skal bidra til betre planlegging i kommunane:

- Kommunal- og distriktsdepartementet (KDD) har ei koordinerande rolle overfor andre departement når det gjeld planlegging, inkludert å leggje fram nasjonale forventningar til regional og kommunal planlegging.
- Sekretariat for etter- og vidareutdanning i samfunnsplanlegging (SEVS) er eit samarbeid mellom staten og kommunesektoren for å styrkje kompetansen innanfor planlegging og samfunnsutvikling. Partane har nyleg signert ein ny avtale for perioden 2026–2029. SEVS tilbyr mellom anna ei utdanning innanfor samfunnsplanlegging, der helse er inkludert. Under SEVS ligg òg Forum for kommunal planlegging, som er ein nettverksorganisasjon for betre kommunal planlegging og fagutvikling. Forumet legg til rette for erfaringsutveksling og dialog mellom kommunale planleggjarar. Sekretariatet for SEVS er lagt til KS.
- HOD og KDD vurderer å utarbeide ein eigen del på regjeringa si nettside for kommunal planlegging som skal vere ei støtte for kommunal planlegging på helseområdet.
- *Enkel planlegging* er ein digital rettleiar som skal bidra til at små kommunar har gode prosessar for eiga planlegging ut frå eigne behov og ressursar. Rettleiaren skal gi ei innføring i minimumskrava til kommunalt planarbeid, og gi innspel til gode arbeidsmåtar, kunnskapskjelder og støttespelarar. Rettleiaren er utvikla av Distriktssenteret[379]og blir finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunal- og distriktsdepartementet.

[375] Helsedirektoratet 2020
[376] Prop. 1 S for Helse- og omsorgsdepartementet for åra 2021–2024.
[377] Verifisert referat frå møte med Helsedirektoratet 10. desember 2025.
[378] Verifisert referat frå møte med KS 9. desember 2025.
[379] Distriktssenteret er eit nasjonalt kompetansesenter som jobbar for å styrkje evna kommunane har til å utvikle attraktive og vekstkraftige lokalsamfunn. Senteret er eit uavhengig forvaltningsorgan under Kommunal- og distriktsdepartementet.

- Statsforvaltaren i Møre og Romsdal, Møre og Romsdal fylkeskommune og Distriktssenteret har utarbeidd eit fagprogram for politikarar om samfunnsplanlegging. Fem utvalde distriktskommunar i fylket får tilbod om opplæring og oppfølging tilpassa kommunen.[380] Målet er å gjere dei folkevalde medvitne om rolla deira som samfunnsutviklar og auke kunnskapen om strategisk planlegging. Kommunedirektørane og kommunalsjefane skal delta òg.[381]

Departementet presiserer at sidan fleire av verkemidla blei presenterte i Nasjonal helse- og samhandlingsplan, som varer til 2027, betyr det at ikkje alle tiltaka er påbyrja.[382]

Departementet viser òg til at Helsedirektoratet og statsforvaltarane er sentrale verkemiddel for å leggje til rette for betre planlegging i kommunane.

13.3.2 Helsedirektoratets har teke i bruk verkemiddel som kan hjelpe kommunane med å planlegge for fleire personar med demens

Sidan 2022 har direktoratet hatt følgjande mål: «Helse- og omsorgstjenesten planlegger helhetlig og langsiktig for en bærekraftig utvikling.»[383] I årsrapporten understrekar direktoratet kvart år i perioden 2022–2024 at dersom kommunane skal møte utviklinga på ein berekraftig måte, trengst det langsiktige og heilskaplege planar. I årsrapporten for 2022 viser direktoratet til ein rapport frå Nasjonalt senter for distriktsmedisin som seier at: «mange kommuner mangler helhetlige kompetanse- og personellpaner som er politisk behandlet for å møte morgendagens utfordringer.» Direktoratet rapporterer òg årleg at dei regionale helseføretaka og helseføretaka bruker eigne framskrivingar, men at kommunane i mindre grad ser ut til å bruke framskrivingar.[384]

Mangel på kompetent personell kan true pasientsikkerheita og kvaliteten i helsetenestene, og i årsrapportane for 2023 og 2024 understrekar direktoratet at det er behov for å intensivere arbeidet med å rekruttere og behalde helsepersonell. Direktoratet viser til at det framleis er ein jamn vekst i talet på årsverk og sysselsette, men at utviklinga med fleire eldre og fleire pleietrengande i befolkninga krev at ein òg må intensivere omlegginga mot å jobbe på nye måtar og meir førebyggjande. Vidare konstaterer direktoratet at bruken av velferdsteknologi i kommunane har auka, men at det framleis er eit stort potensial for at fleire innbyggjarar kan ta i bruk slik teknologi.[385]

I 2024 rapporterer Helsedirektoratet at det har jobba for å leggje til rette for at framskrivingar av personellbehov, spesielt Helsemod-berekningane[386], skal gjerast meir tilgjengelege for andre aktørar. Dette arbeidet går føre seg i regi av det europeiske styresmaktssamarbeidet JA HEROES (Joint Action on Health Workforce). Direktoratet viser vidare til at det jobbar med å gjere data om helsepersonell og aktivitetar tilgjengelege for

[380] Distriktssenteret 2026
[381] Verifisert referat frå møte med Helse- og omsorgsdepartementet 13. januar 2026.
[382] Verifisert referat frå møte med Helse- og omsorgsdepartementet 13. januar 2026.
[383] Tildelingsbrev til Helsedirektoratet frå Helse- og omsorgsdepartementet for åra 2022–2025.
[384] Helsedirektoratet 2023b
[385] Årsrapportane for 2023 og 2024 frå Helsedirektoratet til Helse- og omsorgsdepartementet.
[386] Helsemod er eit rekneverktøy som blir nytta til framskriving av tilbod og etterspurnad for ulike typar helse- og sosialpersonell. Modellen har vore i bruk i Statistisk sentralbyrå (SSB) sidan midten av 1990-talet, jf. SSB 2023b.

tenesta gjennom fleire dashbord. Ifølgje direktoratet skal SSB i tillegg undersøkje om framskrivingane kan gjerast på regionalt nivå, noko som ville styrkje brukarvennlegheita for fleire aktørar enn i dag.[387]

Ifølje direktoratet er det viktigaste dimensjoneringsverktøyet i dag eit verktøy som KS har utvikla for kommunane, og som gjer at dei kan berekne behovet for tenester fram til 2050. Direktoratet oppgir at dei for tida jobbar med ein database som skal gjere det mogleg for kommunane å framskrive behovet for personell. Databasen vil inkludere mellom anna SSB sine framskrivingar av befolkningsutviklinga.

Direktoratet viser òg til at KS har utvikla eit verktøy for strategisk kompetansestyring og bemanningskartlegging som skal hjelpe kommunane i planleggingsarbeidet deira, jf. punkt 14.2.4. Direktoratet meiner at verktøyet er godt innarbeidd og blir brukt av mange kommunar.

Ifølgje Helsedirektoratet er dei viktigaste verkemidla dei har for at kommunane skal kunne planleggje berekraftige helse- og omsorgstenester til eldre, hovudsakleg retta mot å planleggje for at det blir fleire personar med demens. Desse verkemidla er

- nettsida demenskartet.no, som viser resultata av to undersøkingar som kartlegg omfanget av demens: prevalens (talet på personar med demens) og insidens (nye tilfelle per år) på kommunenivå. Helsedirektoratet og statsforvaltarane har jobba med å gjere nettsida kjend for kommunane, og har bede kommunane om å bruke dette verktøyet når dei planlegg tenestene sine. I tillegg har dei 21 utviklingssentera for sjukeheimar og heimetenester (USHT), som er spreidde over heile landet, jobba for at kommunane skal bruke demenskart.no når dei planlegg tenestene sine;
- nettsida veiviserdemens.no, som gir tips og råd til kommunane om korleis dei kan gi gode tenester til personar med demens og dei pårørande. Hovudmålgruppa for denne sida er kommunane, men også personar med demens og dei pårørande;
- demensdashbord, som gir kommunane oversikt over kor mange som har demens, og kva tenester dei får. Det skal blir eit viktig verktøy for kartlegging og planlegging av tenester;
- nasjonal kartlegging av tenestetilbodet i kommunane. Helsedirektoratet gjennomførte ei kartlegging i 2022 og planlegg å gjennomføre ei ny i 2026. Kartlegginga i 2022 viste mellom anna at 87 prosent av kommunane oppgav at tenester for personar med demens og dei pårørande var omtalte i minst éin av planane til kommunen. Vidare rapporterte ein av tre kommunar at dei hadde utvikla ein eigen demensplan;
- Joint Action om demens i EU. Dette er eit EU-samarbeid om førebygging av demens som Noreg deltek i.[388]

Ifølgje Helsedirektoratet har KPR-registeret eit større potensial for å bli brukt i kommunane si planlegging av tenestene. I dag tek det rundt halvtanna år før data frå KPR er

[387] Helsedirektoratets 2025a
[388] Verifisert referat frå møte med Helsedirektoratet 12. desember 2025.

tilgjengelege for kommunane. Det er difor sett i gang eit arbeid i Folkehelseinstituttet som skal leggje til rette for at kommunane skal kunne hente ut data hyppigare.[389]

Direktoratet viser til at det er utfordrande å gi kommunane standardar for planlegging, fordi dei strukturerer tenestene sine veldig ulikt. Til dømes har nokre kommunar flest sjukeheimsplassar, medan andre har mest heimetenester. Alle kommunane er ulike, har ulike behov og moglegheiter. Dei bestemmer òg korleis dei vil innrette tenestene sine. Direktoratet viser til at mange kommunar er i ferd med å skaffe nye journalsystem innanfor helse- og omsorgssektoren, noko som kan auke moglegheita for å få nyttige rapportar for kommunane si styring og planlegging på feltet.[390]

Sidan 2022 har Helsedirektoratet rapportert følgjande: «Vi har i dag mer kunnskap om aldring og demografiutvikling, gode forebyggingstiltak og hva som er nødvendig for å få til en mer bærekraftig utvikling i helse- og omsorgssektoren og samfunnet.» Direktoratet understrekar at satsinga på førebygging og helsefremjing må intensiverast, både i helsetenestene og i samfunnet som heilskap. For at vi skal oppnå reelle forbetringar, må politiske prioriteringar, interesser og ressursar i ulike sektorar trekkje i same retning, ifølgje direktoratet.[391]

13.3.3 Mange kommunar meiner at dei ikkje har fått tilstrekkeleg støtte frå statsforvaltarane i planarbeidet

Statsforvaltarane har gjennom mange år hatt i oppdrag å følgje med på utviklinga i kommunane når det gjeld planlegging. I Riksrevisjonen si undersøking av tilgjengelegheit og kvalitet i eldreomsorga frå 2018 viste Helse- og omsorgsdepartementet til at statsforvaltaren (den gongen fylkesmannen) hadde lang tradisjon for å støtte kommunane i planarbeidet deira, mellom anna gjennom dialogmøte.[392]

Ifølgje Helse- og omsorgsdepartementet sitt budsjettforslag for 2024 skal statsforvaltaren rette merksemda mot oppfølging av Meld. St. 24 (2022–2023) *Fellesskap og meistring – Bu trygt heime*. Arbeidet bør særleg rettast mot tiltak som bidreg til at kommunane lagar heilskaplege planar som ser dei statlege satsingane og verkemidla i samanheng. Statsforvaltarane skal rettleie kommunar som «ikke har lagt planer for å møte framtidens bo- og tjenestetilbud.»[393] Dette oppdraget er gitt i tildelingsbrevet til statsforvaltarane for 2024, der det òg står at statsforvaltarane har fått særskilde midlar for å kunne støtte kommunane i arbeidet med Bu trygt heime-reforma.[394] I tildelingsbrevet er det ingen særskilde krav om rapportering av oppdraget.

I spørjeundersøkinga svarer alle statsforvaltarane at dei har rettleia kommunar i planarbeidet deira. I tillegg seier alle at dei har følgt opp kommunar som ikkje har lagt planar for å møte det framtidige bu- og tenestetilbodet. Ein statsforvaltar skriv følgjande:

[389] Ibid.
[390] Ibid.
[391] Årsrapportane for perioden 2022 til 2024 frå Helsedirektoratet til Helse- og omsorgsdepartementet.
[392] Riksrevisjonen 2018
[393] Prop. 1 S (2023–2024) Helse- og omsorgsdepartementet. Ingen omtale av dette i Innst. 11 S (2023–2024).
[394] Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet 2024b

«Med presisering av oppdrag, og tildelingen av øremerkede midler til oppfølging av kommuner på plansiden innen helse og omsorg, vil dette ha et økt fokus hos oss framover.» Ein annan statsforvaltar svarer at dei manglar normering for kva kapasitet kommunane treng å ha, eksempelvis sett opp mot talet på innbyggjarar eller anslag i KS sitt verktøy for planlegging av institusjonskapasitet.

I spørjeundersøkinga til kommunane svarer likevel nesten halvparten av kommunane at dei ikkje har fått hjelp frå statsforvaltaren i planarbeidet sitt innanfor helse og omsorg.

Alle statsforvaltarane opplyser at dei har følgt opp kommunar som har utfordringar med å tilpasse seg demografiutfordringane. Det varierer mellom statsforvaltarane kor mange av kommunane dei har følgt opp, frå eit fåtal til alle. På spørsmål om statsforvaltaren har støtta kommunen i arbeidet med Bu trygt heime-reforma, svarer drygt kvar fjerde kommune at dei ikkje har fått god støtte av statsforvaltaren. Like mange meiner at dei har fått god støtte.

Åtte av ti statsforvaltarar svarer i spørjeundersøkinga at dei har oversikt over om dei fleste eller alle kommunane har ein delplan for helse og omsorg, eller eit tilsvarande plandokument. Men tre statsforvaltarar seier at dei ikkje har gått gjennom nokon plandokument, fordi dei ikkje har hatt kapasitet.

14 Verkemidla Helse- og omsorgsdepartementet har for å sikre at nasjonale mål for helse- og omsorgstenester til eldre blir nådde

Statlege verkemiddel som skal leggje til rette for kommunane sitt arbeid med helsepersonell, kvalitetsforbetringsarbeid og kommunal planlegging, er omtalt i høvesvis punkt 10.4, 11.5 og 13.3. I dette kapittelet ser vi på andre statlege verkemiddel som skal leggje til rette for tilstrekkeleg kvalitet og kapasitet i kommunale helse- og omsorgstenester til eldre.

14.1 Sentrale føringar

- Helse- og omsorgsdepartementet har eit overordna ansvar for å sikre at dei nasjonale måla for helse- og omsorgstenestene blir nådde, og departementet må sikre seg informasjon om måloppnåinga og korleis dei statlege verkemidla bidreg til måloppnåinga.[395]
- Departementet må sørgje for at det blir gjennomført evalueringar for å skaffe kunnskap om effektivitet, måloppnåing og resultat.[396]

[395] *Reglement for økonomistyring i staten* («reglementet») og *Bestemmelser om økonomistyring i staten* («føresegnene»).
[396] Reglementet og føresegnene.

14.2 Kva verkemiddel har Helse- og omsorgsdepartementet sett i verk i perioden 2019–2024?

14.2.1 Helse- og omsorgsdepartementet har teke i bruk mange økonomiske og pedagogiske verkemiddel

Helse- og omsorgsdepartementet har mange verkemiddel som er retta mot kommunale helse- og omsorgstenester. Somme verkemiddel treffer eldre indirekte (til dømes *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*), medan andre er meir direkte knytte til eldre (til dømes tilsyn med elektronisk medisindispenser).

Departementet har det overordna ansvaret for å sikre at dei nasjonale måla blir nådde. Det er kommunane som har sørgje for-ansvaret for at eldre blir tilbodne nødvendige helse- og omsorgstenester. Styringa av kommunane er avgrensa til lov- og budsjettvedtak som set rammer for kommuneverksemda, men departementet har eit ansvar for å setje kommunesektoren i stand til å løyse oppgåvene.

Dei viktigaste organisatoriske verkemidla departementet har for å setje i verk politikken på området, er Helsedirektoratet, Helsetilsynet og statsforvaltarane. Departementet gir styringssignal til desse verksemdene, som skal bidra til å støtte opp om og vidareutvikle området.

I tillegg har departementet inngått ein partnarskap med KS, som har ansvaret for fleire tiltak i stortingsmeldingar og planar, og som dei får støtte til over departementet sitt budsjett.

Mellom 2018 og 2024 har Helse- og omsorgsdepartementet sett i verk to reformer og fem planar som skal leggje til rette for å utvikle og støtte opp om kommunane sitt arbeid med helse- og omsorgstenester til eldre. I tillegg har det komme tre andre stortingsmeldingar i perioden med relevans for det temaet som blir behandla i denne revisjonen. Desse er

- Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet: En kvalitetsreform for eldre,* som kom i 2018 og gjaldt for perioden 2019–2023, og som blei behandla av Stortinget i 2018
- Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*
- Meld. St. 38 (2020–2021) *Nytte ressurs og alvorlighet. Prioritering i helse- og omsorgstjenesten*
- *Kompetanseløft 2025,* som kom i 2020 som ein del av budsjettforslaget for 2021, og som blei behandla saman med resten av budsjettet hausten 2020
- *Demensplan 2025,* som er ein handlingsplan som kom i 2020
- *Opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten,* som kom i 2022
- Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga. Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar*

- Meld. St. 24 (2022–2023 *Fellesskap og meistring – Bu trygt heime* blei presentert i 2023 og gjeld for perioden 2024–2028. og som blei behandla av Stortinget i 2023
- Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027*
- Meld. St. 21 (2024–2025) *Helse for alle. Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste*

Til saman inneheld desse stortingsmeldingane og planane svært mange tiltak som får følgjer for dei kommunale helse- og omsorgstenestene, og mange gjeld òg tenester til eldre. Fleire av tiltaka som blir presenterte i meldingane og planane, går igjen i fleire dokument. Dette gjeld til dømes tiltaka

- Eldreomsorgens ABC og Demensomsorgens ABC
- Lønstilskot til vidareutdanning i avansert klinisk allmennsjukepleie
- Nasjonal leiarutdanning for primærhelsetenesta
- nasjonale kvalitetsindikatorar
- brukar- og pårørandeundersøkingar
- Tryggleiksstandard for sjukeheimar
- Kurspakke for ufaglærte
- Kompetanse- og tenesteutviklingstilskot
- Investeringstilskot til omsorgsbustader og sjukeheimsplassar
- analyse og planlegging av helse- og omsorgstenestene i kommunane / ressursportal.no

Desse tiltaka er nærmare beskrivne i punkt 10.4, 11.6 og 13.3. Departementet har òg etablert ei rekkje tilskotsordningar, som er nærmare beskrivne i punkt 14.2.3.

14.2.2 Sentrale reformer og planar blir evaluerte fortløpande

Leve heile livet

Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet: En kvalitetsreform for eldre* blei behandla og vedteken av Stortinget i desember 2018 og blei avslutta ved utgangen av 2023. Målgruppa for reforma var eldre over 65 år, både dei som bur heime, og dei som bur på institusjon. Helsedirektoratet hadde det nasjonale gjennomføringsansvaret. For å hjelpe kommunane blei det etablert eit nasjonalt og eit regionalt støtteapparat.[397] Reforma bestod av 25 konkrete og utprøvde løysingar på område der det for ofte svikta, mellom anna mat, aktivitet og fellesskap, helsehjelp og samanheng i tenestene.[398]

Reforma blei evaluert på oppdrag av Helsedirektoratet.[399] Sluttevalueringa, som kom i 2024, peika på at det var vanskeleg å synleggjere effektar og resultat som kunne tilbakeførast direkte til Leve heile livet-arbeidet, og mange av tiltaka som kommunane gjennomførte, blei i stor grad sette i verk uavhengig av reforma. Ifølgje evalueringa var dette heilt som forventa med tanke på den korte tida reforma hadde verka og korleis alt av tilbod, tiltak og tenester i kommunane er vovne tett saman. Kommunane meinte at måla

[397] Helsedirektoratet 2021d
[398] Meld. St. 15 (2017–2018)
[399] Reforma er evaluert av By- og regionforskingsinstituttet NIBR, Velferdsforskingsinstituttet NOVA og Fakultetet for helsevitskap ved OsloMet og Vista Analyse.

var uklare fordi tiltaka gjentok andre satsingar. Mange kommunar meinte dei allereie var i gang med tiltak som likna døma i reforma.[400]

Sjølv om mange kommunar støtta målet med reforma, var det òg mange som tydeleg gav uttrykk for at verkemidla ikkje trefte. Ifølgje sluttevalueringa såg den mest synlege effekten frå sjølve reforma ut til å vere ei styrkt politisk forankring av eldrepolitikken. Men dette hadde ikkje gitt seg utslag i endra prioriteringar eller budsjettmessige disposisjonar i kommunane på evalueringstidspunktet.[401]

Sluttevalueringa peika på at reforma skapte auka forventningar hos innbyggjarane.[402] KS og Helsedirektoratet meiner at det skjedde ei tydeleg dreiing undervegs i reforma, frå kvalitet i helse- og omsorgstenestene til meir merksemd på heilskapleg samfunnsplanlegging.[403] Ifølgje sluttevalueringa blei denne dreiinga i stor grad driven fram av kommunar som opplevde at tilbodet ikkje var berekraftig. Det regionale støtteapparatet fanga opp signala frå kommunane og formidla dei til nasjonale styresmakter. Dette er forhold som regjeringa har prøvd å gjere noko med i arbeidet med Bu trygt heime-reforma.[404]

Etter Helsedirektoratet si vurdering var eitt av dei mest vellykka grepa med reforma at det blei oppretta eit regionalt støtteapparat, bestående av statsforvaltarane, KS regionalt og Utviklingssenter for sjukeheimar og heimetenester (USHT). Dei følgde reforma heilt ut til kommunane. Statsforvaltarane leia arbeidet med å hjelpe kommunane gjennom å arrangere dialogmøte, rettleiingsmøte, nettverkssamlingar og så bortetter. Direktoratet viser til at intervju med dette støtteapparatet stadfesta at innsatsen mot kommunane hadde blitt meir samordna.[405]

Eit sentralt mål var at kommunar skulle lære av kvarandre. Men Helsedirektoratet påpeikar at noko som har hatt god effekt i éin kommune, ikkje nødvendigvis er direkte overførbart til andre kommunar. Kommunane har vidt forskjellige rammevilkår, noko som gjer at det ifølgje direktoratet krev mykje grunnlagsarbeid å finne ut korleis ein kan tilpasse noko til eigen situasjon.[406]

Helsedirektoratet har derfor vore betenkt over å lage dømesamlingar. Det er krevjande for direktoratet som normerande styresmakt å utarbeide slike, fordi døma må vere kunnskapsbaserte og ha dokumentert god effekt. Ei rekkje forskingsmiljø kritiserte manglande kunnskapsgrunnlag for tiltaka og mange tiltak blei ikkje evaluerte. Trass i dette bruker direktoratet erfaringsdeling som verkemiddel i større grad enn før.[407]

[400] OsloMet 2024
[401] Ibid.
[402] Ibid.
[403] Verifisert referat frå møte med KS 9. desember 2025 og verifisert referat frå møte med Helsedirektoratet 10. desember 2025.
[404] Verifisert referat frå møte med Helsedirektoratet 10. desember 2025.
[405] Ibid.
[406] Verifisert referat frå møte med Helsedirektoratet 10. desember 2025.
[407] Ibid.

KS seier i intervju at dei har gode erfaringar med at kommunane skal lære av kvarandre, og at reforma la meir til rette for at kommunane kunne ta i bruk gode løysingar i tenestene ved å lære av kvarandre, enn tidlegare reformer.[408]

Demensplan

Demensplan 2025 er den tredje nasjonale demensplanen, og gjaldt for perioden 2021–2025.[409] Planen er eit verkemiddel for å forbetre tenestetilbodet til personar med demens og dei pårørande. Målet er å sikre langsiktig og heilskapleg planlegging av lokalsamfunn og dessutan dimensjonering og kvalitetsutvikling av tenester til eit aukande antal personar med demens og dei pårørande.

Demensplan 2025 har fire hovudinnsatsområde:

- medråderett og deltaking
- førebygging og folkehelse
- gode og samanhengande tenester
- planlegging, kompetanse og kunnskapsutvikling

Planen følgjer innretninga på Leve heile livet-reforma. I likskap med reforma legg han til rette for at tenestene tek i bruk tiltak og løysingar som ifølgje planen er utprøvde og velfungerande.[410]

Demensplan 2025 inneheld 26 tiltak. Fleire av tiltaka er ei vidareføring av Demensplan 2020, som kom i 2015 og gjaldt for perioden 2016–2020. Dette gjeld til dømes kompetansehevingsprogramma Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC. I motsetnad til demensplanane for 2015 og 2020 inneheld Demensplan 2025 òg fleire tiltak retta mot sjukehusa.

Tiltaka i planen vert primært gjennomført i kommunane, men Helsedirektoratet har hatt ansvaret for å sette i verk stimuleringstiltak, og evaluere Demensplan 2025.[411] Direktoratet har oppsummert erfaringar og resultat av planen, og meiner at dagens demensplan har god måloppnåing. Direktoratet framhevar likevel at det framleis er store utfordringar, og at desse utfordringane truleg vil auke i omfang som følgje av at det vil bli langt fleire som har demens. Helse- og omsorgsdepartementet viser til at regjeringa derfor har vedteke at dagens demensplan skal følgjast opp med ein ny demensplan. Departementet tek sikte på å leggje fram den nye planen i første halvår 2026 og viser til at Demensplan 2025 gjeld inntil den nye planen ligg føre.[412]

[408] Verifisert referat frå møte med KS 9. desember 2025.
[409] Helse- og omsorgsdepartementet 2020a
[410] Ibid.
[411] Ibid.
[412] Prop. 1 S (2025–2026) Helse- og omsorgsdepartementet

Kompetanseløft

Kompetanseløft 2025 inneheld nesten 60 tiltak, og fleire av dei er ei vidareføring av Kompetanseløft 2020, som kom i 2015 og gjaldt fram til 2020, for eksempel lønstilskot til vidareutdanning i avansert klinisk allmennsjukepleie og Demensomsorgens ABC.

Kompetanseløft 2025 blei gjennomført i perioden 2021–2025 og var eit verkemiddel for å leggje til rette for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstenesta og den fylkeskommunale tannhelsetenesta. Målet var å bidra til ei fagleg sterk teneste med tilstrekkeleg og kompetent bemanning.[413]

Kompetanseløft 2025 tek utgangspunkt i følgjande fire hovudutfordringar:

- knappleik på helse- og sosialfagleg personell
- mangel på kompetanse og kunnskapsgrunnlag
- for lite brukarmedverknad, tverrfaglegheit, samarbeid og samhandling
- svakheiter i leiinga, planlegginga og organiseringa av tenestene[414]

Helsedirektoratet inngjekk ein avtale med mellom anna Fafo[415] i 2021 om å følgjeevaluere programmet for å vurdere om verkemidla bidreg til å nå måla. Ifølgje direktoratet er evalueringa viktig for å eventuelt justere verkemidla og tiltaksporteføljen.[416] Formålet med evalueringa har òg vore å følgje med på om utviklinga i personell og kompetanse er i tråd med dei fire strategiområda:

- rekruttere, behalde og utvikle personell
- brukarmedverknad, tenesteutvikling og tverrfagleg samarbeid
- kommunal sektor som forskingsaktørar, fagutviklings- og opplæringsarena
- leiing, samhandling og planlegging

Direktoratet har årleg gitt ut ein rapport som beskriv utviklinga på feltet.[417] Siste rapport frå direktoratet viser, i likskap med undersøkinga vår, at det er ein vekst i talet på årsverk i perioden 2015–2024.[418] I tillegg er det gjennomført evalueringar av Nasjonal leiarutdanning for primærhelsetenesta, og den siste kom i 2025.

Opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten

Dette er ein handlingsplan som i likskap med Kompetanseplan 2025 skal bidra til å sikre nok personell med rett kompetanse i omsorgstenesta.[419] Planen er eit tverrdepartementalt samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Kunnskapsdepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Kommunal- og distriktsdepartementet.[420]

[413] Helse- og omsorgsdepartementet 2020b
[414] Ibid.
[415] Helsedirektoratet inngjekk ein avtale med Fafo og samarbeidspartnarane Senter for samfunnsøkonomisk analyse (SØA), KS-konsulent og Agenda Kaupang i 2021, jf. Helsedirektoratet 2021c.
[416] Helsedirektoratet 2023c
[417] Helsedirektoratet 2021f
[418] Ibid.
[419] Helse- og omsorgsdepartementet 2022
[420] Ibid.

Planen kom i 2022 og skal hjelpe kommunane i arbeidet med å løyse personellutfordringane på kort og på lang sikt, og fremje meir bruk av heiltid og faste stillingar.[421]

For å nå målet har planen følgjande strategiske grep:

- kvalifisere, rekruttere og behalde tilsette
- organisere tenester, oppgåver og ansvar
- god leiing og planlegging av tenestene

Planen har fleire tiltak innanfor desse områda, og mange av tiltaka har vore presenterte i tidlegare stortingsmeldingar, planar og budsjettproposisjonar. Dette gjeld til dømes kompetanse- og tenesteutviklingstilskotet, regionalregional koordinator i strategisk kompetanseutvikling, Tørn, Menn i helse, Jobbvinnar, kurspakke for ufaglærte og nasjonal leiarutdanning for primærhelsetenesta.

Planen skal følgjast opp gjennom Kompetanseløft 2025, og han vil «være dynamisk, der strategier og tiltak vil videreutvikles i tråd med utvikling av ny politikk og ny kunnskap, og i et samarbeid med relevante aktører. Utvikling av nye tiltak vil bl.a. komme gjennom Bo trygt hjemme-reformen og Nasjonal helse- og samhandlingsplan, og gjennom oppfølgingen av Helsepersonellkommisjonen.»[422]

Bu trygt heime-reforma

I sluttevalueringa av Leve heile livet-reforma peika OsloMet på at reforma i stor grad blei organisert og oppfatta som ei sektorreform, og at dreiinga i retning samfunnsreform blei utfordrande når reforma i hovudsak var knytt til helse- og omsorgssektoren.

Helsedirektoratet seier at dette blei teke på alvor av helsestyresmaktene. Bu trygt heime-reforma blei derfor utarbeidd av Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med fem andre departement: Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Kommunal- og distriktsdepartementet, Kultur- og likestillingsdepartementet, Kunnskapsdepartementet og Samferdselsdepartementet.[423] Reforma inneheld over 90 tiltak, både nye tiltak og tiltak som ligg under eksisterande satsingar.

Helsedirektoratet skriv i årsrapporten for 2024 at «reformen legger opp til tverrsektoriell organisering på alle styringsnivåer, på tvers av departementer, underliggende etater, regionale myndigheter og kommunale sektorer. Samtidig er forvaltningen organisert med sektorer som skal løse oppgaver innenfor sine respektive politikkområder.»[424]

Helsedirektoratet viser i intervju til at nettverk for aldersvennlege lokalsamfunn (kommunenettverk) og partnarskapsordninga blei vidareførte i Bu trygt heime-reforma. Dette er tiltak og aktivitetar som i hovudsak rettar seg mot aktørar utanfor helse- og omsorgstenesta, og som direktoratet meiner har vore vellykka. Kommunenettverket

[421] Helse- og omsorgsdepartementet 2022
[422] Ibid.
[423] Verifisert referat frå møte med Helsedirektoratet 10. desember 2025.
[424] Helsedirektoratet 2025j

jobbar for folkehelse og førebygging gjennom mellom anna å forankre aldersvennlege tiltak i kommuneplanar og handlingsplanar. Direktoratet uttrykkjer at partnarskapsordninga med KS bidreg til auka tverrsektorielt samarbeid, slik at ein gjennom ei aldersvennleg utvikling og aldersvennlege tiltak kan førebyggje eller redusere belastninga på helse- og omsorgstenestene.

Direktoratet peikar på at det òg blei gjort andre grep med organisering og innretning basert på erfaringane med Leve heile livet-reforma:

- Statsforvaltarane fekk, som regional koordinator, ein friare rolle i den regionale organiseringa av arbeidet. Samstundes fekk dei føringar om å formalisere samarbeidet med Husbanken regionalt og fylkeskommunen.
- Eldrebustadprogrammet er ein sentral del av reforma.
- Arbeidet med eit aldersvennleg Noreg blei langt betre integrert enn i Leve heile livet-reforma.

Helsedirektoratet meiner at stortingsmeldinga om Bu trygt heime-reforma i utgangspunktet hadde for lite merksemd på digitale moglegheiter. Direktoratet påpeikar at demografi og berekraftsutfordringane er sjølve bakteppet for reforma. Digitalisering og teknologi er viktige for å møte desse utfordringane, og burde vore vektlagd i større grad frå starten av. Direktoratet jobbar for å integrere tematikken tettare opp mot Bu trygt heime-arbeidet.[425]

Direktoratet peikar i intervju på at innbyggjardialog og helsekompetanse i befolkninga er dei viktigaste tiltaka i Bu trygt heime-reforma:

- Innbyggjardialogen handlar om at kommunane må få til ein dialog med innbyggjarane sine om kva dei kan vente av kommunen. Direktoratet har sett at dette har modna i kommunane, og at fleire kommunar har lykkast med dette.

  Hovudbodskapen til innbyggjarane er at dei i større grad må ta ansvar for eigen alderdom, medan samfunnet skal leggje til rette for at innbyggjarane kan ta dei rette vala. Senteret for et aldersvennleg Noreg har spelt ei viktig rolle i dette. Som nemnt i punkt 11.3.3 har den direkte dialogen mellom senteret og kommunane bidrege til å løfte temaet.
- Helsedirektoratet sitt arbeid med å auke helsekompetansen i befolkninga heng saman med innbyggjardialogen, og er nær knytt til kva innbyggjaren sjølv kan gjere for å ta dei gode vala når det gjeld helse og alderdom.[426]

Helse- og omsorgsdepartementet meiner også at innbyggjardialogen og helsekompetansen i befolkninga er viktige område i reforma.[427]

På lik linje med dei andre planane og Leve hele livet-reforma, skal òg Bu trygt heime-reforma evaluerast. OsloMet skal levere ein midtvegsrapport i april 2026. Direktoratet

[425] Verifisert referat frå møte med Helsedirektoratet 10. desember 2025.
[426] Verifisert referat frå møte med Helsedirektoratet 10. desember 2025.
[427] Helse- og omsorgsdepartementet 2026

understrekar i intervju at evalueringa gir høve til å gjere justeringar i reforma. Samtidig får direktoratet innspel frå KS, Husbanken og andre aktørar i Bu trygt heime-reforma. Helse- og omsorgsdepartementet viser til at hovudaktørane nasjonalt og regional blei intervjua av OsloMet som ein del av midtvegsevalueringa. Hovudmålet med rapporten er å leggje eit grunnlag for å vurdere om organiseringa av arbeidet støtter måla. Vidare presiserer departementet at evalueringa av dei konkrete tiltaka i reforma ikkje er ein del av midtvegsevalueringa ,og at direktoratet òg har henta inn utdjupande rapportering frå statsforvaltarane.[428]

KS understrekar i intervju at det er vanleg å undervurdere kor lang tid det tek å få til endring, og påpeikar òg at det er utfordrande å evaluere ei reform der kvar kommune har gjennomført tiltak med utgangspunkt i eigne utfordringar.

Eldrebustadprogrammet

Eldrebustadprogrammet er ein sentral del av Bu trygt heime-reforma. Målet er å bidra til at alle har tilgang til ein eigna bustad i eit aldersvennleg bumiljø.

Programmet skal stimulere eldre til å ta ansvar for sin bustadsituasjon, samtidig som personar utan midlar til tilpassing eller flytting skal bli ivaretatt.[429] Husbanken har det overordna ansvaret for programmet.[430]

I 2024 blei det gjennomført fleire utgreiingar som skulle gi kunnskap om bustader til eldre. Husbanken har òg utarbeidd ein gjennomføringsplan for eldrebustadprogrammet, som varer fram til 2028. Eldrebustadprogrammet består av 15 ulike tiltak, der eitt er å gjere startlån betre kjent for eldre med låg inntekt.[431]

Husbanken seier i intervju at programmet blir viktig for å løyse demografiutfordringane. Erfaringar frå samlingar for kommunar arrangerte av mellom anna Husbanken og statsforvaltarane viser at det er semje om utfordringane og måla på området.

I 2025 blei eldrebustadalliansen etablert som ein del av programmet. Alliansen består av representantar frå offentleg forvaltning, kommunesektoren sine organisasjonar, bustadbransjen, fagmiljø, interesseorganisasjonar, arkitektar og byutviklarar.[432] Formålet er å

- bidra til erfaringsutveksling, kunnskapsdeling og felles læring
- identifisere barrierar og fremje tiltak for fleire aldersvennlege bustader
- vere ein arena for samspel mellom offentleg sektor og næringsliv

Hausten 2025 leverte eldrebustadalliansen ein rapport til Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunal- og distriktsdepartementet der alliansen ga anbefalingar for vegen vidare. Helse- og omsorgsdepartementet presiserer at hovudvekta

[428] Helse- og omsorgsdepartementet 2026
[429] Meld. St. 24 (2022–2023)
[430] Husbanken 2026
[431] Verifisert referat frå møte med Husbanken 26. november 2025.
[432] Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunal- og distriktsdepartementet 2025

av anbefalingane frå alliansen ligg på Kommunal- og distriktsdepartementet sitt ansvarsområde.[433]

14.2.3 Det er fleire tilskot på området

Det finst ulike typar tilskot som gjeld kommunale helse- og omsorgstenester, og dei fleste ordningane er relevante for tenester til eldre i større eller mindre grad.[434] Tabell 8 viser nokre av ordningane som blir forvalta av Helsedirektoratet. Som nemnt forvaltar Husbanken investeringstilskot til heildøgns omsorg i sjukeheimar og omsorgsbustader, jf. punkt 10.2.5, og statsforvaltarane forvaltar kompetanse- og tenesteutviklingstilskotet, jf. punkt 10.4.

Tabell 8 Tilskotsordningar forvalta av Helsedirektoratet som gjeld kommunale helse- og omsorgstenester til eldre i perioden 2019–2024

Tilskotsordning	Utbetalt i perioden (kroner)
Etablering og utvikling av kommunale frisklivs-, lærings- og meistringstilbod	106,5 mill.
Aktivitetstiltak for å motverke einsemd og passivitet	103,2 mill.
Nettverk for innføring av helseteknologi og prioriterte samhandlingstiltak i kommunal sektor	84,1 mill.
Heilskapleg støtte til pårørande med krevjande omsorgsoppgåver	79,4 mill.
Mobilisering mot einsemd	73,2 mill.
Tilrettelegging for å ta i bruk teknologi i den kommunale helse- og omsorgstenesta	71,2 mill.
Lønstilskot for masterutdanning i avansert klinisk allmennsjukepleie	67,7 mill.
Pårørandeskular og samtalegrupper	35,0 mill.
IKT-opplæring for å heve den digitale kompetansen blant eldre	21,8 mill.
Modellutvikling klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for omsorgstenesta	21,0 mill.
Utprøving og innføring av digitale samhandlingsløysingar	20,0 mill.
Rettleiing av studentar og tilsette i dei kommunale helse- og omsorgstenestene	9,9 mill.
Totalt	**693,0 mill.**

Kjelde: Helsedirektoratet 2025i

[433] Helse- og omsorgsdepartementet 2026
[434] Helsedirektoratet skriv at alder i liten grad er eigna som kriterium for å kategorisere tilskotsordningar, jf. Helsedirektoratet 2025i.

Oversikta inkluderer tilskot til alle mottakarar. I perioden 2019–2024 er det til saman utbetalt 495 millionar kroner i tilskot til KS, fylkeskommunar og kommunar.[435] Berre tre av dei tolv tilskotsordningane har eksistert i heile perioden. Dette gjeld

- aktivitetstiltak for å motverke einsemd og passivitet
- heilskapleg støtte til pårørande med krevjande omsorgsoppgåver
- lønstilskot for masterutdanning i avansert klinisk allmennsjukepleie

Helsedirektoratet meiner at dei mest sentrale kommunane ofte søkjer på større og meir komplekse ordningar, som teknologiutvikling og digitale samhandlingsløysingar. Desse kommunane søkjer om høgare beløp og på fleire ordningar enn mindre sentrale kommunar.[436] Dette kom òg fram i evalueringa av velferdsteknologiprogrammet i 2019.[437] Direktoratet legg til at det ikkje nødvendigvis er dei større kommunane som kjem best ut om ein samanheld tilskotsbeløp med talet på innbyggjarar.[438]

Helsedirektoratet trekkjer fram at enkelte kommunar ikkje søkjer om tilskot fordi dei manglar kapasitet eller kompetanse.[439] Det er særleg små kommunar som har avgrensa administrativ kapasitet og kompetanse. Direktoratet reknar med at det kan ha blitt for mange statlege tilskotsordningar i forhold til kva kapasitet kommunane har. Direktoratet vurderer å forenkle ordningar for kommunar med låg kapasitet.[440]

I spørjeundersøkinga svarer i underkant av ein av fem kommunar at manglande tid eller ressursar er forklaringar på at dei ikkje har søkt om tilskot. Dette gjeld i noko større grad distriktskommunar. Somme kommunar nemner at det er tidkrevjande å søkje og rapportere om tilskot, og at det er ei utfordring at tilsegna om tilskot kjem midt i året det er søkt om. Senter for omsorgsforsking trekte òg fram utfordringar med tidkrevjande prosessar og fristar i utakt med kalenderåret i sin gjennomgang av kompetanse- og tenesteutviklingstilskotet, jf. punkt 10.4.1.[441]

Finansdepartementet har frå 1. januar 2026 heva beløpsgrensa for rapportering av øyremerkte tilskot til kommunar til 1 million kroner, frå tidlegare 100 000 kroner. Endringa er gjort for å leggje til rette for forenkling og redusere byråkrati i stat og kommune.[442]

Helsedirektoratet skriv at tilskotsordningar i praksis kan favorisere større og meir ressurssterke kommunar, sjølv om behovet kan vere like stort i små kommunar.[443] Ein liten kommune har omtalt dette i spørjeundersøkinga:

[435] Beløpa på tilskot i nominell verdi.
[436] Helsedirektoratet har opplyst at dette svarer til gruppe 1–3, jf. Helsedirektoratet 2025i. SSBs sentralitetsindeks går frå 1 til 6. I indeksen er 1 dei mest sentrale kommunane, medan 6 er dei minst sentrale kommunane.
[437] SINTEF og Nasjonalt senter for e-helseforskning 2019
[438] Helse- og omsorgsdepartementet 2026
[439] Helsedirektoratet 2025i
[440] Ibid.
[441] Senter for omsorgsforsking 2024a
[442] Finansdepartementet 2025
[443] Helsedirektoratet 2025i

> «Små kommuner kommer dårligere ut med omsyn til å søke etter midler. Store kommuner har kapasitet til å lage store og gode søknader, mens søknadene blir 'venstrehåndsarbeid' for små kommuner. Det gir en skeiv fordeling av støttemidler. Midler bør fordeles på en litt mer rettferdig måte.»
>
> *Kjelde: Spørjeundersøking til kommunane*

Det er berre tre prosent av kommunane som svarer at manglande kjennskap til tilskotsordningane er grunnen til at dei ikkje har søkt.

14.2.4 KS har vore ein sentral aktør i Helse- og omsorgsdepartementet sitt arbeid med å hjelpe kommunane

Konsultasjonsordninga mellom regjeringa og KS er ein formalisert arena for dialog og samhandling om statlege rammer og måloppnåing i kommunesektoren, og dannar grunnlaget for fleire bilaterale samarbeidsavtalar.[444] Helse- og omsorgsdepartementet har inngått fleire avtalar med KS, mellom anna

- ein samarbeidsavtale av 19. mars 2024 mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS om digital samhandling og helseteknologi i helse- og omsorgstenestene i kommunane
- ein utviklingsavtale av 26. april 2024 mellom regjeringa og KS om vidareutvikling av gode lokalsamfunn og berekraftige velferdstenester[445]

Utviklingsavtalen tek utgangspunkt i Bu trygt heime-reforma og skal bidra til samordna innsats i møte med den demografiske utviklinga. Partane er samde om at kommunane står overfor utfordringar som må løysast i samarbeid mellom ulike sektorar.[446] Partane har blitt samde om 15 særskilde samarbeidsområde i avtaleperioden, som er frå april 2024 til utgangen av 2028. Partane skal mellom anna

- samarbeide om ein tydelegare bodskap om forventningsavklaringar og tiltak som kan bidra til å dempe bemanningsbehovet, samtidig som innbyggjarane får gode helse- og omsorgstenester (HOD og KS)
- bidra til ei kunnskapsbasert tilnærming til behov og tiltak i bustadpolitikken, mellom anna fleire aldersvennlege bustader i tråd med eldrebustadprogrammet (KDD, HOD, AID og KS)
- føre vidare plansamarbeidet med KS gjennom kartlegging og utgreiing av framtidige behov for heildøgns omsorgstilbod og andre butilbod (KDD, HOD og KS)

[444] KS u.å.a
[445] Avtalen er inngått mellom Helse- og omsorgsdepartementet (koordinerande departement), Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Kommunal- og distriktsdepartementet, Kultur- og likestillingsdepartementet, Kunnskapsdepartementet og Samferdselsdepartementet og kommunesektoren, representert ved KS.
[446] KS & Regjeringen 2024

- bidra til å løyse utfordringane med personellmangel gjennom forsøk som bidreg til endra oppgåveorganisering og inkludering av arbeidskraft utan fagkompetanse (AID, HOD og KS)
- støtte opp under kommunesektoren sitt ansvar for rett og nødvendig kompetanse (KD, HOD og KS)
- arbeide for å styrkje det ordinære planarbeidet i kommunane gjennom å spreie verktøy for kartlegging av behov, framskrivingar og så bortetter (HOD, KDD og KS)
- arbeide for at tenestene jobbar meir førebyggjande og helsefremjande slik at kvar enkelt blir sett betre i stand til å leve eit godt og sjølvstendig liv (HOD og KS)

Partane er òg samde om å samarbeide om å gjennomføre Bu trygt heime-reforma. Med atterhald om løyving frå Stortinget får KS midlar frå Helse- og omsorgsdepartementet til å følge opp avtalen.[447]

Helse- og omsorgsdepartementet påpeikar at slike bilaterale avtalar inngår i verkemiddelapparatet og styringsdialogen mellom staten og kommunesektoren, og at dette varetek omsynet til kommunalt handlingsrom i større grad enn sterkare styringsverkemiddel som lovfesting og øyremerking av tilskot.[448]

KS viser til partnarskapen med staten som blei etablert i samband med Leve heile livet-reforma, og som blei forsterka i samband med Bu trygt heime-reforma.[449] Departementet deltek på to–tre årlege møte med KS for å utveksle informasjon og ha dialog om kva det er viktig å rette merksemda mot framover. Departementet meiner at samarbeidet fungerer godt, og at KS gjer viktig utviklingsarbeid som gagnar kommunane, for eksempel ved å utvikle verktøy som mange kommunar bruker.[450]

Mange kommunar har utfordringar med å rekruttere og behalde personell, noko som går utover stabiliteten og kontinuiteten i tenestene. KS har ansvaret for tre av tiltaka som skal bøte på dette, nemleg Tørn, Jobbvinnar og Menn i helse.[451] Alle tiltaka er finansierte over statsbudsjettet.[452]

Tørn

Formålet med Tørn er å bidra til å utvikle nye arbeids- og organisasjonsformer i omsorgstenestene for å auke kontinuiteten i tenestene, gi brukarane og dei tilsette større føreseielegheit og tryggleik og bidra til tenester som er tilpassa kvardagen til brukarane. Det kan dreie seg om å prøve ut alternative turnusordningar som mellom anna bidreg til fleire heiltidsstillingar, utvikle verktøy som optimaliserer arbeidslister og

[447] KS & Regjeringen 2024.
[448] Verifisert referat frå møte med Helse- og omsorgsdepartementet 13. januar 2026.
[449] Verifisert referat frå møte med KS 9. desember 2025.
[450] Verifisert referat frå møte med Helse- og omsorgsdepartementet 13. januar 2026.
[451] Meld. St. 24 (2022–2023) og Prop. 1 S (2021–2022) Helse- og omsorgsdepartementet.
[452] Omtalt mellom anna i Prop. 1 S (2019–2020) Helse- og omsorgsdepartementet, Prop. 1 S (2023–2024) Helse- og omsorgsdepartementet og Meld. St. 24 (2022–2023).

oppgåvefordeling, eller utvikle andre arbeids- og organisasjonsformer for å sikre meir føreseielegheit i tenestetilbodet til kvar enkelt.[453]

Helse- og omsorgsdepartementet rapporterte i Prop. 1 S for 2024 at Tørn-prosjektet er godt i gang og gir gode effektar. Departementet viser til at enkelte statsforvaltarar rapporterer at fleire kommunar har teke i bruk arbeidstidsorganisering, oppgåvedeling og årsturnus.[454]

Jobbvinner

Jobbvinnar er ei nasjonal satsing med mål om å rekruttere og behalde sjukepleiarar og helsefagarbeidarar i kommunane. Målet er at helse- og omsorgstenesta skal vere ein attraktiv arbeidsplass og ein god læringsarena for helsepersonell, studentar og lærlingar. Ei sentral oppgåve er å etablere samarbeid mellom kommunar og utdanningsinstitusjonar for å styrkje praksisopplæringa.[455]

Jobbvinnar i Trøndelag blei evaluert av Trøndelag Forskning og Utvikling (TFoU) på oppdrag frå Helsedirektoratet i perioden 2018–2020.[456] Evalueringa av tre pilotar viste mellom anna at kommunane arbeidde med rekruttering, oppfølging og rettleiing av nytilsette, studentar og lærlingar. TFoU meiner dette har gitt gode resultat, og fleire kommunar fekk fleire søkjarar på ledige stillingar, både sjukepleiarar og helsefagarbeidarar. TFoU påpeikar likevel at det er vanskeleg å fastslå om dette kom av kommunane sitt arbeid med tiltaka.[457] TFoU meinte elles at det viktigaste resultatet var medvitet som blei skapt om arbeidet med rekruttering, kompetansekartlegging, kompetanseplanar og tiltak.[458]

Pilotar i Agder og Rogaland er òg evaluerte.[459] Helsedirektoratet vurderer det slik at Jobbvinnar har ein høg grad av måloppnåing.[460]

Menn i helse

Menn i helse er eit tiltak som skal bidra til å auke rekrutteringa av menn til omsorgssektoren. Det blei starta opp i Trondheim i 2010 og er eit samarbeid mellom kommunar, Nav, fylkeskommunar, KS og Helsedirektoratet.[461]

Målet er å rekruttere menn i alderen 25–55 år som er registrerte som arbeidssøkjar hos NAV.[462] Gjennom eit komprimert utdanningsløp skal dei oppnå fagbrev som helsefagarbeidar.[463]

[453] Meld. St. 24 (2022–2023)
[454] Prop. 1 S (2025–2026) Helse- og omsorgsdepartementet
[455] Meld. St. 24 (2022–2023)
[456] Prop. 1 S (2019–2020) Helse- og omsorgsdepartementet
[457] SINTEF og Trøndelag Forskning og Utvikling AS 2020
[458] SINTEF og Trøndelag Forskning og Utvikling AS 2020
[459] Universitetet i Agder 2021 og Universitetet i Stavanger 2020
[460] Prop. S 1 (2023–2024) Helse- og omsorgsdepartementet
[461] Meld. St. 24 (2022–2023) og til dømes Prop. 1 S (2021–2022) Helse- og omsorgsdepartementet.
[462] Nav 2025
[463] Meld. St. 24 (2022–2023)

Østlandsforskning har evaluert tiltaket og konkluderte med at det bidreg positivt til arbeidsmiljøet. Deltakarane blir verdsette og brukarane er positive til å møte både kvinner og menn som tenesteytarar. Det er òg økonomiske og samfunnsmessige effektar ved å aktivisere personar som står langt frå arbeidsmarknaden.[464]

Ved utgangen av 2024 var Menn i helse etablert i 14 av 15 fylke og samarbeidde med 150 kommunar om praksis- og læreplassar. Om lag 1 400 hadde då teke fagbrev.[465] Ved utgangen av 2022 hadde om lag 92 prosent fått relevant jobb gjennom tiltaket.[466]

Sekretariat for etter- og vidareutdanning (SEVS) i samfunnsplanlegging (Samplan)

SEVS er eit samarbeid mellom stat og kommunesektoren for å styrkje kompetansen innanfor planlegging og samfunnsutvikling, jf. punkt 13.3.1. Sekretariatet er lagt til KS. Samarbeidet skal styrkje plankompetanse gjennom mellom anna eit etter- og vidareutdanningskurs i samfunnsplanlegging (Samplan).[467] Helse- og omsorgsdepartementet viser til at SEVS er eit viktig verktøy som bidreg til auka planleggingskompetanse i både dei kommunale helse- og omsorgstenestene og folkehelsearbeidet i kommunane. Samplan har hatt ca. 40 deltakarar kvart studieår sidan 2018–2019.[468]

Verktøy utvikla av KS

Omsorg 2050 er eit verktøy som bereknar det forventa behovet for kommunale pleie- og omsorgstenester fram mot 2050.[469] Verktøyet presenterer framskrivingar for

- talet på mottakarar av helsetenester i heimen
- talet på mottakarar av heildøgns omsorg
- talet på innbyggjarar med demens
- befolkningsutvikling fordelt på aldersgrupper[470]

KS presiserer at framskrivingar viser kva som kan ventast dersom dagens mønster held fram, justert for dei føresetnadene kommunen vel. Faktisk utvikling blir påverka av lokale forhold, politiske avgjerder og tiltak i og utanfor kommunen. [471] Første versjon kom i 2019, og det har komme fleire oppdaterte versjonar sidan, seinast i 2025.[472]

Bakgrunnen for verktøyet var at framskrivingane som fanst, ikkje var presise nok til at ein kunne planleggje og dimensjonere tenestene. KS presiserer at for å dimensjonere heildøgnstenestene framover i tid trengst det verktøy som tek omsyn til endringar i behov og endringar i måten tenestene blir leverte på. Som døme på dette nemner KS at det blir

[464] Ibid.
[465] Prop. 1 S (2025–2026) Helse- og omsorgsdepartementet
[466] Prop. 1 S (2023–2024) Helse- og omsorgsdepartementet
[467] KS u.å.b
[468] Prop 1 S for Helse- og omsorgsdepartementet for åra 2021 til 2026.
[469] KS u.å.c
[470] Ibid.
[471] Ibid.
[472] Verifisert referat frå møte med KS 9. desember 2025.

nytta teknologi i større grad, og at tenester blir gitt i andre buformer eller andre former for omlegging av tenester.[473]

KS har òg utvikla eit prosessverktøy for strategisk kompetanseutvikling og styring. Verktøyet skal bidra både til at kommunen og kvar enkelt medarbeidar har nødvendig kompetanse, og til å sikre at kommunen har rett og nødvendig bemanning.[474]

[473] Verifisert referat frå møte med KS 9. desember 2025.
[474] KS u.å.d

Del 3: Revisjonskriterium og metodar

15 Revisjonskriterium

15.1 Eldre har rett til å få gode kommunale helse- og omsorgstenester

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordna ansvaret for at befolkninga får gode og likeverdige helse- og omsorgstenester. Det følgjer av *lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (helse- og omsorgstenestelova) at kommunane skal sørgje for at personar som oppheld seg i kommunen, blir tilbodne nødvendige helse- og omsorgstenester. For at oppfylle dette sørgje for-ansvaret skal kommunane tilby mellom anna helsetenester i heimen og plass i institusjon.[475]

I 2007 påpeika helse- og omsorgskomiteen at han ser alvorleg på utfordringane samfunnet står overfor når det gjeld det aukande behovet for pleie- og omsorgstenester i framtida, med omsyn til mellom anna utbygging av fleire sjukeheimsplassar og omsorgsbustader med heildøgns tenester.[476] Investeringstilskot til omsorgsbustader og sjukeheimsplassar blei innført i 2008 og skal stimulere kommunane til å både auke og fornye tilbodet av plassar til personar med behov for heildøgns helse- og omsorgstenester.[477] I seinare tid har helse- og omsorgskomiteen sagt at ein må ta kraftfulle grep for å sikre ei god og verdig eldreomsorg med nok ressursar til tenestene, byggje fleire sjukeheimsplassar og sikre kvalifisert personell. Komiteen meinte at målsetjinga om at fleire skal bu heime lenger, ikkje kan gå ut over fleire sjukeheimsplassar.[478] Videre understreka komiteen at tilgjengelegheit og andelen eigna bustader, spesielt for eldre, er sentrale element for å sikre trygge heim.

I innstillinga til Meld. St. 24 (2022–2023) *Fellesskap og meistring – Bu trygt heime* understrekar komiteen at det å ha tilstrekkeleg personell med rett kompetanse var det som var mest avgjerande for å kunne levere trygge og gode tenester til befolkninga, jf. Innst. 112 S (2023–2024). Komiteen meiner vidare at dette er eit område som må styrkjast.

15.1.1 Forsvarlegheit og kvalitet

Eldre har rett til nødvendige helse- og omsorgstenester frå kommunane.[479] Ved utforming av tenestetilbodet skal det leggjast stor vekt på kva pasienten eller brukaren meiner.[480]

[475] Helse- og omsorgstjenestlova § 3-2
[476] Budsjett-innst. S. nr. 11 (2007–2008) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2008, kapitler under Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområde 15)*
[477] *Forskrift om investeringstilskudd til omsorgsboliger og sykehjemsplasser fra Husbanken*
[478] Innst. 112 S (2023–2024) *Innstilling om Fellesskap og meistring – Bu trygt heime*
[479] *Lov om pasient- og brukerrettigheter.* Både kommunane og staten skal sørgje for at befolkninga får nødvendige helse- og omsorgstenester og spesialisthelsetenester, jf. helse- og omsorgstenestelova § 3-1 og spesialisthelsetenestelova § 2-1.
[480] *Lov om pasient- og brukerrettigheter*

Tenestene som eldre får i kommunane, skal vere forsvarlege.[481] At tenestene er forsvarlege, betyr at dei må halde tilfredsstillande kvalitet, og at dei må ytast i tide og i tilstrekkeleg omfang.[482] Eit tenestetilbod som ikkje oppfyller verdigheitskrava, kan heller ikkje oppfattast som eit forsvarleg tenestetilbod. Eit verdig tenestetilbod inneber mellom anna forsvarleg buform ut frå behovet og tilstanden til den eldre, og fagleg forsvarleg oppfølging frå lege og anna relevant personell som sikrar kontinuitet i behandlinga.[483] Då Riksrevisjonen si undersøking av tilgjengelegheit og kvalitet i eldreomsorga blei behandla understreka kontroll- og konstitusjonskomiteen at når eldre søkjer om helse- og omsorgstenester, må det i tillegg til faglege vurderingar og behov leggjast vekt på dei ønska og meiningane som dei eldre har.[484]

I Prop 91 L (2010–2011) står følgjande om kravet om forsvarlegheit: «Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard. Det innebærer at innholdet bestemmes av normer utenfor loven. Forsvarlighetskravet for helse- og omsorgstjenesten er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Innholdet i forsvarlighetskravet endrer seg dermed også i takt med utviklingen av fagkunnskap og endringer i verdioppfatninger. Forsvarlighetskravet har en dobbel funksjon. Det er en rettesnor for tjenesten og viser til normer som beskriver hvordan tjenestene bør være. Disse normene utgjør kjernen i forsvarlighetskravet og kan betegnes som god praksis. Samtidig danner normene utgangspunkt for å fastlegge hvor grensen mot det uforsvarlige går. Det vil si de konkrete vurderingene av hvor store avvik fra god praksis som kan aksepteres før avviket medfører at tjenesten blir uforsvarlig. Mellom god praksis, og forsvarlighetskravets nedre grense, vil det være rom for at kommunen kan utøve skjønn. Det følger imidlertid av forsvarlighetskravet at tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang.»

Ved behandlinga av lovforslaget sa helse- og omsorgskomiteen seg tilfreds med at departementet viste til at kravet om forsvarlegheit peikar på god praksis som norm for tenestene. Komiteen viste i denne samanhengen til Helsedirektoratet sin nasjonale faglege rettleiar som beskriv god praksis, og til at innhaldet i kravet om forsvarlegheit utviklar seg i takt med utviklinga av den faglege kunnskapen.

Tenester av god kvalitet er kjenneteikna av at dei er verknadsfulle, samordna og prega av kontinuitet, og at dei er trygge og sikre, involverer brukarane og gir dei innverknad, utnyttar ressursane på ein god måte og er tilgjengelege og rettferdig fordelte.[485]

Det følgjer av forvaltningslova at kommunen må sjå til at saka er så godt opplyst som mogleg før det blir gjort vedtak, jf. § 17. Dette inneber å gjere nødvendige undersøkingar for å sikre at vedtak og tenester byggjer på korrekt og tilstrekkeleg informasjon.

---

[481] Følgjer av *lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (helse- og omsorgstenestelova) *og lov om helsepersonell mv.* (helsepersonellova).
[482] Prop. 99 L (2015–2016) *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven (rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester – kriterier og ventelister)*
[483] *Forskrift om en verdig eldreomsorg* (verdighetsgarantiforskriften)
[484] Innst. 179 S (2018–2019) *Innstilling til Stortinget*
[485] Til dømes Prop. 91 L 2010–2011 *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)* og Helsedirektoratet 2017d.

15.1.2 Likeverdige tenester

Eit viktig formål med helse- og omsorgstenestelova er å bidra til eit likeverdig tenestetilbod for heile befolkninga. Det går fram av forarbeida til lova at dette inneber at befolkninga skal sikrast lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstenester uavhengig av til dømes alder eller bustad. I tillegg må kommunane organisere eit tilbod som tek omsyn til endringar i behova til befolkninga, og som sikrar kvalitet i tenestene for alle brukargrupper.[486]

Prinsippet om likeverdig tenestetilbod må vurderast opp mot det kommunale sjølvstyret, slik det kjem fram av innstillinga til helse- og omsorgstenestelova. Fleirtalet i Helse- og omsorgskomiteen støtta at «kommunene gis større frihet til organisering av sine tjenester. Det innebærer at tjenestene kan tilpasses lokale forhold og behov, at ressursene utnyttes effektivt til fordel for innbyggerne, og at tjenestene raskt kan tilpasses når nye behov eller ny kunnskap tilsier dette.»[487]

15.2 Krav til kommunane si styring og leiing av helse- og omsorgstenestene

Kommunane skal sørgje for løyvingar som er nødvendige for å yte tenester, og setje i verk tiltak som dei har ansvaret for etter lova.[488] God ressursutnytting er eitt av formåla i helse- og omsorgstenestelova.

15.2.1 Krav til kvalitetsarbeidet til kommunane

Sørgje for-ansvaret i helse- og omsorgstenestelova inneber ei plikt til å planleggje, gjennomføre, evaluere og korrigere verksemda, slik at omfanget av og innhaldet i tenestene er i samsvar med krav fastsette i lov eller forskrift. Alle som yter helse- og omsorgstenester etter lova, skal sørgje for at verksemda arbeider systematisk for kvalitetsforbetring og pasient- og brukarsikkerheit.[489] Dette skal bidra til at tenestene blir gitt på ein forsvarleg måte.[490]

Ved behandlinga av stortingsmeldinga om kvalitet og pasientsikkerheit for 2014 sa helse- og omsorgskomiteen at arbeidet med kvalitet og pasientsikkerheit i helsetenesta må skje kontinuerleg og systematisk, og at dette er eit leiingsansvar.[491] Då meldinga for 2015 blei behandla, understreka helse- og omsorgskomiteen at det er eit overordna politisk ansvar å sørgje for kvalitet og pasientsikkerheit i tenestene.[492]

---

[486] Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*
[487] Innst. 424 L (2010–2011) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).* Komiteens fleirtal var Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, som utgjorde Stortingets fleirtal i 2011.
[488] Helse- og omsorgstenestelova § 11-1
[489] Helse- og omsorgstenestelova § 3-1 og § 4-2
[490] Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*
[491] Innst. 217 S (2015–2016) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om kvalitet og pasientsikkerhet 2014*
[492] Innst. 234 S (2016–2017) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Kvalitet og pasientsikkerhet 2015*

Det systematiske arbeidet med kvalitetsforbetring vil inngå som ein naturleg del av internkontrollsystemet i verksemda.[493] I *lov om kommuner og fylkeskommuner* er det stilt krav om at kommunane skal ha ein internkontroll som skal vere systematisk og tilpassa storleiken, eigenarten og aktivitetane til verksemda og dessutan risikoforholda i verksemda.[494] Krava til internkontroll går fram av helse- og omsorgstenestelova og *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgskomiteen har vist til at forskrifta skal sikre at verksemdene jobbar systematisk med kvalitetsforbetring og pasientsikkerheit. Komiteen trekk fram at dei grunnleggjande elementa i eit styringssystem er planleggje, gjennomføre, evaluere og korrigere.[495]

Helse- og omsorgskomiteen meiner dei pårørande er ein viktig ressurs, og anerkjenner det viktige arbeidet som dei gjer for sine nærmaste. Komiteen er tydeleg på at det er samfunnet som har ansvaret for å ta vare på dei som har behov for omsorgstenester, og at det er viktig at dei pårørande ikkje blir ei kvilepute eller blir tekne for gitt av dei som yter helse- og omsorgstenester.[496]

15.2.2 Krav til planlegginga i kommunane

Kommunane skal etter lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningslova) § 10 ha ein kommunal planstrategi som omfattar ei drøfting av det strategiske valet i kommunen knytt til samfunnsutviklinga. Kommunane skal ha ein samla kommuneplan som omfattar ein samfunnsdel med handlingsdel, og ein arealdel, jf. § 11. Kommuneplanen skal vareta både kommunale, regionale og nasjonale mål, interesser og oppgåver og bør omfatte alle viktige mål og oppgåver i kommunen. Han skal ta utgangspunkt i den kommunale planstrategien og leggje retningslinjer og pålegg frå statlege og regionale styresmakter til grunn. Kommuneplanen skal ha ein handlingsdel som angir korleis planen skal følgjast opp, og reviderast årleg.[497]

Samfunnsdelen i kommuneplanen skal ta stilling til langsiktige utfordringar, mål og strategiar for kommunesamfunnet som heilskap og kommunen som organisasjon. Vidare bør samfunnsdelen innehalde ei beskriving og vurdering av alternative strategiar for utviklinga i kommunen. Samfunnsdelen skal vere grunnlag for planane og verksemda til sektorane i kommunen. Han skal gi retningslinjer for korleis kommunen sine eigne mål og strategiar skal gjennomførast i kommunal verksemd.[498]

Utviklinga innanfor helse- og omsorgstenestene bør vere ein viktig del av kommuneplanarbeidet.[499] Det går fram av forarbeida til helse- og omsorgstenestelova at kommunen sine vurderingar kan gå fram av samfunnsdelen i kommuneplanen eller av ein eigen kommunedelplan for helse og omsorg. Det blir lagt til grunn at planane bør inkludere vurderingar av det framtidige behovet for kapasitet i institusjonar og heimetenester, og tiltak for å møte dette behovet, inkludert behovet for kompetent

[493] Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*
[494] Kommunelova § 9-13
[495] Innst 288 S (2020–2021) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Kvalitet og pasientsikkerhet 2019*
[496] Innst.112 S (2023–2024) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Fellesskap og meistring – Bu trygt heime*
[497] Plan- og bygningslova § 11-1
[498] Plan- og bygningsloven § 11-2
[499] St. meld. nr. 25 (2005–2006) *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*

personell. Plikta til å sørgje for forsvarlege tenester stiller krav om at verksemda planlegg og set i verk nødvendige tiltak for å sikre at dei ulike tenestene er forsvarlege til kvar tid. Kommunen skal òg sjå til at tiltaka fungerer og er tilstrekkelege.[500]

Allereie i 1997 meinte sosialkomiteen at det er avgjerande at planarbeidet i kommunane ligg til grunn for utviklinga av ei god eldreomsorg og at departementet må bidra med god rettleiing til kommunane i dette arbeidet.[501]

Helse- og omsorgskomiteen hadde allereie i 2013 forventningar til at kommunane ved å ta i bruk ny teknologi i helsetenestene skulle kunne lette presset på den offentlege omsorgstenesta.[502] Komiteen understreka samtidig at det grunnleggjande i helse- og omsorgstenestene likevel er møtet mellom menneske, og at bruk av velferdsteknologi må støtte opp om dette.

15.3 Krav til den sentrale helseforvaltninga

15.3.1 Overordna krav til styringa i departementet

Helse- og omsorgsdepartementet har eit overordna ansvar for å sikre at dei nasjonale måla for helse- og omsorgstenestene blir nådde, og departementet må sikre seg informasjon om måloppnåinga og korleis dei statlege verkemidla bidreg til måloppnåinga, jf. *Reglement for økonomistyring i staten* («reglementet») og *Bestemmelser om økonomistyring i staten* («føresegnene»). Dette gjeld både økonomiske, juridiske, organisatoriske og pedagogiske verkemiddel. Eit viktig formål med både reglementet og føresegnene er å sikre at den statlege ressursbruken er effektiv. Departementet skal følgje opp at dei statlege aktørane varetek oppgåvene sine i tråd med Stortinget sine vedtak og føresetnader og mål som er fastsette av departementet.

Departementet må sørgje for at det blir gjennomført evalueringar for å skaffe kunnskap om effektivitet, måloppnåing og resultat, jf. reglementet og føresegnene. Hyppigheita til og omfanget av evalueringane skal bestemmast ut frå eigenarten, risikoen og vesentlegheita som verksemda har. Behovet for evaluering må òg vurderast i lys av kvaliteten på og omfanget av annan rapportering.

Når det gjeld styringa av kommunane, har Stortinget lagt til grunn at mål- og resultatstyring er etablert som det dominerande styringsprinsippet i staten.[503] Generelt inneber det at staten spesifiserer nasjonale mål og forventa resultat, medan kommunane skal finne fram til verkemiddel lokalt som vil gjere at måla blir oppnådde best mogleg.

---

[500] Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*

[501] Innst. S. nr. 294 (1996–1997) *Innstilling fra sosialkomiteen om 1) handlingsplan for eldreomsorgen (Trygghet – respekt – kvalitet) og 2) forslag fra stortingsrepresentantene Kristin Halvorsen, Børre Rønningen og Magnar Sortåsløkken om en femårsplan for innføring av enerom på sykehjem ved statlig fullfinansiering av investeringskostnadene, og innføring av et eget driftstilskudd til formålet lagt inn i inntektssystemet.*

[502] Innst. 477 S (2012–2013) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om morgendagens omsorg*. I Innst. 112 S (2023–2024) *Innstilling om Fellesskap og meistring – Bu trygt heime* viste komiteen til målet om at auka bruk av teknologi kan bidra til at fleire eldre kan bu heime lenger.

[503] Innst. 270 S (2011–2012) *Innstilling fra kommunal- og forvaltningskomiteen om stat og kommune – styring og samspel*

Kommunalkomiteen har trekt fram at lovkravet om kommunalt sjølvstyre inneber at statsforvaltninga ikkje kan påleggje kommunane oppgåver eller pliktar i statlege rundskriv, rettleiarar, retningslinjer eller tolkingsfråsegner.[504] Under behandlinga av Meld. St. 12 (2011–2012) *Stat og kommune – styring og samspel* peika kommunal- og forvaltningskomiteen på at kommunesektoren har eit sjølvstendig ansvar overfor innbyggjarane sine for å løyse grunnleggjande oppgåver og yte tenester. Samtidig har staten eit ansvar for å gi kommunane moglegheit til å løyse oppgåvene til det beste for innbyggjarane, og komiteen framhevar at staten har eit breitt spekter av verkemiddel i styringa av kommunane.[505]

15.3.2 Helsedirektoratet

Helsedirektoratet skal bidra til at fleire har god helse, at helseskilnadene blir mindre mellom folk, og at det er god og sikker behandling i helse- og omsorgstenesta.[506] Direktoratet skal setje i verk vedteken politikk og har fleire forvaltningsoppgåver etter delegering frå Helse- og omsorgsdepartementet, mellom anna myndigheit til å bruke og fortolke lov og regelverk innanfor helse- og omsorgssektoren, og forvalte tilskot.

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og halde ved like nasjonale faglege retningslinjer og rettleiarar som støttar måla som er sette for helse- og omsorgstenesta.[507] Dei faglege retningslinjene og rettleiarane beskriv kva oppfatning dei nasjonale helsestyresmaktene har av til dømes kva som er god fagleg praksis, korleis relevant regelverk skal tolkast, og kva prioriteringar og så bortetter som er i samsvar med politikken som er vedteken for helse- og omsorgstenesta. Desse verkemidla er viktige for å sikre god kvalitet og rette prioriteringar og for å redusere uønskt variasjon. Dei faglege retningslinjene og rettleiarane er ikkje rettsleg bindande for tenesteytarane, men dersom tenesteytaren vel ein annan praksis enn det som blir foreslått, bør praksisen vere basert på ei konkret og grunngitt vurdering.[508]

Vidare skal Helsedirektoratet utvikle, formidle og halde ved like nasjonale kvalitetsindikatorar som skal fungere som eit hjelpemiddel for leiingsarbeid og kvalitetsforbetring i dei kommunale helse- og omsorgstenestene. Dei nasjonale kvalitetsindikatorane skal gi pasientane eit informasjonsgrunnlag slik at dei kan vareta rettane sine. Kvalitetsindikatorane skal gjerast offentleg tilgjengelege. Ved behandlinga av Meld. St. 12 (2015–2016) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2014* viste komiteen i Innst. 217 S (2015–2016) til at eit nasjonalt kvalitetsindikatorsystem skal bidra til å sikre befolkninga likeverdig tilgang på helse- og omsorgstenester. Komiteen gav uttrykk for at uønskt skilnad i praksis må reduserast.

[504] Innst. 23 L (2024–2025) *Innstilling fra kommunal- og forvaltningskomiteen om Endringer i sektorlovgivningen for å sikre at oppgaver til kommuner og fylkeskommuner tildeles i lover og forskrifter (tilpasning til kommuneloven).*
[505] Innst. 270 S (2011–2012) *Innstilling fra kommunal- og forvaltningskomiteen om stat og kommune – styring og samspel.*
[506] Prop. 1 S (2024–2025) *Helse- og omsorgsdepartementet*
[507] Helse- og omsorgstenestelova § 12-5
[508] Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*

15.3.3 Statens helsetilsyn og statsforvaltaren

Statens helsetilsyn (Helsetilsynet) er overordna styresmakt for statsforvaltaren når det gjeld tilsyn og klagebehandling på helseområdet. Helse- og omsorgskomiteen viser til at Helsetilsynet har som samfunnsoppdrag å bidra til å styrkje sikkerheita og kvaliteten i mellom anna helse- og omsorgstenestene.[509] Komiteen peikar særleg på at det overordna tilsynsansvaret, inneber å følgje med på sosiale og helsemessige forhold i befolkninga, med særleg vekt på plikta tenestene har til å oppfylle rettane til utsette grupper.

Som overordna styresmakt har Helsetilsynet òg ansvar for å ha god fagleg styring av tilsynet med tenestene, oppfølging av tilsyn og formidling av tilsynserfaringar. Statens helsetilsyn utarbeider òg rettleiarar for statsforvaltarane i korleis dei bør behandle klagar.

Ifølgje helsetilsynslova skal tilsyn bidra til å auke sikkerheita og kvaliteten i helse- og omsorgstenesta, jf. § 1. Statsforvaltaren skal føre tilsyn med helse- og omsorgstenesta i fylket og med alt helsepersonell og anna personell i fylket som yter helse- og omsorgstenester. I tilknyting til tilsynet skal statsforvaltaren gi råd, rettleiing og opplysningar som medverkar til at befolkninga sine behov for helse- og omsorgstenester blir dekte.[510] Statsforvaltaren skal etter § 12-3 i helse- og omsorgstenestelova føre tilsyn med om tenestene er i samsvar med det som er bestemt i lover og forskrifter.

Statsforvaltarane (den gongen fylkesmannen) skal følgje opp Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*, *Demensplan 2025* og *Kompetanseløft 2025* og dessutan investeringstilskotet til heildøgns omsorgsplassar. Statsforvaltarane har òg forvaltningsansvaret for det kommunale kompetanse- og innovasjonstilskotet.[511]

Statsforvaltarane skal ha oversikt over og følgje utbygginga av heildøgns omsorgsplassar, og dessutan følgje opp tiltak for å forbetre kvaliteten i omsorgstenestene. Videre har «fylkesmennene utviklingsoppgaver knyttet til langsiktig planlegging og investeringer både i bygningsmasse, teknologi og personell med fokus på ledelse og kompetanseutvikling».[512]

Kompetanseløft 2025 er regjeringa sin plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstenesta og den fylkeskommunale tannhelsetenesta for perioden 2021–2025. Statsforvaltaren har eit særskilt ansvar for dialogen med og oppfølginga av kommunane og fylkeskommunane, i eit samarbeid med andre relevante regionale aktørar.[513]

I 2023 fekk statsforvaltarane ei regional koordinatorrolle for å gi støtte og rettleiing til kommunar i arbeidet deira med strategisk kompetanseutvikling.[514]

[509] Innst. 11 S (2023–2024) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2024, kapitler under Helse- og omsorgsdepartementet.*
[510] Jf. § 4.
[511] Prop. 1 S (2020–2021) *Helse- og omsorgsdepartementet*
[512] Prop. 1 S (2018–2019) *Helse- og omsorgsdepartementet*
[513] Prop. 1 S (2020–2021) *Helse- og omsorgsdepartementet*
[514] Prop. 1 S (2022–2023) *Helse- og omsorgsdepartementet*

Frå og med 2024 skal statsforvaltaren ha merksemda særleg retta mot oppfølging av Meld. St. 24 (2022–2023) *Fellesskap og meistring – Bu trygt heime*. Arbeidet bør særleg rettast mot tiltak som bidreg til at kommunane lagar heilskaplege planar som ser dei statlege satsingane og verkemidla i samanheng. Statsforvaltarane har i fleire år hatt som oppgåve å rettleie kommunar som ikkje har lagt planar for å møte det framtidige bu- og tenestetilbodet.[515]

16 Metodisk tilnærming og gjennomføring

I dette kapittelet beskriv vi den metodiske tilnærminga og gjennomføringa per problemstilling.

Problemstillingane er belyste ved analyse av kvantitative data, spørjeundersøkingar, kommunale plandokument, intervju og relevante dokument.

[515] Prop. 1 S (2023–2024) *Helse- og omsorgsdepartementet*

Tabell 9 Metodar som er brukte for å belyse problemstillingane

	Dokument-analyse	Spørje-undersøking	Kvantitative analysar	Intervju
I kva grad sikrar kommunane tilstrekkeleg kapasitet i helse- og omsorgstenester til eldre		spørje-undersøking til kommunar og bydelar	SSB-data KPR-data	
I kva grad har kommunane førebudd seg for å sikre tilstrekkeleg kapasitet og kvalitet i helse- og omsorgstenester til eldre sett i forhold til framskrivingar av befolkninga i kommunen	Kommunale plan-dokument	spørje-undersøking til kommunar og bydelar spørje-undersøking til statsforvaltarane		Alle aktørane
I kva grad jobbar kommunane systematisk med å sikre kvalitet i helse- og omsorgstenestene til eldre	Tilsyns-rapportar Forskings-rapportar Kommune-revisjons-rapportar	spørje-undersøking til kommunar og bydelar spørje-undersøking til statsforvaltarane		Alle aktørane
I kva grad legg dei statlege verkemidla til rette for tilstrekkeleg kapasitet og kvalitet i kommunale helse- og omsorgstenester til eldre	Statlege dokument	spørje-undersøking til kommunar og bydelar	Tilskot	Alle aktørane

16.1 Kvantitative data

16.1.1 Statistikk frå SSB

Statistikk over befolkningstal og framskrivingar, brukarar av kommunale helse- og omsorgstenester, tal på institusjonsplassar og årsverk i kommunane er henta frå SSB. Dette er tabellar som er tilgjengelege på nettsida til SSB.

I tilfelle der verdiar ikkje finst, ikkje er relevante, eller ikkje kan givast i ein tabell av omsyn til kvalitet eller konfidensialitet, er enkelte kommunar fjerna frå tabelluttrekket. Det betyr at det i enkelte av våre analysar er færre enn 357 kommunar som. I enkelte analysar er uteliggjarar fjerna.

16.1.2 Statsforvaltarane si behandling av klagar på vedtak om helse- og omsorgstenester til eldre

Frå Helsetilsynet har vi fått informasjon om klagar på vedtak om helse- og omsorgstenester som gjeld personar som er 65 år eller eldre, per statsforvaltarembete for åra 2019 til 2025:

- talet på behandla klagar totalt og talet på behandla saker som gjeld personar som er 65 år eller eldre
- utfallet av klagebehandlinga, fordelt på
  - talet på saker som blei stadfesta
  - talet på saker som blei omgjorde
- gjennomsnittleg saksbehandlingstid for behandling av klagar

16.1.3 Registerdata frå kommunalt pasient- og brukarregister

Det følgjer av *forskrift om kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)* at kommunane skal rapportere helseopplysningar til Kommunalt pasient- og brukarregister (KPR). Kommunane rapporterer mellom anna kva tenester som blir gitt, og kva funksjonsnivå og behov brukarane har for hjelp. Registeret skal gi sentrale og kommunale styresmakter grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstenester. Helseopplysningar som er samla inn, skal kunne brukast til mellom anna kvalitetsforbetring og førebyggjande arbeid.

Vi har analysert individdata frå KPR om personar som er 65 år eller eldre som har søkt om, får eller har fått kommunale helse- og omsorgstenester frå 1. januar 2019 til 31. desember 2024. Formålet med analysane er å få kunnskap om behovet for kommunale helse- og omsorgstenester i aldersgruppa. Analysane gir oversikt over hjelpebehov og korleis tenestetilbodet har endra seg over tid.

Det er kjent for mellom anna Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet (FHI) at rapporteringspraksis varierer mellom kommunar. Til dømes er det tilfelle der oppstartsdato er registrert etter ein sluttdato, og tilfelle der det manglar startdato for ei teneste. FHI påpeikar at endringar frå år til år i nokre tilfelle kan reflektere endringar i datakvalitet heller enn ei reell endring i tenesteytinga.[516] FHI har innhenta kommentarar frå kommunar der det etter FHI si vurdering er vesentlege endringar. Dette er for å få verifisert om endringane er reelle, til dømes bruk av velferdsteknologiar.

Vi har reinsa datasettet for å sikre pålitelege berekningar. Registreringar som viste institusjonsopphald på over 20 år, er fjerna fordi dei truleg kjem av feilregistreringar og kan gi misvisande gjennomsnitt. Vi har òg fjerna opphald der oppstartsdato er lik eller seinare enn sluttdato.

[516] Folkehelseinstituttet 2025a

Kommunane rapporterer om lag 20 ulike funksjonsvariablar for kvar brukar. Desse kartleggingane beskriv mellom anna fysisk, psykisk og sosial funksjon, og behov for hjelp i kvardagen. Kartleggingane er ikkje standardiserte, og det varierer kor mange funksjonsvariablar som blir rapportert for kvar brukar.

FHI bruker 15 av dei 20 funksjonsvariablane som grunnlag for å berekne såkalla samlemål (sjå faktaboks 4). Samlemål er ein indikator på hjelpebehov hos tenestemottakarar. Vi har brukt samlemål for å analysere hjelpebehov per kommune og utviklinga i terskelen for å få plass på institusjon.[517] Men på grunn av datakvaliteten må resultata tolkast med varsemd.

For å undersøkje om variasjonar mellom kommunane kan forklarast av kjenneteikn ved kommunane, har vi med utgangspunkt i data for 2024 undersøkt om tenestetilbodet og ressursbruken i kommunane heng saman med økonomisk handlingsrom, andel eldre og sentralitet. Vi undersøkte dette på to måtar:

- ved å sjå på (bivariate) korrelasjonar mellom to og to variablar
- gjennom ein multivariat lineær regresjonsanalyse, som tek omsyn til fleire forklaringsvariablar samtidig

Slike analysar av ikkje-eksperimentelle data gir ikkje sikre svar om kausale effektar, men kan bidra til å sannsynleggjere årsakssamanhengar.

16.1.4 Statlege tilskotsordningar

Vi har innhenta informasjon om følgjande tilskotsordningar:

- For *kompetanse- og tenesteutviklingstilskotet* fekk vi data frå statsforvaltarane som viser kor mange kommunar som søkte om tilskot dei siste tre åra. Utbetalt tilskot er basert på årsrapportane frå statsforvaltarane.
- For *investeringstilskot til heildøgns omsorg i sjukeheimar og omsorgsbustader* innhenta vi data frå Husbanken sine nettsider som viser utbetalt tilskotsbeløp og talet på omsorgsbustader og sjukeheimsplassar som er finansierte. Figurane i rapporten er gjennomgått av Husbanken.

16.1.5 Sentralitetsindeks

Sentralitetsindeks er eit mål på kor sentrale norske kommunar er. SSB si berekning av indeksen, som går frå 1 til 6, er basert på reisetid til arbeidsplassar og servicefunksjonar frå alle busette grunnkrinsar.[518]

[517] Helsedirektoratet 2022a
[518] SSB 2020

Tabell 10 Sentralitetsklasser

Sentralitetsklasse	Beskriving	Dømekommunar
1	Mest sentrale kommunar	Oslo, Bærum, Rælingen, Lørenskog og Lillestrøm
2	Nest-mest sentrale kommunar	Bergen, Trondheim, Stavanger, Asker, Ullensaker og Drammen
3	Mellomsentrale kommunar 1	Bodø, Kristiansand, Stjørdal, Gjesdal, Klepp, Nannestad, Våler (i Østfold) og Ålesund
4	Mellomsentrale kommunar 2	Kristiansund, Sula, Nome, Verdal, Karmøy, Alta og Narvik
5	Nest-minst sentrale kommunar	Iveland, Tinn, Grue, Sauda, Kvæfjord, Gjemnes, Bokn, Bardu og Sørreisa
6	Mindre sentrale kommunar	Rendalen, Bindal, Vevelstad, Beiarn, Osen, Ibestad, Modalen, Ulvik, Leka, Røst, og Tysnes

Kjelde: SSB

Nokon stader i undersøkinga nyttar vi følgjande tredeling av sentralitet:

- sentrale kommunar (sentralitet 1 og 2)
- mellomsentrale kommunar (sentralitet 3 og 4)
- distriktskommunar (sentralitet 5 og 6)

16.2 Spørjeundersøkingar

16.2.1 Spørjeundersøking til kommunane og bydelane i Oslo

Formålet med spørjeundersøkinga var mellom anna å få kommunane sine vurderingar av

- tilgang til heildøgns omsorgsplassar og omsorgsbustad
- personell- og kompetansesituasjonen
- arbeidet med kommunale planar
- bruk av velferdsteknologi
- arbeid med å sikre kvalitet i helse- og omsorgstenestene til eldre
- vurderingar av statlege verkemiddel på området

Vi gjennomførte ei pilotundersøking i to kommunar og éin bydel i Oslo i forkant av utsendinga.

Spørjeundersøkinga blei send til helse- og omsorgssjefen eller tilsvarande i alle kommunane i landet og blei gjennomført våren 2025. 256 kommunar og 13 bydelar i Oslo svarte på undersøkinga, noko som gir ein svarprosent på høvesvis 72 og 87.

Når vi i dette dokumentet omtaler spørjeundersøkinga til kommunane, inngår bydelane i Oslo.

Fråfallsanalysen viser at det er liten variasjon i geografisk fordeling mellom dei ulike fylka. Andelen svar ligg på mellom 61 (Buskerud) og 94 (Oslo og Akershus). Det er ikkje variasjon mellom kommunanes svar basert på andel innbyggarar som er 65 år eller eldre, ei heller kommunanes frie inntekter.

16.2.2 Spørjeundersøking til statsforvaltarane

Formålet med spørjeundersøkinga var å belyse mellom anna kjennskapen statsforvaltarane hadde til planarbeidet i kommunane, bruk av velferdsteknologi og saksbehandling. I tillegg innhenta vi vurderingane embeta har av omfanget av gjennomførte tilsyn og klagebehandling i kommunane.

Spørjeundersøkinga blei pilotert med ein statsforvaltar, og alle statsforvaltarane svarte på spørjeundersøkinga.

16.3 Dokumentanalyse

For å svare på undersøkinga har vi gått gjennom ulike typar dokument, mellom anna statlege styringsdokument, årsrapportar, kommunale plandokument, tilsynsrapportar og forvaltningsrevisjonsrapportar frå kommunerevisjonar.

16.3.1 Gjennomgang av statlege dokument og relevant forsking

Alle dokument er funne tilgjengeleg på nett og systematisk gått gjennom:

- lover, forskrifter og rundskriv
- stortingsdokument (proposisjonar, meldingar og komiteinnstillingar)
- tildelingsbrev til Helsedirektoratet, Helsetilsynet og statsforvaltarane
- rettleiarar og retningslinjer frå Helsedirektoratet
- årsrapportar frå Helsedirektoratet, Helsetilsynet, statsforvaltarane, Husbanken og Pasient- og brukarombodet
- forskingsartiklar og evalueringar

16.3.2 Gjennomgang av kommunale planar

Formålet med analysen av kommunale planar var å undersøkje i kva grad eit utval kommunar har planar og tiltak som tek omsyn til demografiutfordringane. Dette har vi gjort ved å undersøkje om

- kommunane gjer greie for status i helse- og omsorgstenester til eldre
- demografiutfordringane er nemnde og det er gjort vurderingar av om det noverande nivået er mogleg å opprethalde framover
- planane er baserte på analysar av framtidige behov
- framtidige behov for kapasitet i institusjonar, heimeteneste, når det gjeld talet på plassar og tilsette er konkret beskrivne
- planane inneheld konkrete tiltak, til dømes
    - bruk av økonomiske ressursar tenester (investeringar, tilskot og så bortetter)
    - talet på plassar i institusjonar og alternative butilbod
    - talet på tilsette i institusjonar og heimetenesta, kompetanse og rekruttering
    - auka satsing på lågaste nivå i helse- og omsorgstenestene / auka satsing på førebygging, tidleg innsats og rehabilitering
    - bruk av velferdsteknologi
- det er sett tidspunkt for gjennomføring av tiltak (og kven som har ansvar for å gjennomføre tiltaka)

Vi har gjort eit tilfeldig, stratifisert utval av 60 kommunar som vi har innhenta planar frå.[519] Det stratifiserte utvalet baserer seg på to kriterier:

- andel eldre[520]
- økonomisk handlingsrom[521]

Til saman er 549 dokument gjennomgåtte. Dette omfattar

- kommunal planstrategi
- samfunnsdelen og arealdelen i kommuneplanen
- økonomiplanen for inneverande år
- kommunedelplanen for helse og omsorg
- andre delplanar/temaplanar, til dømes demensplan

Alle dokumenter er henta frå kommunane sine nettsider eller framsikt.no og systematisk gjennomgått. Dei gjennomgåtte planane er frå 2003 og fram til 2025.

16.3.3 Gjennomgang av tilsynsrapportane frå statsforvaltarane

Vi har innhenta tilsynsrapportar som er tilgjengelege på nettsidene til Helsetilsynet. [522] Til saman er 74 tilsynsrapportar gjennomgått frå januar 2022 til juli 2025 som gjeld helse- og omsorgstenester til eldre.

[519] Vi har trekt *tilfeldige observasjonar* frå kvart stratum som er proporsjonalt med stratum-storleikane, noko som sikrar at undergruppene er proporsjonalt representerte.
[520] Andelen eldre (65+) korrelerer moderat til sterkt med SSB sin sentralitetsindeks. Dette betyr at usentrale kommunar har ein høgare andel eldre. Kriteriet andel eldre fangar derfor i stor grad opp graden av sentralitet.
[521] Vi brukte «korrigerte frie inntekter». Frå Menon Economics 2023: «Korrigerte frie inntekter er det mest vanlige inntektsbegrepet for å fange opp kommunenes økonomiske handlingsrom. Tallene og beregningsgrunnlaget dokumenteres i Grønt hefte. Korrigeringen er basert på kostnadsnøkkelen i inntektssystemet, og tar hensyn til forskjeller i antall innbyggere, alderssammensetning, stordriftsfordeler, reiseavstander og sosiale faktorer. Variabelen er sammenlignbar på tvers av kommuner.»
[522] Helsetilsynet u.å. Filtrert for «eldre», «kommunale helse- og omsorgstenester og private tenester» og «velferdsteknologi».

Over halvparten av tilsynsrapportane gjeld landsomfattande tilsyn med kommunane sin bruk av elektronisk medisindispenser. Det var avdekt lovbrot i halvparten av dei.[523] Tema i dei andre tilsyna som handla om eldre, var helsetenester til heimebuande, legemiddelhandtering, ernæring og grunnleggjande behov for demensoppfølging, tvungen somatisk helsehjelp og vald og overgrep mot bebuarar i sjukeheimar.

16.3.4 Gjennomgang av forvaltningsrevisjonane til kommunerevisjonen

Vi har innhenta i alt 43 rapportar frå kommunerevisjonar som har omfatta helse- og omsorgstenester til eldre i perioden januar 2022 til mai 2025.

Formålet var å hente ut informasjon om mellom anna tilgjengelegheit og kvalitet i tenestene, kommunane sin bruk av informasjonskjelder i forbetringsarbeide, kompetanse og brukarmedverknad. Analysen av desse dokumenta er brukt som supplerande informasjonskjelde.

16.4 Intervju

Vi har intervjua Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Helsetilsynet, Husbanken, KS og Pasient- og brukarombod (sentralt og éin regional medlem). Intervjua er gjennomførte i perioden november 2025 til januar 2026. Alle referat er verifiserte av deltakarane.

[523] Lovbrot i 24 av 45 gjennomgåtte rapportar som gjeld elektronisk medisindispenser.

Referanseliste

Lover

- Helse- og omsorgstenestelova. (2011*). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*. (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30
- Helsepersonellova. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1990-07-02-64). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64l
- Kommunelova. (2018). *Lov om kommuner og fylkeskommuner* (LOV-2018-06-22-83). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-22-83
- Pasient- og brukarrettslova. (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63
- Plan- og bygningsloven. (2008). *Lov om planlegging og byggesaksbehandling* (LOV-2008-06-27-71). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-27-71

Forskrifter

- Forskrift om investeringstilskudd fra Husbanken. (2008). *Forskrift om investeringstilskudd til omsorgsboliger og sykehjemsplasser fra Husbanken* (FOR-2008-02-25-191). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-02-25-191
- Forskrift om kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). (2017). *Forskrift om kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)* (FOR-2017-08-25-1292). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-08-25-1292
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. (FOR-2016-10-28-1250). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250
- Verdighetsgarantiforskriften. (2010). *Forskrift om en verdig eldreomsorg*. (FOR-2010-11-12-1426). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426

Stortingsdokument

Innstillingar

- Budsjett-innst. S. nr. 11 (2007–2008). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2008, kapitler under Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområde 15).* Helse- og omsorgskomiteen. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Budsjett/2007-2008/innb-200708-011/?lvl=0
- Innst. 11 S (2023–2024). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2024, kapitler under Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområde 15)*. Helse- og omsorgskomiteen. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2023-2024/inns-202324-011s/

- Innst. 23 L (2024–2025). *Innstilling fra kommunal- og forvaltningskomiteen om Endringer i sektorlovgivningen for å sikre at oppgaver til kommuner og fylkeskommuner tildeles i lover og forskrifter (tilpasning til kommuneloven)*. Kommunal- og forvaltningskomiteen. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2024-2025/inns-202425-023l/
- Innst. 43 S (2018–2019). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgskomiteen. https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2018-2019/inns-201819-043s.pdf
- Innst. 112 S (2023–2024). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Fellesskap og meistring – Bu trygt heime*. Helse- og omsorgskomiteen. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2023-2024/inns-202324-112s/
- Innst. S. nr. 150 (2006–2007). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om framtidas omsorgsutfordringer (Mestring, muligheter og mening)*. Helse- og omsorgskomiteen. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2006-2007/inns-200607-150/
- Innst. 179 S (2018–2019). *Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen*. Kontroll- og konstitusjonskomiteen. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2018-2019/inns-201819-179s/
- Innst. 217 S (2015–2016). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om kvalitet og pasientsikkerhet 2014*. Helse- og omsorgskomiteen. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2015-2016/inns-201516-217/
- Innst. 234 S (2016–2017). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Kvalitet og pasientsikkerhet 2015*. Helse- og omsorgskomiteen. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2016-2017/inns-201617-234s/
- Innst. 270 S (2011–2012). *Innstilling fra kommunal- og forvaltningskomiteen om stat og kommune – styring og samspel*. Kommunal- og forvaltningskomiteen. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2011-2012/inns-201112-270/
- Innst. 288 S (2020–2021). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Kvalitet og pasientsikkerhet 2019*. Helse- og omsorgskomiteen. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2020-2021/inns-202021-288s/

- Innst. S. nr. 294 (1996–1997). *Innstilling fra sosialkomiteen om 1) handlingsplan for eldreomsorgen (Trygghet - respekt - kvalitet) og 2) forslag fra stortingsrepresentantene Kristin Halvorsen, Børre Rønningen og Magnar Sortåsløkken om en femårsplan for innføring av enerom på sykehjem ved statlig fullfinansiering av investeringskostnadene, og innføring av et eget driftstilskudd til formålet lagt inn i inntektssystemet*. Sosialkomiteen. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/1996-1997/inns-199697-294/
- Innst. 424 L (2010–2011). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Helse- og omsorgskomiteen. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2010-2011/inns-201011-424/
- Innst. 477 S (2012–2013). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om morgendagens omsorg*. Helse- og omsorgskomiteen. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2012-2013/inns-201213-477/

Proposisjonar

- Prop. 1 S (20xx–20xx). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak): For budsjettårene 2019–2026*. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokument/prop/id1753/
- Prop. 91 L (2010–2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/contentassets/6aaaa5e4b6b34d9581e4c0e34d8eabeb/no/pdfs/prp201020110091000dddpdfs.pdf
- Prop. 99 L (2015–2016). *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven (rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester – kriterier og ventelister)*. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/contentassets/99113cbde87a4c2fbd6efa473d90f21c/no/pdfs/prp201520160099000dddpdfs.pdf

Meldingar

- Meld. St. 7 (2019–2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*. https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf
- Meld. St. 9 (2023–2024). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027*. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/contentassets/4e5d9e6c63d24cd7bdab5d8c58d8adc4/no/pdfs/stm202320240009000dddpdfs.pdf
- Meld. St. 14 (2020–2021). *Perspektivmeldingen 2021*. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-14-20202021/id2834218/

- Meld. St. 15 (2017–2018). *Leve hele livet: En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf
- Meld. St. 24 (2022–2023). *Fellesskap og meistring: Bu trygt heime*. https://www.regjeringen.no/contentassets/a8280e2548c04d3ea6898078480bfa0c/nn-no/pdfs/stm202220230024000dddpdfs.pdf
- Meld. St. 29 (2012–2013). *Morgendagens omsorg*. https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf
- Meld. St. 31 (2023–2024). *Perspektivmeldingen 2024*. https://www.regjeringen.no/contentassets/7400c9d08a5543b8912fbf700f3344fd/no/pdfs/stm202320240031000dddpdfs.pdf

NOU-er

- NOU 2023: 4. (2023). *Tid for handling: Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf
- NOU 2023: 9. (2023). *Generalistkommunesystemet: Likt ansvar – ulike forutsetninger*. Kommunal- og distriktsdepartementet. https://www.regjeringen.no/contentassets/5a25f42bd97345c29593c03a515738d2/no/pdfs/nou202320230009000dddpdfs.pdf
- NOU 2011:11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-11/id646812/

Styringsdokument

- Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet. (2024a). *Hovedinstruks for statsforvalteren*. https://www.regjeringen.no/contentassets/d67450e0530a42bca857db10314d7e47/2024_hovedinstruks-for-statsforvalteren.pdf
- Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet. (2024b). *Styringsportalen for statsforvalteren: Styringsdokumenter: Tildelingsbrev*. https://styringsportalen.statsforvalteren.no/2024/styringsdokumenter/
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021). *Statsbudsjett 2021 - kap. 740 Helsedirektoratet - endelig tildelingsbrev*. https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/tildeling-oppdrag-og-arsrapporter/2021/tildelingsbrev-helsedirektoratet-2021.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020a). *Demensplan 2025*. https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020b). *Kompetanseløft 2025: Regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten for perioden 2021–2025*. https://www.regjeringen.no/contentassets/add6a181670e42909c22524b87c523cd/kompetanseloft-2025.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022). *Opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten*. https://www.regjeringen.no/contentassets/98a0bc1f3ef0410d8c4457a1e5ef6a73/no/pdfs/opptrappingsplan-for-heltid-og-god-bemanning-i-oms.pdf
- KS. (2025a). Oppdragsbrev om innføring av helseteknologi og prioriterte samhandlingstiltak i kommunal sektor 2025. https://www.ks.no/contentassets/478b7f3b4ce54211826367cf65b347ab/oppdragsbrev-2025---felles-modell-for-innforing-og-nettverk-e-helse-ks.no.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (20xx). *Tildelings- og oppdragsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet* for årene 2022–2025. https://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/hod/tildelingsbrev_hod/id748567/

Rundskriv, retningslinjer og rettleiarar

- Aukra, Hustadvika, Kristiansund, Molde, Rauma og Vestnes kommune. (2025). *Felles tjenestebeskrivelser for kommunale helse- og omsorgstjenester*. https://opengov.360online.com/Meetings/kristiansund/File/Details/1040839.PDF?fileName=Kristiansund%20Felles%20tjenestebeskrivelser%20for%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester%202025&fileSize=901957
- Helsedirektoratet. (2016a). *Veileder for saksbehandling: Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8* (IS-2442). https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/saksbehandling-av-tjenester-etter-helse-og-omsorgstjenesteloven/Veileder%20for%20saksbehandling%20av%20tjenester%20etter%20helse-%20og%20omsorgstjenesteloven.pdf/_/attachment/inline/f5e1c82b-c923-43e4-b13e-0182b8a33a16:5c5245da955c44b496c2e271abe415c8ab23a5b8/Veileder%20for%20saksbehandling%20av%20tjenester%20etter%20helse-%20og%20omsorgstjenesteloven.pdf
- Helsedirektoratet. (2017a). *Demens: Nasjonal faglig retningslinje*. https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens
- Helsedirektoratet. (2017b). *Oppfølging av personer med store og sammensatte behov: Nasjonal faglig retningslinje*. https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov
- Helsedirektoratet. (2017c). *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten

- Helsedirektoratet. (2024a). *Guide for ivaretakelse av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere ved uønskede hendelser*. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ivaretakelse-etter-uonskede-hendelser
- Kommunal- og distriktsdepartementet. (2023a). *Veileder om interkommunalt samarbeid etter reglene i kommuneloven*. https://www.regjeringen.no/contentassets/866a6055967f4f82958407f9399a1c50/no/pdfs/veileder-interkommunalt-samarbeid.pdf
- Kommunal- og distriktsdepartementet. (2023b) *Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging 2023–2027*. https://www.regjeringen.no/contentassets/d71a3e61e774485fb4a98cab9255e53f/no/pdfs/nasjonale-forventninger-2023-2027-bokmaal.pdf
- KS & Helsedirektoratet. (u.å.). *Velferdsteknologiens ABC: Lovverk og etikk*. https://www.ks.no/globalassets/lovverk-og-etikk.pdf

Rapportar og artiklar

- DFØ. (2025). *Utfordringsbildet i forvaltningen* (DFØ-notat 2025:3). https://www.dfo.no/rapporter/utfordringsbildet-i-forvaltningen
- Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet. (2025). *Arbeidsgrupperapport: Kartlegging av ressurssituasjonen hos statsforvalteren: Balansen mellom oppgaver og ressurser*.
- Fafo. (2025). *Den avanserte kliniske allmennsykepleieren: En ny yrkesrolle i kommunale helse- og omsorgstjenester* (Fafo-rapport 2025:3). https://www.fafo.no/images/pub/20916.pdf
- Folkehelseinstituttet. (2017). *Kartleggingsoversikt: Ufaglært personell, profesjonsblanding, kvalitet og pasientsikkerhet i helse og omsorgstjenestene*. https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/ufaglart-personell-mm-rapport-2017.pdf
- Folkehelseinstituttet. (2025). *Kommunale helse- og omsorgsdata: Notat om årsdata for 2024*. https://www.fhi.no/contentassets/bdd3b648734d4d19b0994d5565c41a83/kpr-hom-2024-notat.pdf
- Hagen, T. P., Tjerbo, T. & Aarflot, M. (2024). *Brukerne blir yngre, psykiske lidelser øker: Dypdykk i pleie- og omsorgstjenestene 2017-2021* (2024:1). Universitetet i Oslo. https://www.med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/publikasjoner/skriftserie/2024/2024-1.pdf

- Helsedirektoratet. (2016b). *Helse-, omsorgs- og rehabiliteringsstatistikk: Eldres helse og bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester* (IS-2375). https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/helse-omsorgs-og-rehabiliteringsstatistikk-eldres-helse-og-bruk-av-kommunale-helse-og-omsorgstjenester/Helse,-omsorgs,-%20og%20rehabiliteringsstatistikk%20%E2%80%93%20Eldres%20helse%20og%20bruk%20av%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester.pdf/_/attachment/inline/9fd0b64f-1c63-41c9-b06b-240a8f92d60e:2ff83cff46b33ba9aa9e2b4be590080526cb3d6e/Helse,-omsorgs,-%20og%20rehabiliteringsstatistikk%20%E2%80%93%20Eldres%20helse%20og%20bruk%20av%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester.pdf
- Helsedirektoratet. (2020). *Omsorg 2020 – Årsrapport 2019*. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/omsorg-2020-arsrapport-2019/pdf-versjon-av-rapporten/Omsorg%202020%20-%20%C3%A5rsrapport%202019.pdf/_/attachment/inline/c49c345c-0449-44fa-a117-4b550a921f58:03b4f12a393080e9d5d1f5fb05925c1d6e8220a5/Omsorg%202020%20-%20%C3%A5rsrapport%202019.pdf
- Helsedirektoratet. (2021a). *Gevinstrealiseringsrapport: En kunnskapsoppsummering fra Nasjonalt Velferdsteknologiprogram*. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gevinstrealiseringsrapporter-nasjonalt-velferdsteknologiprogram/Gevinstrealiseringsrapport%20%20-%20en%20kunnskapsoppsummering%20fra%20Nasjonalt%20Velferdsteknologiprogram%202021.pdf/_/attachment/inline/30887c5d-c6ec-4904-bbeb-66e4d7b86099:56a867a136cea68c1e3b09511c787aa2c0526417/Gevinstrealiseringsrapport%20%20-%20en%20kunnskapsoppsummering%20fra%20Nasjonalt%20Velferdsteknologiprogram,%202021.pdf
- Helsedirektoratet. (2021b). *Kompetanseløft 2020: Utfordringsbildet og mulighetsrommet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten*. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utfordringsbildet-og-mulighetsrommet-i-den-kommunale-helse-og-omsorgstjenesten/pdf-versjon-av-rapporten/Utfordringsbildet%20og%20mulighetsrommet.pdf/_/attachment/inline/7402c802-a602-4ef0-897e-8e8f64ce915e:2c393b2e00709281cfd606f5713b3aa4d03c394a/Utfordringsbildet%20og%20mulighetsrommet.pdf
- Helsedirektoratet. (2021c). *Følgeevaluering og veien videre for program K2025*. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kompetanseloft-2025-arsrapport-2021/folgeevaluering-og-veien-videre-for-program-k2025
- Helsedirektoratet. (2021d). *Omsorg 2020 – Årsrapport 2020*. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/omsorg-2020--arsrapport-2020

- Helsedirektoratet. (2022a). *Styringsinformasjon til helsefellesskapene. Del I: Skrøpelige eldre og personer med flere kroniske sykdommer*. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/styringsinformasjon-til-helsefellesskapene
- Helsedirektoratet. (2023a). *Bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester blant personer med demens*. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/bruk-av-kommunale-helse-og-omsorgstjenester-blant-personer-med-demens
- Helsedirektoratet. (2023b). *Helsedirektoratets årsrapport 2022*. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/helsedirektoratets-arsrapport-2022
- Helsedirektoratet. (2023c). *Kompetanseløft 2025 - Årsrapport 2021*. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kompetanseloft-2025-arsrapport-2021
- Helsedirektoratet. (2023d). *Kvalifisering av personell uten helse- og sosialfaglig utdanning – avsluttende rapport*. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kvalifisering-av-personell-uten-helse-og-sosialfaglig-utdanning--avsluttende-rapport-2022/pdf-av-rapporten/Avsluttende%20rapport%20kvalifisering%20av%20personell%20uten%20helse-%20og%20sosialfaglig%20utdanning%20(2022).pdf/_/attachment/inline/c6156043-1cde-4b8e-ae56-452ec699ff17:9f1fdc734e0ad2bf13bf3a98c918806cf7dc389f/Avsluttende%20rapport%20kvalifisering%20av%20personell%20uten%20helse-%20og%20sosialfaglig%20utdanning%20(2022).pdf
- Helsedirektoratet. (2023e). *Omsorg 2022 – årsrapport: Velferdsteknologi i omsorgstjenesten*. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/omsorg-2022--arsrapport-velferdsteknologi-i-omsorgstjenesten
- Helsedirektoratet. (2024b). *Helsedirektoratets årsrapport 2023*. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/helsedirektoratets-arsrapport-2023
- Helsedirektoratet. (2025a). *Helsedirektoratets årsrapport 2024*. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/helsedirektoratets-arsrapport-2024
- Helsedirektoratet. (2025b). *TB2025-26: Kunnskap om kvalitet i tjenestene til eldre*, Rapport.
- Helsedirektoratet. (2025j). *Bo trygt hjemme - årsrapport 2024*. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/bo-trygt-hjemme--arsrapport-2024
- Helsedirektoratet. (2025k). *Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem (NKI) - årsrapport 2024*. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonalt-kvalitetsindikatorsystem-nki-arsrapport-2024
- Helse- og omsorgsdepartementet & KS. (2017). *«HELDØGNS» Et notat om bruken av begrepet «heldøgns helse- og omsorgstjenester» i statistikk, forskning og tilskuddsforvaltning*. Regjeringen.no. https://www.regjeringen.no/contentassets/30f6a33aba5642b39c8e2f11b1743df6/notat_om_begrepet_heldogns_helse_omsorgstjenester_mars_2017.pdf

- Helsetilsynet. (2023). *Veileder for tilsyn utført som systemrevisjon* (internserien 5/2023). https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/internserien/2023/veileder_systemrevisjon_internserien_5_2023.pdf
- Helsetilsynet. (2024). *Rapport frå tilsyn med bruk av medisindispenser hjå heimebuande eldre i Bjørnafjorden kommune 2024*. https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynsrapporter/vestland/2024/bjornafjorden-kommune-tilsyn-med-bruk-av-medisindispenser-hja-heimebuande-eldre-2024
- Helsetilsynet. (2025a). *Medisindispensere kan gi trygghet – når de brukes riktig: Oppsummering av landsomfattende tilsyn med bruk av medisindispenser hos hjemmeboende eldre i 2024* (5/2025). https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2025/medisindispensere-trygghet-brukes-riktig/#
- Helsetilsynet. (2025b). *Pasientskader – fortsatt muligheter for læring og forbedring: Innsikter fra varsler om alvorlige hendelser 2020-2024* (2/2025). https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2025/pasientskader-fortsatt-muligheter-laring-forbedring/?showFullDocument=true#

  Helsetilsynet. (2025c). *Rapport i tilsynssak – bruk av digitalt tilsyn og elektronisk døralarm*. *https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynssaker/2025/rapport-tilsynssak-bruk-digitalt-tilsyn-elektronisk-doeralarm/tilsynets-tema-og-rammer-for-tilsynet?b=toc_1127210#toc_1127210*
- Helsetilsynet. (2025d). *Risiko for at forverring hos hjemmeboende eldre ikke oppdages i tide* (7/2025). https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2025/risiko-for-at-forverring-hos-hjemmeboende-eldre-ikke-oppdages-i-tide/#
- Helsetilsynet. (2025e). *Velferdsteknologi kan gjøre tjenestene bedre, men kan også gi falsk trygghet*. https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/tilsynsmeldingen/2025/velferdsteknologi-kan-gjoere-tjenestene-bedre-men-kan-ogsaa-gi-falsk-trygghet/
- Helsetilsynet. (2025f). *Statens helsetilsyn: Årsrapport 2024*. https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/aarsrapporter/aarsrapport2024.pdf
- Husbanken. (2025). *Årsrapport 2024: Alle skal bo godt og trygt*. https://husbanken.no/-/media/om-husbanken/arsrapporter/husbankens-arsrapport-2024.pdf
- KPMG & Neo Consulting. (2023). *Evaluering av utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT)*. https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmgsites/no/pdf/Evaluering%20USHT.pdf.coredownload.inline.pdf

- KS. (2025b). *Kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2025*. https://www.ks.no/contentassets/a0617fcf2e9c4e8eaca11e181481edcc/kommunesektorens-arbeidsgivermonitor-2025.pdf
- KS. (2024a). *Undersøkelse om heldøgns omsorgsplasser 2024*. https://www.ks.no/contentassets/9ab1484f4997490dbb2935db89d72f87/Rapport-heldogns-omsorgsplasser-2024.pdf
- KS & Regjeringa. (2024). *Utviklingsavtale mellom regjeringen og KS om videreutvikling av gode lokalsamfunn og bærekraftige velferdstjenester*. https://www.ks.no/contentassets/86d8585d751b41d397edc097a5eebf26/KS-og-regjeringen-om-Bo-trygt-hjemme.pdf
- Menon Economics, NOVA & Helseøkonomisk Analyse. (2019). *Evaluering av investeringstilskudd til omsorgsboliger og sykehjem* (Menon-publikasjon nr. 43/2019). Husbanken. https://biblioteket.husbanken.no/arkiv/dok/Komp/Evaluering%20av%20investeringstilskudd%20til%20omsorgsboliger%20og%20sykehjem.pdf
- Menon Economics. (2023). *Variasjon i kommunesektorens utfordringer*. KS. https://www.ks.no/contentassets/0a7d1afa23704c63885787963e07118d/Menon-rapport-49-2023-Variasjon-i-kommunesektorens-utfordringer.pdf
- Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA). (2015). *Resultatevaluering av Omsorgsplan 2015: Kommunal planlegging* (NOVA Rapport 4/15).

  https://nva.sikt.no/registration/0198cc49d725-c76b62ec-6c98-46c9-b722-90b1a7ef27d0
- Nasjonalt senter for aldring og helse. (2017). *Overganger og brudd i pasientforløp for eldre – oppsummering av kunnskap og forskningsresultater*. *https://www.aldringoghelse.no/ah-archive/documents/delrapport3_overganger_brudd_pasientforlop_eldre.pdf*
- Nasjonalt senter for aldring og helse. (2020). *Forekomst av demens i Norge*. https://butikk.aldringoghelse.no/file/sync-files/rapport-forekomst-av-demens-a4_2020_web.pdf
- Nav. (2025). *Hva er samfunnets gevinst av arbeidsmarkedstiltaket Menn i helse?* (Arbeid og Velferd 2/2025). https://arbeidogvelferd.nav.no/asset/issue/2025/02/08-0225_Arbeid_og_velferd-Hva%20er%20samfunnets%20gevinst%20av%20arbeidsmarkedstiltaket%20menn%20i%20helse.pdf
- OECD. (2025). *Does Healthcare Deliver? Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS)*. OECD Publishing. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/02/does-healthcare-deliver_978507f1/c8af05a5-en.pdf

- Oslo Economics. (2024). *Gir helseteknologi forventede gevinster?* (2024-102). KS. https://www.ks.no/contentassets/bbe27d001a51491cb25acf1edf58ed67/Sluttrapport-Gir-helseteknologi-forventede-gevinster.pdf
- OsloMet. (2024). *Mellom eksperimentell implementering og politisk styring. Sluttrapport fra evalueringen av Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre* (NIBR-rapport 2024:3). https://nva.sikt.no/registration/0198cc7e782d-ef5858b7-f003-4e4e-836b-31e30fb5fe71
- Pasient- og brukarombodet (POBO). (2024). *Årsmelding 2023*. https://www.pasientogbrukerombudet.no/arsmeldinger-arkiv/_/attachment/inline/8563d937-0cfe-449a-86d2-b3d7a5b8da67:cc89bc0ae294630b9fe1a32399c0c83ccb2baf75/%C3%85rsrapport_2023_POBO_Bokm%C3%A5l_final.pdf
- Pasient- og brukarombodet (POBO). (2025). *Årsmelding 2024*. https://www.pasientogbrukerombudet.no/arsmeldinger-arkiv/_/attachment/inline/a3a1b51f-748a-4b4c-a6fa-5020ec51cfe1:02c9bd227c68a28d28f25be003113555f842c7f3/%C3%85rsrapport-POBO-2024-Bokm%C3%A5l.pdf
- Proba samfunnsanalyse & Telemarksforskning. (2022). *Erfaringer med lovpålagte råd for medvirkning* (Rapport 2022-01). KS. https://proba.no/wp-content/uploads/2025/02/Rapport-2022-1-Erfaringer-med-rad-for-medvirkning-1.pdf
- Rambøll Management Consulting. (2024). *Evaluering av Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten*. Helsedirektoratet. *https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/organisering-og-tjenestetilbud/kompetanseloft-2025/rapporter-og-evalueringer/Evaluering%20av%20Nasjonal%20lederutdanning%20for%20prim%C3%A6rhelsetjenesten.pdf/_/attachment/inline/017a520c-c23f-4ffd-b812-1f6275ea7c71:4691d85751492ff3f116752e8b404d631f158e36/Evaluering%20av%20Nasjonal%20lederutdanning%20for%20prim%C3%A6rhelsetjenesten.pdf*
- Regjeringa. (u.å.). *Styringsportalen for statsforvalteren: Årsrapporter for 2024*. https://styringsportalen.statsforvalteren.no/2024/arsrapporter/
- Arbeids og sosialdepartementet. (2017). *En mer effektiv og fremtidsrettet hjelpemiddelformidling – for økt deltakelse og mestring*. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/en-mer-effektiv-og-fremtidsrettet-hjelpemiddelformidling----for-okt-deltakelse-og-mestring/id2537779/
- Riksrevisjonen. (2018). *Dokument 3:5 (2018–2019): Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen.* Stortinget.no. https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/dokumentserien/2018-2019/dok-3-5-2018-2019.pdf

- Senter for omsorgsforsking. (2018). *Følgeforskning på «Trygghetsstandarden»* (04/2018). https://nva.sikt.no/registration/0198ef26856a-92ea892a-ae14-461e-bf3f-873179c78ddd
- Senter for omsorgsforsking. (2024a). *Forvaltning og tildeling av kommunalt tjenesteutviklingstilskudd – sett fra et Statsforvalter- og kommuneperspektiv* (2/2024). https://nva.sikt.no/registration/0198cc8a0afc-0d9850e1-471f-479a-b071-a6552b8b61f4
- Senter for omsorgsforsking. (2024b). *Geografiske forskjeller i kommunal eldreomsorg i Norge: En oppsummering av kunnskap* (oppsummering nr. 39). https://nva.sikt.no/registration/0198cc69b3fc-d977d4fa-5ced-448d-843f-8625f0206ddc
- Senter for omsorgsforsking. (2024c). *Kartlegging av erfaringer med, og bruken av tildelingskontor i norske kommuner* (6/2024). https://nva.sikt.no/registration/0198cc95bd77-f5a7e868-7de8-4f4f-9cbb-0e27061a77fb
- SINTEF og Nasjonalt senter for e-helseforskning. (2019). *Evaluering av virkemidlene i Nasjonalt velferdsteknologiprogram* (07- 2019). https://www.sintef.no/publikasjoner/publikasjon/1756198/
- SINTEF og Trøndelag Forskning og Utvikling AS. (2020). *Jobbvinner. Evaluering av tre trønderske piloter* (TFoU-rapport 2020:7). https://nva.sikt.no/registration/0198cc3cbc04-b706afb5-8a42-454f-b689-87865580f23e
- Statistisk sentralbyrå (SSB). (2020a). *Etterspørselen etter omsorgsplasser med heldøgnsbemanning mot 2060* (rapport 2020/43). https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/437710?_ts=175d10b7b40
- Statistisk sentralbyrå (SSB). (2020b). *Befolkningsframskrivinger for kommunene, 2020-2050* (rapport 2020/27). https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/befolkningsframskrivinger-for-kommunene-2020-2050
- Statistisk sentralbyrå (SSB). (2023a). *Arbeidsinnsats i offentlig helse og omsorg: Fremskrivninger og historikk* (rapport 2023/3). https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/artikler/arbeidsinnsats-i-offentlig-helse-og-omsorg-fremskrivninger-og-historikk
- Statistisk sentralbyrå (SSB). (2023b). *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040* (Rapport 2023/2). https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/artikler/arbeidsmarkedet-for-helsepersonell-fram-mot-2040

- Statistisk sentralbyrå (SSB). (2024a). *Økende antall eldre, men fortsatt blant de yngste i Europa*. https://www.ssb.no/befolkning/folketall/artikler/okende-antall-eldre-men-fortsatt-blant-de-yngste-i-europa
- Ukom. (2026). *Systemperspektiv i gjennomganger av alvorlige uønskede hendelser.* https://ukom.no/laering-og-refleksjon/systemperspektiv-i-gjennomganger-av-alvorlige-uonskede-hendelser-materiell
- Universitetet i Agder. (2021). *Sluttrapport Jobbvinner Agder: Tilrettelegge for gode praksiserfaringer i kommunehelsetjenesten for første års sykepleierstudenter*. KS. https://www.ks.no/globalassets/jobbvinner/rapporter/Sluttrapport-Jobbvinner-Agder-2017-2020.pdf

  Universitetet i Stavanger. (2020). Utviklingsverksted – Sluttrapport Jobbvinner Rogaland. KS. https://www.ks.no/globalassets/jobbvinner/rapporter/SLUTTRAPPORT-JOBBVINNER-ROGALAND151220allesider2.pdf

Intervju

- Helsedirektoratet, 10., 12. og 16. desember 2025
- Helse- og omsorgsdepartementet, 13. januar 2026
- Helsetilsynet, 10. oktober 2025
- Husbanken, 26. november 2025
- KS, 9. desember 2025
- Pasient- og brukarombodet, 10. november 2025

Nettsider

- Distriktssenteret. (2026, 23. februar). *Opplæring i plan for politikarar*. https://distriktssenteret.no/artikkel/opplaering-i-plan-for-politikarar/
- Fafo. (u.å.) *Kompetanseløft 2025 for helsesektoren*. https://www.fafo.no/prosjekter/kompetanseloft-2025-for-helsesektoren
- Folkehelseinstituttet. (2023, 13. mars). *Helse hos eldre i Norge*. https://www.fhi.no/he/fr/folkehelserapporten/grupper/eldre/
- Folkehelseinstituttet. (2025, 7. mai). *Samfunnsoppdrag og tildelingsbrev*. https://www.fhi.no/om/fhi/org-visjon/
- Helsedirektoratet. (u.å.). *Eldrebarometeret*. https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/eldrebarometeret
- Helsedirektoratet. (u.å.). Nasjonale kvalitetsindikatorer for kommunale helse- og omsorgstjenester. https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester

- Helsedirektoratet. (2018a, 8. mai). *Sykehusopphold - ventetid påbegynt helsehjelp*. https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/sykehusopphold/gjennomsnittlig-ventetid-i-somatisk-helsetjeneste
- Helsedirektoratet. (2018b, 27. juni). *Om funksjonsvurdering*. https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-iplos-data-i-kommunen/om-funksjonsvurdering-og-skarinndeling/om-funksjonsvurdering
- Helsedirektoratet. (2021e, 20. desember). *Jobbvinner*. https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/organisering-og-tjenestetilbud/kompetanseloft-2025/jobbvinner
- Helsedirektoratet. (2021f, 20. desember). *Rapporter og evalueringer*. https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/organisering-og-tjenestetilbud/kompetanseloft-2025/rapporter-og-evalueringer
- Helsedirektoratet. (2022b, 16. desember). *Antall personer på venteliste for langtidsplass på sykehjem*. https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/venteliste-for-langtidsplass-pa-sykehjem
- Helsedirektoratet. (2023f, 17. januar). *Trygghetsalarm*. Helsenorge.no. https://www.helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunene/trygghetsalarm/
- Helsedirektoratet. (2023g, 12. desember). *Rapportering av velferdsteknologi*. https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-iplos-data-i-kommunen/rapportering-av-velferdsteknologi
- Helsedirektoratet. (2024c, 9. februar). *Om Kompetanseløft 2025*. https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/organisering-og-tjenestetilbud/kompetanseloft-2025/om-kompetanseloft-2025#bakgrunnogutfordringsbilde
- Helsedirektoratet. (2024d, 15. februar). *Helseteknologiordningen*. https://www.helsedirektoratet.no/digitalisering-og-e-helse/helseteknologiordningen
- Helsedirektoratet. (2024e, 5. april). *Sluttevalueringen av Leve hele livet-reformen er klar*. https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/sluttevalueringen-av-leve-hele-livet-reformen-er-klar
- Helsedirektoratet. (2025c, 13. januar). *Beregning av delmål og samlemål*. https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-iplos-data-i-kommunen/om-funksjonsvurdering-og-skarinndeling/beregning-av-delmal-og-samlemal
- Helsedirektoratet. (2025d, 14. mars). *Rammeverk for nasjonalt kvalitetsindikatorsystem*. https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/rammeverk-for-nasjonalt-kvalitetsindikatorsystem-for-helse-og-omsorgstjenesten
- Helsedirektoratet. (2025e, 20. oktober). *Årsverk og sysselsatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste*. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/arsrapport-

kompetanseloft-2025-utviklingstrekk-og-status-2024/vedlegg-1-tabeller-og-figurer/arsverk-og-sysselsatte-i-kommunal-helse-og-omsorgstjeneste

- Helsedirektoratet. (2025f, 20. oktober). *Årsrapport Kompetanseløft 2025 – utviklingstrekk og status 2024*. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/arsrapport-kompetanseloft-2025-utviklingstrekk-og-status-2024
- Helsedirektoratet. (2025g, 18. desember). *Bo trygt hjemme*. https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/bo-trygt-hjemme
- Helsedirektoratet. (2025h, 10. desember). *Tilrettelegging for å ta i bruk teknologi i den kommunale helse- og omsorgstjenesten*. https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd-og-finansiering/tilskudd/tilrettelegging-for-a-ta-i-bruk-teknologi-i-den-kommunale-helse-og-omsorgstjenesten
- Helsedirektoratet. (2026a, 5. januar). *Oversikt over nasjonale kvalitetsindikatorer*. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonalt-kvalitetsindikatorsystem-nki-arsrapport-2024/oversikt-over-nasjonale-kvalitetsindikatorer
- Helsedirektoratet. (2026b, 10. februar). *Lederutdanninger for primærhelsetjenesten*. https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/organisering-og-tjenestetilbud/kompetanseloft-2025/nasjonal-lederutdanning
- Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunal- og distriktsdepartementet. (2025, 27. august). *Eldreboligalliansen legg fram arbeidet sitt for helse- og omsorgsministeren*. https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/eldreboligalliansen-legg-fram-arbeidet-sitt-for-helse-og-omsorgsministeren/id3117040/
- Helsetilsynet. (u.å.). *Tilsynsrapporter – søkeside*. https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynsrapporter/
- Helsetilsynet. (2025g, 10. februar). *Om tilsyn med helse- og omsorgstjenester*. https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/om-tilsyn-med-helse-og-omsorgstjenester/
- Husbanken. (u.å.). *Investeringstilskudd*. https://statistikk.husbanken.no/tilskudd/investeringstilskudd
- Husbanken. (2026, 6. februar). *Eldreboligprogrammet*. https://www.husbanken.no/boligsosialt-arbeid/eldreboligprogrammet/
- Kommunal Rapport. (u.å). *Kommunebarometeret*. https://kb.kommunal-rapport.no/landing
- KS. (u.å.a). *Konsultasjonsordningen*. https://www.ks.no/om-ks/hva-gjor-vi/faste-moter-med-regjeringen/
- KS. (u.å.b). *SEVS: Sekretariat for etter- og videreutdanning i samfunnsplanlegging*. https://www.ks.no/fagomrader/samfunnsutvikling/samfunnplanlegging/sevs-sekretariat-for-etter--og-videreutdanning-i-samfunnsplanlegging/

- KS. (u.å.c). *Bedre planlegging av helse og omsorgstjenester*. https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/eldreomsorg/bedre-planlegging-av-helse-og-omsorgstjenester/
- KS. (u.å.d). *Verktøy for strategisk kompetanseplanlegging*. https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/kompetanse-og-rekruttering/verktoy---strategisk-kompetanseplanlegging/
- Kommunal- og distriktsdepartementet. (2023b, 13 september) *Hva er et eldreråd?* https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommunalrett-og-kommunal-inndeling/veileder-for-eldrerad/hva-er-et-eldrerad/id2666685/
- Kommunal- og distriktsdepartementet. (2025, 15. mai). *Frie inntekter korrigert for utgiftsbehov*. https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommuneokonomi/inntektssystemet-for-kommuner-og-fylkeskommuner/utgiftskorrigerte-frie-inntekter/id547765/)
- NTNU. (u.å.). *Hva er helseteknologi?* https://www.ntnu.no/inb/helseteknologi
- Senter for omsorgsforsking. (u.å.) *Helsebiblioteket*. *Omsorgsbiblioteket*. https://www.helsebiblioteket.no/oppslagsverk-og-databaser/omsorgsbiblioteket
- Senter for omsorgsforsking. (2024d). Om oss. https://www.ntnu.no/omsorgsforskning/om
- Statistisk sentralbyrå (SSB). (2024b, 13. september). *14293: Framskrevne forsørgerbrøker, etter region, år og alternativ*. https://www.ssb.no/statbank/table/14293
- Statsforvaltaren. (2016, 14. november). *Hvordan klage på helse- og omsorgstjenester*. https://www.statsforvalteren.no/portal/nyheter/2016/11/hvordan-klage-pa-helse--og-omsorgstjenester/
- Statsforvaltaren. (2024, 9. april). *Helsetjenester*. https://www.statsforvalteren.no/nb/portal/Helse-omsorg-og-sosialtjenester/Helsetjenester/
- Stortinget. (2025, 22. desember). *Skriftlig spørsmål fra Margret Hagerup (H) til helse- og omsorgsministeren*. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Sporsmal/Skriftlige-sporsmal-og-svar/Skriftlig-sporsmal/?qnid=112825
- Telemarksforskning. (u.å.). *Om Telemarksforskning*. https://telemarksforsking.no/om-oss/
- Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester. (u.å.). *Om oss*. https://www.utviklingssenter.no/om-oss

Brev og e-post

- Finansdepartementet. (2025). *Endringer i bestemmelser om økonomistyring i staten fra 1. januar 2026*. Brev til Statsministerens kontor og departementene 16. desember 2025. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/fin/vedlegg/okstyring/brev_om_endring_or_16.12.2025.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2025). *Oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelse av helse- og omsorgstjenester til barn med funksjonsnedsettelser*. Brev til Riksrevisjonen 4. mars 2025.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2026). *Tilbakemelding fra Helse- og omsorgsdepartementet på utkast til rapport om Riksrevisjonens undersøkelse av kommunale helse- og omsorgstjenester til eldre*. Brev til Riksrevisjonen 24. april 2026.
- Helsedirektoratet. (2025i). *Tilskudd rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester til eldre – Dokumentasjon fra Helsedirektoratet*. E-post til Riksrevisjonen 18. desember 2025.
- Helsetilsynet. (2026). *Svar på oppfølgende spørsmål etter referat fra møte om kommunale helse- og omsorgstjenester til eldre*. Brev til Riksrevisjonen 30. januar 2026.
- KS. (2023). *«Bo trygt hjemme – reformen» – innspill fra KS*. https://www.ks.no/contentassets/2db3ca1cf3bb4a86b0de6dcf04e26ee4/Bo-trygt-hjemme-reformen-innspill-fra-KS.pdf. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet 2. januar 2023.
- KS. (2024b). *Innspill til helseteknologiordningen*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet 28. juni 2024. https://www.kommunal-rapport.no/files/2024/08/27/Innspill%20til%20Helseteknologiordningen%202025.pdf
- KS. (2025c, 23. mai). *Innspill til videreutvikling av helseteknologiordningen*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet 23. mai 2025.
- Statistisk sentralbyrå (SSB). (2025). *Spørsmål om data og tabeller over kommunale helse- og omsorgstjenester*. E-post til Riksrevisjonen 13. januar 2026.

Statistikk mv.

- Statistisk sentralbyrå (SSB). (2020, januar). *Standard for sentralitet.* https://www.ssb.no/klass/klassifikasjoner/128/om
- Statistisk sentralbyrå (SSB). (2021, 27. oktober). *Om statistikkbanktabellene for Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester* . https://www.ssb.no/helse/metoder-og-dokumentasjon/om-statistikkbanktabellene-for-sjukeheimar-heimetenester-og-andre-omsorgstenester#16
- Helsedirektoratet. (2025j). *Tiltak for gode tildelingsprosesser*. Presentasjon gitt i møte 12. desember 2025

Tabell-, figur- og faktaboksoversikt

Tabelloversikt

Tabell 1 Statsforvaltarane si eigenvurdering av omfanget av gjennomførte tilsyn 45
Tabell 2 Talet på disponible institusjonsplassar, heile landet 2015–2025 55
Tabell 3 Talet på kommunar som søkte om kompetanse- og tenesteutviklingstilskot siste tre åra 72
Tabell 4 Utbetalt tilskot per embete i perioden 2019–2024 i mill. kroner 73
Tabell 5 Andelen klagesaker som gjeld personar som er 65 år eller eldre som er avslutta innan 3 månader 103
Tabell 6 Statsforvaltarane si eigenvurdering av omfanget av gjennomførte tilsyn 114
Tabell 7 Framtidig behov ved ulike nivå av dekningsgrad 125
Tabell 8 Tilskotsordningar forvalta av Helsedirektoratet som gjeld kommunale helse- og omsorgstenester til eldre i perioden 2019–2024 143
Tabell 9 Metodar som er brukte for å belyse problemstillingane 158
Tabell 10 Sentralitetsklasser 161
Tabell 11 Resultat frå OL-regresjonar for dekningsgrad 197

Figuroversikt

Figur 1 Utvikling i befolkninga frå 2025 til 2050, per aldersgruppe 12
Figur 2 Framskriving av forsørgjarbrøken 2024–2050 13
Figur 3 Forsørgjarbrøken for kommunane i 2024 og 2050, gjennomsnitt per sentralitetsklasse 14
Figur 4 Utviklinga i talet på tenestemottakarar som er 80 år eller eldre, heile landet 2015–2025 15
Figur 5 Institusjonsplassar per 1 000 innbyggjarar som er 80 år eller eldre, per kommune i 2025 etter sentralitetsklasse 16
Figur 6 Talet på årsverk etter utdanningsnivå i brukarretta tenester i heile landet, 2015–2025 20
Figur 7 Talet på kommunar som har registrert at dei har teke i bruk velferdsteknologiar i perioden 2019–2024 23
Figur 8 Omsorgstrappa 26
Figur 9 Tal på kommunar som har tiltak om å auke institusjonsplassar eller alternative butilbod, og kor langt fram dei har planlagt for 35
Figur 10 Andel av befolkninga som er 67 år eller eldre, per kommune 2025 49
Figur 11 Utviklinga i talet på tenestemottakarar som er 80 år eller eldre, heile landet 2015–2025 50
Figur 12 Utgifter til kommunale helse- og omsorgstenester som del av netto driftsutgifter, heile landet 2015–2025 52
Figur 13 Netto driftsutgifter til helse- og omsorgstenester i prosent av samla netto driftsutgifter, per kommune 2025 53

Figur 14 Institusjonsplassar per 1 000 innbyggjarar som er 80 år eller eldre, per kommune 2025 56
Figur 15 Institusjonsplassar per 1 000 innbyggjarar som er 80 år eller eldre, per kommune i 2025 etter sentralitetsklasse 57
Figur 16 Demensplassar per 1 000 innbyggjarar som er 80 år eller eldre, per kommune 2025 58
Figur 17 Gjennomsnittleg hjelpebehov for bebuarar som fekk plass på institusjon i 2024 som er 65 år eller eldre, kommunar grupperte etter samlemål 60
Figur 18 Utbetalt investeringstilskot i mrd. kroner i perioden 2019–2025 63
Figur 19 Talet på omsorgsbustader og sjukeheimsplassar finansierte av investeringstilskotet i perioden 2019–2025 64
Figur 20 Utvikling i pasient- og brukarretta årsverk i dei kommunale helse- og omsorgstenestene, heile landet 2015–2025 67
Figur 21 Gjennomsnittleg vekst i pasient- og brukarretta årsverk, i perioden 2015–2025 per sentralitetsklasse 68
Figur 22 Kommunane grupperte etter talet på årsverk per brukar av helse- og omsorgstenesta, 2025 68
Figur 23 Talet på årsverk etter utdanningsnivå i brukarretta tenester i heile landet, 2015–2025 69
Figur 24 Kommunane grupperte etter andelen brukarretta årsverk utan helsefagleg utdanning, 2025 70
Figur 25 Talet på kommunar som har registrert at dei har teke i bruk velferdsteknologi i perioden 2019–2024 82
Figur 26 Andel av befolkninga som har velferdsteknologiar i 2015–2025 og som er 80 år eller eldre 83
Figur 27 Andel klagar til statsforvaltarane som gjeld personar som er 65 år eller eldre, 2019–2024 101
Figur 28 Utfallet av statsforvaltarane si behandling av klagesaker som gjeld personar som er 65 år eller eldre, i perioden 2019–2024 102
Figur 29 Utvikling i befolkninga frå 2025 til 2050, per aldersgruppe 116
Figur 30 Framskriving av forsørgjarbrøken 2024–2050 118
Figur 31 Forsørgjarbrøken for kommunane i 2024 og 2050, gjennomsnitt per sentralitetsklasse 119
Figur 32 Talet på personar med demens og venta antal nye tilfelle 2025–2050, heile landet 120
Figur 33 Tal på kommunar som har tiltak om å auke institusjonsplassar eller alternative butilbod, og kor langt fram dei har planlagt for 126

Faktaboksoversikt

Faktaboks 1 Velferdsteknologi 23
Faktaboks 2 Om dekningsgrad 55
Faktaboks 3 Demens 57
Faktaboks 4 Hjelpebehov – funksjonsmål og samlemål 59
Faktaboks 5 Velferdsteknologi 80
Faktaboks 6 Ulike velferdsteknologiar 81
Faktaboks 7 Kva som er venta av brukarar før dei søkjer om tenester 97
Faktaboks 8 Nasjonale kvalitetsindikatorar for kommunale helse- og omsorgstenester .. 106

Ordliste og forkortingar

Aktiviserings- og servicetenester

I aktiviserings- og servicetenester inngår omfattar tryggleiksalarm, dagaktivitetstilbod, matombringing, lokaliseringsteknologi (GPS), digitalt tilsyns og støttekontakt.[524] I tillegg inngår aktiviserings- og servicetenester i enkelte analysar.

Berekraft

Ei berekraftig helse- og omsorgsteneste vil i denne samanhengen seie at ein over tid har ein balanse mellom dei økonomiske og menneskelege ressursane og kvalitet i tenestene, gitt den demografiske utviklinga.[525]

Demografiske utfordringar

Demografiske utfordringar inneber at det i framtida blir fleire eldre og færre yrkesaktive (nokre kommunar opplever allereie dette), jf. framskrivingane frå Statistisk sentralbyrå (SSB). I tillegg vil eldre leve lenger, og fleire vil ha samansette behov. At det blir fleire eldre, er ei ønskt utvikling, men det inneber at fleire vil ha behov for kommunale helse- og omsorgstenester.

Dekningsgrad

I denne undersøkinga er dekningsgrad talet på institusjonsplassar fordelt på talet på innbyggjarar som er 80 år eller eldre.

Eldre

Eldre blir ofte definerte som personar som er 67 år eller eldre. Etter 67 år byrjar mange å oppleve aldersrelaterte endringar i helse, funksjonsevne og livskvalitet. Dette kan krevje meir tilpassa helsetenester. Sjukelegheit aukar med alder, slik at eldre med høgast sjukelegheit vanlegvis er dei som er 80 år eller eldre. I undersøkinga er eldre definerte som enten 65, 67 eller 80 år eller eldre, avhengig av tilgang på data og formålet med kvar enkelt analyse.

Helse- og omsorgstenester

Helse- og omsorgstenestelova angir ei rekkje tenester som kommunen er forplikta til å tilby for å oppfylle ansvaret sitt. Helse- og omsorgstenester omfattar i denne revisjonen hovudsakleg helsetenester i heimen og plass i institusjon (mellom anna sjukeheimar), jf. helse- og omsorgstenestelova § 3-2 første ledd nr. 6 og nr. 7.

Helsetenester i heimen

Vi legg til grunn Helsedirektoratet sin definisjon av helsetenester i heimen, som inneber alle former for planlagde kommunale helsetenester som blir ytte heime hos pasientane eller med utgangspunkt i heimen deira. Døme på helsetenester som kan ytast i heimen, er heimesjukepleie, ergoterapi og fysioterapi.[526]

[524] Dette er tenester som blir rapporterte med KOSTRA-kode 234: Aktiviserings- og servicetenester overfor eldre og personar med funksjonsnedsettingar mv.
[525] Basert på NOU 2023: 4.
[526] Helsedirektoratet 2016a

Institusjon

Det følgjer av *forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon* at institusjon mellom anna omfattar aldersheimar, sjukeheimar og døgnplassar som kommunen opprettar for å sørgje for tilbod om døgnopphald for akutthjelp.

Kommunalt pasient- og brukarregister (KPR)

Kommunalt pasient- og brukarregister inneheld data om personar som har søkt om, får eller har fått kommunale helse- og omsorgstenester. Kommunane rapporterer data til registeret, som forvaltast av Folkehelseinstituttet.

Omsorgstrappa

Omsorgstrappa er eit omgrep som beskriv det kommunale tilbodet av tenester som ei kjede av tiltak. Grunnprinsippet i omsorgstrappa er at pasientar og brukarar skal få hjelp på det lågaste effektive omsorgsnivået i helse- og omsorgstenestene. Kvar i omsorgstrappa tenestene skal plasserast, blir vurderte ut frå

- kor spesialiserte tenestene er
- kva hjelpebehov brukarane har
- kva ressursinnsats som er nødvendig for brukaren

Lågare trinn i omsorgstrappa tilseier lågterskeltilbod, lågare bilstandsbehov og avgrensa ressursinnsats frå den kommunale helse- og omsorgstenesta.

Sentralitetsklasser

Sentralitetsklasser er dei ulike klassene i sentralitetsindeksen, som er eit mål på kor sentral en kommune er. SSB si berekning av indeksen, som går frå 1 til 6 klasser, er basert på reisetid til arbeidsplassar og servicefunksjonar frå alle busette grunnkrinsar. I denne undersøkinga bruker vi nokre stader denne tredelinga av sentralitet:

- sentrale kommunar (sentralitet 1 og 2)
- mellomsentrale kommunar (sentralitet 3 og 4)
- distriktskommunar (sentralitet 5 og 6)

Velferdsteknologi

Velferdsteknologi er teknologisk assistanse som skal bidra til auka tryggleik, sikkerheit, sosial deltaking, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og som styrkjer den evna kvar enkelt har til å klare seg sjølv i kvardagen trass i sjukdom og nedsett sosial, psykisk eller fysisk funksjonsevne. Velferdsteknologi kan òg fungere som teknologisk støtte til pårørande og elles bidra til å forbetre tilgjengelegheita, ressursutnyttinga og kvaliteten på tenestetilbodet.[527] I denne undersøkinga legg vi vekt på teknologi som blir brukt i tenester til pasientar og pårørande.

[527] NOU 2011:11

Vedlegg 1:

Riksrevisjonens brev til statsråden i Helse- og omsorgsdepartementet

Riksrevisjonen

Vår saksbehandler
Kari Elise Hermansen 22241356
Vår dato 13.05.2026
Vår referanse 2026/00380-1
Deres dato
Deres referanse

Utsatt offentlighet jf. rrevl (2024) § 7-4 (4)

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Til statsråd Jan Christian Vestre

Oversendelse av Dokument 3:16 Riksrevisjonen si undersøking av kommunale helse- og omsorgstenester til eldre

Vedlagt oversendes utkast til Dokument 3:16 (2025-2026) *Riksrevisjonen si undersøking av kommunale helse- og omsorgstenester til eldre*.

Dokumentet er basert på rapport oversendt Helse- og omsorgsdepartementet ved vårt brev 20. mars 2026, og på departementets svar 23. april 2026. Vi takker for konstruktive kommentarer fra departementet på utkastet til rapport. Kommentarene er i hovedsak innarbeidet i dokumentet.

Vi ber statsråden redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens konklusjoner og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Statsrådens svar vil i sin helhet bli vedlagt dokumentet. Vi ber om at svaret blir sendt som PDF eksportert fra Word, ikke skannet som bilde, slik at innholdet kan gjøres tilgjengelig for alle i samsvar med krav til universell utforming.

Svarfrist: 28. mai 2026.

Karl Eirik Schjøtt-Pedersen
riksrevisor

Brevet er godkjent og ekspedert digitalt.

Vedlegg: Utkast til Dokument 3:16 (2025–2026) *Riksrevisjonen si undersøking av kommunale helse- og omsorgstenester til eldre*

Vedlegg 2:

Svar frå statsråden

DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Riksrevisjonen
Postboks 6835 St. Olavs plass
0032 OSLO

Deres ref	Vår ref	Dato
	24/4834-	21. mai 2026

Statsrådens svar - Riksrevisjonen si undersøking av kommunale helse- og omsorgstenester til eldre

Jeg viser til Riksrevisjonens undersøkelse av kommunale helse- og omsorgstenester til eldre, jf. Dokument 3:16 (2025-2026).

Riksrevisjonens undersøkelse belyser alvorlige utfordringer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Den demografiske utviklingen med økende andel eldre vil prege hele helse- og omsorgssektoren i årene framover. Jeg deler vurderingen av at dette stiller store krav til kapasitet, kompetanse, kvalitet, planlegging, prioritering og god bruk av statlige virkemidler.

Kommunene har etter helse- og omsorgstjenesteloven ansvar for å sørge for nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg i kommunen. Staten skal legge til rette gjennom lovverk, økonomiske rammer, nasjonale virkemidler, tilsyn, veiledning og kunnskapsutvikling. Samtidig må statens virkemiddelbruk innrettes innenfor rammene av det kommunale selvstyret.

Riksrevisjonen konkluderer med at de kommunale helse- og omsorgstjenestene i liten grad er dimensjonert for veksten i antall eldre, at det er risiko for svikt i tjenestene, at kommunene ikke planlegger systematisk nok for framtiden og at staten fortsatt mangler nødvendig informasjon om kvaliteten i tjenestene. Riksrevisjonen peker også på at departementet har iverksatt en rekke reformer og virkemidler, men at resultatene så langt har vært begrenset.

Jeg tar disse funnene på alvor. Jeg ser også med bekymring på funn som tyder på at enkelte kommuner har redusert, eller planlegger å redusere, kvaliteten i tjenestetilbudet som følge av pressede rammer. Kravet om forsvarlige helse- og omsorgstjenester ligger fast. Vurderingen

av hva som er forsvarlig må skje i lys av faglig utvikling og forholdene i den enkelte sak, men de overordnede rammene for tjenestene må bygge på gjeldende lovverk og på prioriteringer som er demokratisk forankret gjennom Stortingets behandling av lover og bevilgninger.

Undersøkelsen viser at det ikke er tilstrekkelig å vise til at mange tiltak er igangsatt. Det er også nødvendig å vurdere om virkemidlene er godt nok innrettet, om de gir tilstrekkelig effekt, og om statlige myndigheter har et godt nok grunnlag for å følge utviklingen i tjenestene. Riksrevisjonens anbefalinger vil inngå i departementets videre arbeid gjennom prioriteringene i Regjeringens plan for Norge. Å støtte kommunene i møtet med en aldrende befolkning inngår i planen som en del av Eldreløftet.

Jeg er enig i at kommunenes planlegging er en sentral forutsetning for å kunne møte den økende andelen eldre med nødvendige og forsvarlige tjenester, både på kort og lengre sikt. Demografiutviklingen er kjent, men den slår ulikt ut mellom kommuner. Det stiller krav til lokal planlegging av kapasitet, kompetanse, boligtilbud og organisering av tjenestene.

Regjeringen har allerede satt i gang arbeid som skal understøtte dette. *Bu trygt heime-reformen* løfter frem behovet for mer forebyggende, sammenhengende og bærekraftige tjenester, for bedre planlegging av bolig og tjenestetilbud til eldre. I oppfølgingen av reformen er det bevilget 5,3 mill. kroner til statsforvalterne i 2026 for å understøtte kommunene i deres arbeid og regional samordning. Videre har Helsedirektoratet, Senteret for et aldersvennlig Norge, Husbanken og KS fått et særskilt oppfølgingsansvar og er bevilget midler til arbeidet.

Relevante velferdsteknologiske løsninger kan bidra til bedre kvalitet og mer bærekraftige tjenester. Teknologi som digital hjemmeoppfølging, elektronisk medisineringsstøtte og digitalt tilsyn kan styrke trygghet, mestring og pasientsikkerhet, samtidig som den kan frigjøre tid og gi mer effektiv bruk av personellressurser. Helseteknologiordningen har bidratt til at kommunene samarbeider om å ta i bruk helseteknologi slik at innføringen går raskere.

Også arbeidet med varslet helsepersonellplan og helsereform er relevant. Helsepersonell-planen skal bidra til et bedre grunnlag for å møte personellutfordringene i helse- og omsorgs-tjenestene framover. Også pårørende er en viktig ressurs. For å sikre gode og bærekraftige tjenester er det viktig at pårørende blir anerkjent, involvert og fulgt opp på en god måte. Dette løftes frem i den kommende helsepersonellplanen. Som et verktøy for å styrke samarbeidet mellom helse- og omsorgstjenesten og de pårørende er det utviklet pårørendeavtaler.

Helsereformutvalget skal utrede og foreslå modeller for å sikre en sammenhengende og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Sammen med ulike utprøvinger i Prosjekt X skal dette danne kunnskapsgrunnlag for videre arbeid med helsereform. Samlet retter dette arbeidet seg mot sentrale forutsetninger for kommunenes evne til å planlegge og dimen-sjonere tjenestene i møte med en aldrende befolkning.

Samtidig er det relevant å vurdere om forventningene til kommunenes arbeid på området er tilstrekkelig tydelige. Helse- og omsorgsdepartementet arbeider med tiltak som ser nærmere

på kommunenes planlegging. Som oppfølging av Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2026-2027 (Meld. St. 9 (2023-2024)) har regjeringen bevilget midler til statsforvaltere til å støtte kommunenes arbeid for god og kunnskapsbasert planlegging av helse- og omsorgstjenesten. Statsforvaltere skal tilby alle kommuner bistand til denne planleggingen over en fem til ti års periode fra 2025 og framover. Kommunene med størst behov for bistand skal prioriteres. Videre vil Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunal- og distriktsdepartementet samarbeide for å bidra til å styrke kompetansen om og legge til rette for bruk av planleggingsverktøy i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Formålet er å legge til rette for gode planprosesser regionalt og lokalt. Det er videre bevilget midler til statsforvalter for å gi støtte og veiledning til kommuner i deres arbeid med strategisk kompetanseutvikling. Departementet vil på bakgrunn av Riksrevisjonens anbefalinger se på om det er behov for justeringer i statlige virkemidler, veiledning eller annen støtte til kommunenes planarbeid. Det vil også være aktuelt å vurdere hvordan underliggende etater kan understøtte dette arbeidet.

Jeg deler Riksrevisjonens vurdering av at bedre kunnskap om kvaliteten i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er nødvendig. Dette er viktig både for statlige myndigheter og for kommunene selv, og for tilliten til tjenestene. Uten et bedre kunnskapsgrunnlag blir det vanskelig å følge med på om tjenestene utvikler seg i ønsket retning, og å sette inn treffsikre forbedringstiltak.

Kvalitet i helse- og omsorgstjenestene er sammensatt. Noen sider kan belyses gjennom statistikk, registre og indikatorer, mens andre er vanskeligere å måle systematisk. Det gjelder for eksempel hvordan personer som mottar tjenester opplever trygghet, kontinuitet, medvirkning og verdighet. At kvalitet er sammensatt, endrer ikke behovet for bedre styring, tydeligere oppfølging og et styrket kunnskapsgrunnlag. Departementet har derfor gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utvikle Eldrebarometeret. Første versjon ble lansert i juni 2025. Løsningen gir kommuner, innbyggere og nasjonale myndigheter tilgang til nøkkeltall om kvalitet i helse- og omsorgstjenestene til eldre. Eldrebarometeret skal bidra til et felles kunnskapsgrunnlag for styring, kvalitetsforbedring og politikkutforming, og gi et bedre grunnlag for å identifisere og følge opp kommuner med kvalitetsutfordringer.

Eldrebarometeret bygger foreløpig på eksisterende datakilder. Å videreutvikle løsningen er et pågående arbeid. Det vil ta tid å utvikle en løsning som belyser alle dimensjoner av kvalitet og gir et mer helhetlig og sammenlignbart kunnskapsgrunnlag. Departementet legger vekt på at dette kunnskapsgrunnlaget skal være nyttig både for nasjonale myndigheter og for kommunene i deres arbeid med kvalitetsforbedring. Som en del av arbeidet med å sikre god kvalitet arbeider departementet også med tiltak for å tilrettelegge for gode tildelingsprosesser. Åpne prosesser med god involvering av brukere og pårørende legger til rette for riktige vedtak, noe som igjen gir bedre prioritering og mer treffsikre tjenester i kommunene.

Eldrebarometeret er ikke alene et tilstrekkelig svar på utfordringene Riksrevisjonen peker på, men et viktig tiltak for å styrke kunnskapen om kvaliteten i kommunale helse- og omsorgstjenestene. Samtidig arbeider regjeringen med å endre den statlige virkemiddelbruken overfor kommuner med vesentlige mangler i styring, kontroll og tjenestekvalitet. Det utredes

en særskilt oppfølgingsordning med nye styringsvirkemidler for kommuner med alvorlig svikt, blant annet innen helse- og omsorgstjenestene. I samme arbeid utredes også endringer i ROBEK for å forsterke statens oppfølging der innbyggernes lovfestede rettigheter står i fare. Vi viser til omtale av dette kommuneproposisjonen for 2027 (Prop. 94 S).

Riksrevisjonen anbefaler at departementet sørger for at statsforvalterne i større grad settes i stand til å gjennomføre tilsyn og bistå kommunene i arbeidet med planer og kvalitetsforbedring. Jeg er enig i at statsforvalterne har en viktig rolle på dette området. Statsforvalterne skal føre tilsyn med at kommunene oppfyller sine lovpålagte plikter, og de har samtidig en viktig veilednings- og samordningsrolle overfor kommunene. Det må samtidig være en klar rollefordeling. Kommunene har ansvaret for lokal planlegging, prioritering og tjenesteutforming, mens staten skal bidra med veiledning, kunnskapsutvikling og andre virkemidler innenfor rammene av regelverket og nasjonale føringer.

I forbindelse med lovendringene om ny meldeordning for alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten, som trer i kraft 1. juli i år, utarbeider Helsedirektoratet en veileder om læring og forbedring etter alvorlige hendelser. I dette arbeidet har direktoratet sett at det er et betydelig behov for veiledning ute i tjenestene. Det utarbeides derfor en mer omfattende veileder, som blant annet omtaler grunnleggende forutsetninger for pasient- og brukersikkerhet, og som kommunene kan benytte i sitt lærings- og forbedringsarbeid. Videre ble bevilgningen til statsforvalterne økt med 40,5 mill. kroner ved behandlingen av statsbudsjettet for 2026, jf. Prop. 1 S (2024-2025) for Digitaliserings og forvaltningsdepartementet. Økningen ble blant annet begrunnet med den nye meldeordningen for alvorlige hendelser og behovet for å styrke helsefeltet innen klagebehandling, tilsyn og veiledning for å håndtere økt saksmengde. I tillegg ble behandlingen av pasientreiseklager effektivisert og samlet hos Statsforvalteren i Vestland.

Departementet vil i den videre oppfølgingen vurdere hvordan statsforvalterens rolle best kan ses i sammenheng med bidrag fra underliggende etater, fremfor alt Helsedirektoratet, og med KS sin rolle i utviklingsarbeid, veiledning og erfaringsspredning i kommunesektoren. Det vil være naturlig å vurdere samspillet mellom tilsyn, veiledning, tilgjengelig kunnskapsgrunnlag og øvrige virkemidler i oppfølgingen av kommunene. Målet er en mer samlet og treffsikker oppfølging av kommuner med kvalitetsutfordringer.

Riksrevisjonen anbefaler at departementet ser til at innretningen på investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser tilpasses ulike kommuners behov for flere heldøgns omsorgsplasser og alternative botilbud. Dette er en problemstilling departementet arbeider med.

Formålet med investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser er å stimulere kommunene til både å fornye og øke tilbudet av institusjonsplasser og omsorgsboliger for personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester. Behovene varierer mellom kommuner, både som følge av bosettingsmønster og demografi, i volum og hvilke bo- og tjenesteløsninger de har pr. dags dato og hva som er mest hensiktsmessige for fremtiden. Det er derfor viktig at

tilskuddsordningen er innrettet slik at den i størst mulig grad understøtter kommunenes mulighet til å planlegge og gjennomføre nødvendige investeringer tilpasset lokale behov.

Også andre aktører, herunder KS, kommuner, Eldreboligalliansen og Kommunekommisjonen har pekt på behovet for å vurdere innretningen på ordningen nærmere. Flere har etterlyst økt fleksibilitet. Regjeringen har allerede gjort enkelte endringer i tilskuddsordningen og arbeider videre med ytterligere forenklinger for å gi kommunene økt handlingsrom og for å få fart på byggingen av heldøgns omsorgsplasser. SSB har framskrevet et behov for om lag 18 000 flere heldøgns omsorgsplasser fram mot 2035, så det er viktig at ordningen også bidrar til nødvendig kapasitetsvekst. Som et ledd i dette er det fra 2026 gjeninnført et krav om netto tilvekst hvor om lag 30 pst. av tilsagnsrammen er forbeholdt plasser som gir netto tilvekst. Kommuner som får tilskudd til slike plasser, må binde seg til å opprettholde netto tilvekst i fem år fra tilsagn om tilskudd blir gitt.

Det følger også av Prop. 1 S (2025–2026) at det skal innføres en dispensasjonsadgang innenfor nærmere angitte vilkår. Formålet med dispensasjonsadgangen vil være å gi kommunene mulighet for fleksibel bruk av heldøgns omsorgsplasser innenfor en gitt tidsperiode og mulighet for gradvis innflytting, uten at det kom mer til hinder for utbetaling av tilskudd fra staten. Videre er redusert tilskudd til prosjekter som ikke har lokalt produksjonskjøkken fjernet. Bindingstiden for disponering av omsorgsplasser er redusert fra 30 til 20 år.

Sentrale forenklinger som foreslås fra 2027, er å avvikle alle krav i tilskuddsordningen som ikke følger av byggteknisk forskrift (TEK17), inkludert krav om universell utforming og krav etter arbeidsmiljøloven. Vi vil gjennomgå Husbankens retningslinjer og veileder for investeringstilskudd det til heldøgns omsorgsplasser i tråd med dette. Regjeringen vil også utrede en hjemmel for forsøk innenfor investeringstilskuddet som kan gjøre det mulig for kommuner å teste ut nye boformer og skape nye, aldersvennlige nabolag gjennom samlokalisering med andre boligformål, for eksempel studentboliger.

Riksrevisjonens undersøkelse gir et viktig grunnlag for det videre arbeidet med å styrke de kommunale helse- og omsorgstjenestene til eldre. Hovedutfordringene som beskrives i rapporten, kan ikke løses med ett enkelt tiltak. Det vil kreve innsats over tid på mange områder, herunder bedre planlegging og planleggingskompetanse, bedre kunnskap om kvalitet, tydeligere og mer systematisk støtte til lokalt forbedringsarbeid og planlegging, mer målrettet statlig oppfølging og mer treffsikre virkemidler i tråd med kommunenes behov.

Departementet har allerede satt i gang flere tiltak som er relevante for utfordringsbildet Riksrevisjonen beskriver. Undersøkelsen viser samtidig at det er behov for å vurdere om innsatsen samlet sett er godt nok innrettet og om oppfølgingen av kommunene er tilstrekkelig. Departementet vil i det videre arbeidet følge opp Riksrevisjonens anbefalinger innenfor disse rammene.

Med hilsen

Jan Christian Vestre

Vedlegg 3:

Resultat frå regresjonsanalysen

Tabell 11 Resultat frå OL-regresjonar for dekningsgrad

	Avhengig variabel: Institusjonsplassar per innbyggjar som er 80 år eller eldre	
	(1)	(2)
Frie inntekter (i % av gjennomsnittet)	1,07***	0,63***
	(0,09)	(0,11)
Sentralitet (indeks)		-0,19***
		(0,03)
Andel av befolkninga som er 80 år eller eldre (%)		-7,70***
		(2,36)
Konstant	52,00***	273,72***
	(10,46)	(37,86)
Observasjonar	354	354
R^2	0,30	0,38

*Kjelde: SSB og KRP. *p<0,1; **p<0,05; ***p<0,01. Eining er kommune. Data for 2024*