

Helsefremmende og forebyggende tiltak rettet mot hjemmeboende eldre

Resultater fra en nasjonal kommuneundersøkelse



Karl Ove Hufthammer, Oddvar Førland og Hanne Marie Rostad

Karl Ove Hufthammer, Oddvar Førland og Hanne Marie Rostad

Helsefremmende og forebyggende tiltak rettet mot hjemmeboende eldre

Resultater fra en nasjonal kommuneundersøkelse

Senter for omsorgsforskning

februar 2026



Høgskulen
på Vestlandet



Senter for
omsorgsforskning



© Forfatterne / Senter for omsorgsforskning

Omslagsbilde: Bilde generert ved hjelp av Adobe Firefly fra ledeteksten *Norwegian fjord between nordic village with Scandinavian houses painted in various colors and Nordic waterfront cityscape featuring recognizable Oslo architectural forms. Watercolor art print.*

Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 02/2026

Tittel: Helsefremmende og forebyggende tiltak rettet mot hjemmeboende eldre
Resultater fra en nasjonal kommuneundersøkelse

Forfattere: Karl Ove Hufthammer, Oddvar Førland og Hanne Marie Rostad

Satt med Adobe Caslon 10,5/12,5 (Helvetica)

ISBN (digital utgave): 978-82-8340-160-8

ISSN (digital utgave): 1892-705X

Se hele rapportserien til Senter for omsorgsforskning her:

www.ntnu.no/omsorgsforskning/rapportserie



FORORD

Dette er en rapport om kartlegging av helsefremmende og forebyggende tiltak for hjemmeboende eldre i norske kommuner. Kartleggingen er gjennomført og rapporten skrevet på oppdrag fra Helsedirektoratet av forskere ved Senter for omsorgsforskning (SOF, regionene vest og øst).

Prosjektet har vært ledet av SOF vest (Høgskulen på Vestlandet) ved Karl Ove Hufthammer. Prosjektmedarbeidere har vært Oddvar Førland (SOF vest, Høgskulen på Vestlandet) og Hanne Marie Rostad (SOF øst, NTNU – Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet).

Vi vil takke Helsedirektoratet for oppdraget, og spesielt Ingvild Konttorp Haugen, Thorstein Ouren og Liv Tveito ved Helsedirektoratet for godt samarbeid.

Vil også takke pilottesterne som gav tilbakemelding på spørreskjemaet – Eric Brugman (Oslo kommune), Ingrid Christensen (Moss kommune), Solrun Hauglum (Vaksdal kommune), Lysbeth Leistra (Gjøvik kommune) og Janne Mo (Øygarden kommune).

Til slutt vil vi rette en stor takk til alle ansatte i kommunene som har svart på spørreskjemaet.

Prosjektarbeidet har foregått i perioden august 2025 til november 2025.

Karl Ove Hufthammer, Oddvar Førland og Hanne Marie Rostad



SAMMENDRAG

BAKGRUNN

Det mangles kunnskap om kommunenes helsefremmende og forebyggende tiltak rettet mot hjemmeboende eldre. Senter for omsorgsforskning har derfor utført en nasjonal kartlegging av dette på vegne av Helsedirektoratet. Det overordnede forskningsspørsmålet for arbeidet har vært:

Hvilke helsefremmende og forebyggende tjenester og tiltak rettet mot hjemmeboende eldre tilbyr norske kommuner, og hvordan organiserer kommunene det helsefremmende og forebyggende arbeidet?

METODE

Data ble hentet inn via en elektronisk spørreundersøkelse til kommunene i Norge og bydelene i Oslo høsten 2025. Forespørsel om egnet person å svare på undersøkelsen ble først sendt til postmottakene i alle de 357 kommunene (for Oslo: alle de 15 bydelene). Vi fikk oppgitt kontaktperson i 271 av kommunene utenom Oslo og alle bydelene i Oslo. Kontaktpersonene fikk tilsendt spørreskjemaet, og vi fikk svar på dette fra 214/271 (79 %) av kommunene og 12/15 (80 %) av bydelene som fikk skjemaet.

TILTAK OG UTBREDELSE

Resultatene viser at kommunene tilbyr et bredt spekter av helsefremmende og forebyggende tiltak rettet mot hjemmeboende eldre. Mest vanlig er treningstilbud for styrke og balanse, som 93 % av kommunene har, og minst vanlig er helsestasjon for eldre, som 12 % av kommunene har. Store kommuner har generelt litt flere tiltak enn små og mellomstore kommuner, men det

var svært stor variasjon i antall tiltak også blant kommuner av samme størrelsesorden. Mange kommuner har konkrete planer om nye tiltak de neste tre årene.

SAMARBEID

Samarbeid med frivillig sektor er utbredt. Dette gjelder spesielt tiltak for å styrke trivsel og sosiale relasjoner. Av alle kommunene oppgir 67 % å ha en frivillighetskoordinator, og 56 % har en vedtatt plan eller strategi for samarbeid med frivilligheten. Samarbeid med næringslivet er imidlertid lite utbredt og forekommer bare for noen av tiltakene.

Om lag en tredel (36 %) av kommunene samarbeider med andre kommuner om å tilby helsefremmende og forebyggende tjenester. Syv av ti (70 %) samarbeider formelt med fastlegene om at disse skal gi informasjon eller henvisning til potensielle brukere av tjenestene.

I alt 63 % av kommunene oppgir at de har et knutepunkt for det helsefremmende og forebyggende arbeidet – et kontaktpunkt både innbyggere og samarbeidspartnere kan henvende seg til.

FOREBYGGENDE HJEMMEBESØK

Halvparten av kommunene (50 %) oppgir at de tilbyr forebyggende hjemmebesøk. Dette er en økning fra 8 % i 2003 og 25 % i 2013. Når det gjelder alder, er hovedmålgruppene eldre 75–79 år og 80 år eller eldre. Få kommuner retter besøkene mot de yngre eldste, de under 75 år.

Besøkene har flere formål, blant annet å forebygge skader, ulykker og funksjonssvikt, gjennomføre en mestringsfokusert samtale og å informere om tilgjengelige tjenester/tilbud. De blir også brukt til å rekruttere de eldre til frivillig innsats, men dette er ansett som noe mindre viktig av respondentene i undersøkelsen. Det er vanligvis sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter som foretar hjemmebesøkene.

KONTAKT MED POTENSIELLE BRUKERE

Kommunene bruker mange ulike metoder for å komme i kontakt med aktuelle brukere og informere om tjenestene. Hjemmetjenesten og fastlegene spiller en viktig rolle, men også frivillige organisasjoner og sosiale medier er vanlige informasjonskanaler.

KILDER TIL INNSIKT OG KVALITET PÅ TJENESTENE

Kommunene bruker mange informasjonskilder i arbeidet med utforming av tjenestene, for eksempel nasjonal, regional og lokal statistikk og undersøkelser. Mest viktig anser respondentene kunnskap og erfaring fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene å være.

En del kommuner gjennomfører systematiske undersøkelser for å måle brukertilfredshet med tjenestene. I alt måler 54 % dette (for minst én av tjenestene), men det er vanligere i store kommuner (76 %) enn i små (38 %) og mellomstore (58 %) kommuner.

Å evaluere effekten av forebyggende og helsefremmende tjenester er mindre vanlig, og bare 28 % av kommunene gjør dette. Det er vanligere i store kommuner (49 %) enn i små (23 %) og mellomstore (22 %) kommuner.

UTJEVNING AV SOSIALE HELSEFORSKJELLER

Respondentene mener kommunens tiltak bidrar til utjevning av sosiale helseforskjeller – 47 % mener de gjør det i noen grad, 36 % i stor grad og 7 % i svært stor grad. De utsatte/ sårbare gruppene flest kommuner har fokus på i dette arbeidet, er personer med somatiske eller psykiske helseproblemer og personer som er ensomme.

Kommunene har flere framgangsmåter for å nå eldre som tilhører spesielt utsatte grupper. Det vanligste er å formidle informasjon til ulike lag, organisasjoner og foreninger, for eksempel via foredrag. Men aktiv bruk av nettsider / sosiale medium er også nevnt av flere, og fastlegene er oppgitt å være viktige for å nå målgrupper som ellers er vanskelige å nå.



INNHOOLD

FORORD	IV
SAMMENDRAG	V
1. INNLEDNING	1
1.1 HELSEFREMMEDE OG FOREBYGGENDE TILTAK RETTET MOT ELDRE	1
1.2 SAMARBEID OM HELSEFREMMEDE OG FOREBYGGENDE TJENESTER	2
1.2.1 INTERKOMMUNALT SAMARBEID	2
1.2.2 SAMARBEID MED FASTLEGENE	2
1.2.3 SAMARBEID MED FRIVILLIG SEKTOR	2
1.2.4 SAMARBEID MED NÆRINGSLIVET	3
1.3 FOREBYGGENDE OG HELSEFREMMEDE HJEMMEBESØK TIL ELDRE	3
1.4 UTJEVNING AV SOSIALE HELSEFORSKJELLER	3
2. METODE	5
2.1 FORSKNINGSSPØRSMÅL	5
2.2 UTFORMING AV SPØRREUNDERSØKELSEN	5
2.2.1 PRINSIPPER FOR UTFORMING	5
2.2.2 ARBEIDET MED UTFORMINGEN	6
2.3 INNHOLDET I SPØRREUNDERSØKELSEN	7
2.4 NETTSØK	7
2.5 INNSAMLING AV SVAR	8

2.6 SPØRRESKJEMA FOR OSLO KOMMUNE	9
2.7 VIKTIGE KILDER I ARBEIDET	9
2.8 LITTERATURSØK OG -GJENNOMGANG	9
2.9 STATISTISKE METODER	10
2.10 FORSKNINGSETISKE VURDERINGER OG HENSYN	11
3. RESULTATER	12
3.1 UTSENDTE SPØRRESKJEMA OG SVARPROSENT	12
3.2 KLASSIFISERING AV KOMMUNER ETTER STØRRELSE	13
3.3 RESPONDENTENE	13
3.4 EKSISTERENDE OG FRAMTIDIGE TILTAK I KOMMUNENE	14
3.4.1 EKSISTERENDE TILTAK	14
3.4.2 TILTAK I KOMMUNAL REGI	17
3.4.3 TILTAK GITT I SAMARBEID MED FRIVILLIG SEKTOR	19
3.4.4 TILTAK GITT I SAMARBEID MED PRIVAT SEKTOR	20
3.4.5 PLANER OM INNFØRING AV NYE TILTAK	20
3.4.6 ANTALL ULIKE TYPER TILTAK PER KOMMUNE	22
3.5 SAMARBEID OG ORGANISERING	22
3.5.1 INTERKOMMUNALT SAMARBEID	23
3.5.2 SAMARBEID MED FASTLEGETJENESTEN	23
3.5.3 SAMARBEID MED FRIVILLIG SEKTOR	23
3.5.4 FRIVILLIGHETSKOORDINATOR	23
3.5.5 KNOTEPUNKT FOR DET HELSEFREMMEDE OG FOREBYGGENDE ARBEIDET	24
3.6 FOREBYGGENDE HJEMMEBESØK	25
3.6.1 ALDERSGRUPPER	25
3.6.2 ANDRE BEHOVSGRUPPER	26
3.6.3 FORMÅLET MED HJEMMEBESØKENE	27
3.6.4 FAGLIG KOMPETANSE	28
3.7 REKRUTTERING	29
3.8 INNSIKT OG KVALITET PÅ TJENESTENE	30
3.8.1 KILDER TIL INNSIKT	30
3.8.2 BRUKERTILFREDSHET	32

3.8.3	EVALUERING AV EFFEKT	32
3.9	SOSIALE HELSEFORSKJELLER	33
3.9.1	UTJEVNING AV SOSIALE HELSEFORSKJELLER	33
3.9.2	FOKUS PÅ UTSATTE/SÅRBARE GRUPPER	33
3.9.3	TILRETTELEGGING FOR Å NÅ UTSATTE GRUPPER	34
3.10	ANDRE KOMMENTARER	35
3.11	REPRESENTATIVITET OG DETALJERT SVARPROSENT	36
4.	DISKUSJON	38
4.1	FRIVILLIG SEKTOR SIN ROLLE	39
4.2	FOREBYGGENDE/HELSEFREMMEDE HJEMMEBESØK	41
4.2.1	UTBREDELSE	41
4.2.2	MÅLGRUPPER OG OMFANG	42
4.2.3	BESØKENES FAGLIGE PROFIL	42
4.2.4	FAGLIG KOMPETANSE	43
4.2.5	AVSLUTTENDE KOMMENTARER OM FORSKNING PÅ FOREBYGGENDE HJEMMEBESØK OG BEHOVET FOR STATLIGE STØTTEPROGRAM	43
4.3	KOMMUNESTØRRELSE SOM FORKLARING PÅ FORSKJELLER	44
4.4	SOSIALE HELSEFORSKJELLER	45
4.4.1	ELDRE MED RUSPROBLEMER	46
4.4.2	ØKONOMISK VANSKELIGSTILTE	46
4.4.3	ELDRE MED MINORITETSBAKGRUNN	46
4.4.4	OPPSUMMERING	47
	REFERANSER	48
	VEDLEGG	52
	VEDLEGG 1: SPØRRESKJEMAET	52



1. INNLEDNING

Folkehelseloven § 4 pålegger kommunene ansvar for å fremme helse og bidra til å forebygge sykdom og utjevne sosiale helseforskjeller (Folkehelseloven, 2011). Ifølge § 7 i samme lov skal de blant annet gi råd og veiledning om hva den enkelte selv kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom. Helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 3-2) gir videre kommunene ansvar for å tilby «helsefremmende og forebyggende tjenester». Det er imidlertid opp til kommunene selv å konkretisere dette i form av tiltak rettet mot ulike befolkningsgrupper, for eksempel hjemmeboende eldre.

Vi mangler en oversikt over *hvilke* helsefremmende og forebyggende tiltak kommunene har valgt for sine hjemmeboende eldre og over *hvordan* de organiserer det helsefremmende og forebyggende arbeidet for disse. Senter for omsorgsforskning har derfor på oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomført en nasjonal kommuneundersøkelse for å få svar på dette.

Vi har blant annet sett på eksisterende tiltak i kommunene, på kommunenes samarbeid med andre kommuner, med frivillig sektor og med næringslivet, på detaljer i organiseringen av forebyggende hjemmebesøk og på utjevning av sosiale helseforskjeller. Disse temaene er kort presentert her. Resultatene fra undersøkelsen presenteres i kapittel 3.

1.1 HELSEFREMMEDE OG FOREBYGGENDE TILTAK RETTET MOT ELDERE

Myndighetene har de siste årene lagt stor vekt på forebygging og helsefremming i møte med en aldrende befolkning. Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre* framhever blant annet aldersvennlige lokalsamfunn, aktivitet og fellesskap, mat og måltider, tidlig helsehjelp og lavterskeltilbud for psykisk helse som sentrale virkemidler (Meld. St. 15 (2017–2018)). Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027: Vår felles helsetjeneste* sier at forebygging og helsefremming skal være en integrert del av alle ledd i helse- og omsorgstjenesten, slik at tjenestene reduserer behovet for behandling og institusjonsomsorg (Meld. St. 9 (2023–2024)).

Forebygging og helsefremming er også helt sentrale strategier i Meld. St. 24 (2022–2023) *Fellesskap og meistring: Bu trygt heime*, som er den siste stortingsmeldingen med særlig fokus på eldre. Her løftes det fram tiltak som aldersvennlige møteplasser, tilrettelegging av boliger, tidlig innsats og en ny hjemmetjeneste med kompetanse til å arbeide forebyggende (Meld. St. 24 (2022–2023)).

1.2 SAMARBEID OM HELSEFREMMEDE OG FOREBYGGENDE TJENESTER

1.2.1 INTERKOMMUNALT SAMARBEID

Interkommunalt samarbeid kan sikre nødvendig kompetanse og likeverdig tilgang til tjenester. For eksempel kan kommuner samarbeide om å drive en frisklivssentral. Små kommuner kan ha begrensede ressurser og kompetanse til å etablere helsefremmende tjenester, som frisklivssentraler, alene. Ifølge Helsedirektoratet hadde 66 % av kommunene i 2023 frisklivssentral (Helsedirektoratet, 2024, kapittel 3), og i 2022 hadde 44 % av kommunene som *hadde* frisklivssentral, dette i samarbeid med andre kommuner (Helsedirektoratet, 2025a, kapittel 5.6). Samarbeidet kan dreie seg om felles drift av frisklivssentral eller samarbeid om enkeltkurs, kompetanse, lokaler og utstyr (Helsedirektoratet, 2025a, kapittel 6.7).

1.2.2 SAMARBEID MED FASTLEGENE

Fastlegene har en nøkkelrolle i forebyggende og helsefremmende arbeid, både gjennom direkte pasientkontakt og som samarbeidspartnere i kommunens folkehelsearbeid. De er ofte den første kontaktflaten for eldre med begynnende helseutfordringer og har dermed en unik posisjon til å identifisere risikofaktorer tidlig, gi råd om livsstilsendringer og henvise til kommunale tilbud som frisklivssentraler, forebyggende hjemmebesøk og rehabilitering.

I tillegg fungerer fastlegene sammen med kommunelegene som en viktig informasjonskilde for kommunen, fordi de har kontinuerlig kontakt med innbyggerne og kan formidle kunnskap om lokale helseutfordringer og behov. I litteraturen omtales fastlegene som en «lyttepost» – de fanger opp signaler om endringer i helsetilstand og behov for forebyggende tiltak, og videreformidler informasjonen til kommunen for planlegging og prioritering av folkehelseiltak (Rønnevik, Pettersen & Grimsmo, 2020).

1.2.3 SAMARBEID MED FRIVILLIG SEKTOR

Frivillig sektor utgjør en sentral ressurs i folkehelsearbeidet og eldreomsorgen, både som bidragsyter til sosial støtte og som aktør i forebyggende tiltak. Kommunene har et lovpålagt ansvar for å legge til rette for samarbeid med frivillige organisasjoner, jf. helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 3-10), som sier at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal «legge til rette for samarbeid med [...] frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgaver som helse- og omsorgstjenesten». Dette ansvaret er ytterligere konkretisert gjennom Forskrift om tilskudd til frivilligsentraler (2022, § 1), hvor frivilligsentralene beskrives som «bindeledd mellom kommunen og frivillig sektor», og der et av formålene er oppgitt å være å «stimulere til frivillig innsats».

Politiske føringer har de siste årene understreket frivillighetens betydning i forebyggende arbeid. Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga: Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar* framhever frivillige organisasjoner som viktige samarbeidspartnere for å redusere ensomhet og fremme livskvalitet, særlig blant eldre (Meld. St. 15 (2022–2023)). Tilsvarende peker Meld. St. 24 (2022–2023) *Felleskap og meistring: Bu trygt heime* på behovet for å styrke samspillet mellom offentlige tjenester og frivillig sektor for å sikre helhetlige og bærekraftige omsorgsløsninger (Meld. St. 24 (2022–2023)).

1.2.4 SAMARBEID MED NÆRINGSLIVET

En offentlig utredning påpeker at samarbeid mellom kommuner og lokalt næringsliv kan være en viktig faktor for å utvikle levende og bærekraftige lokalsamfunn, blant annet gjennom å skape møteplasser og aktiviteter som fremmer inkludering (NOU 2020:12). Vi har imidlertid ikke funnet politiske dokumenter som omhandler samarbeid med næringslivet om helsefremmende og forebyggende tiltak blant eldre spesifikt.

1.3 FOREBYGGENDE OG HELSEFREMMEDE HJEMMEBESØK TIL ELDERE

Et sentralt tema i vår kartlegging er utbredelsen av og kjennetegn ved forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre. Slike besøk er i en kunnskapsoppsummering omtalt som «oppsøkende besøk i regi av kommunen til eldre personer som ikke har (eller har begrensede) kommunale helse- og omsorgstjenester fra før, med formål å forebygge sykdom og skade, samt understøtte helse, funksjonsevne og deltakelse» (Førland & Skumsnes, 2017).

Slike individuelle hjemmebesøk kan ha ulike tilnærminger og faglige profiler. Skumsnes et al. (2015) har skissert fire ulike modeller: 1) forebyggende besøk for å avdekke funksjonssvikt og hjelpebehov, 2) forebyggende besøk for å forebygge skader og ulykker, 3) forebyggende besøk for å gi helserådgivning og informasjon om aktuelle tjenester og 4) forebyggende besøk for å ha en ressursfokusert helsesamtale.

Det er ikke lovpålagt for kommunene å tilby slike besøk, men Helse- og omsorgsdepartementet har anbefalt kommunene å tilby dem til sine eldre innbyggere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016), og Helsedirektoratet har laget en praktisk veileder i hvordan kommunene kan etablere og drive tilbudet (Helsedirektoratet, 2019).

1.4 UTJEVNING AV SOSIALE HELSEFORSKJELLER

Utjevning av sosiale helseforskjeller er en hovedprioritet i norsk folkehelsepolitikk, og kommunene har en nøkkelrolle i dette arbeidet (Meld. St. 15 (2022–2023); NOU 2025: 8). Sosiale helseforskjeller oppstår gjennom ulikheter i utdanning, inntekt, arbeidsforhold og bomiljø, og påvirker både levealder og livskvalitet. Folkehelseloven § 4 pålegger kommunene å fremme befolkningens helse og utjevne sosiale forskjeller gjennom systematisk folkehelsearbeid (Folkehelseloven, 2011). Regjeringens folkehelsemelding (Meld. St. 15 (2022–2023)) understreker at utjevning av

sosiale helseforskjeller er den viktigste prioriteringen i folkehelsearbeidet. For å oppnå dette framheves seks innsatsområder i folkehelsemeldingen, «dei samfunnsskapte vilkåra for god helse, levevanar og førebygging av ikkje-smittsame sjukdommar (NCD – non-communicable diseases), psykisk helse og livskvalitet, vern mot helsetruslar og rett til eit sunt miljø, kommunikasjon og innbyggardialog og førebyggjande arbeid i helse- og omsorgstenesta» (Meld. St. 15 (2022–2023), s. 11).

Helsedirektoratet anbefaler prinsippet om «proporsjonal universalisme», der universelle tiltak kombineres med ekstra innsats for grupper med størst behov (Helsedirektoratet, 2023). Et eksempel er kommunale frisklivssentraler, som tilbyr veiledning om fysisk aktivitet, kosthold og tobakk, og retter seg mot personer med økt risiko for sykdom. Frisklivssentralene er en etablert del av kommunale helsetjenester med stort potensial for å fremme helse, forebygge sykdom og støtte behandling og rehabilitering (Helsedirektoratet, 2025a). De når i stor grad ut til høyrisikogrupper og kan bidra til å nå nasjonale folkehelsemål.

Forskning viser at folkehelsearbeid og planlegging må sees i sammenheng for å redusere ulikheter, og at sosiale helseforskjeller bør være et sentralt tema i kommuneplanleggingen (Kippersund, 2023). Likevel viser studier at mange kommuner fortsatt har utfordringer med å integrere utjevning av sosiale forskjeller i politiske prioriteringer og planer (Fosse, 2016).

I kartleggingen har vi spurt kommunene om seks spesifikke grupper utsatte/sårbare grupper eldre: personer med somatiske helseproblemer, personer med psykiske helseproblemer, personer med rusproblemer, økonomisk vanskeligstilte, personer som er ensomme og personer med etnisk minoritetsbakgrunn. Vi har sett på hvilke av disse gruppene kommunene har et spesielt fokus på når det gjelder helsefremmende og forebyggende tiltak, og på hva de gjør aktivt for å legge til rette for at tiltakene når personer i disse gruppene.



2. METODE

2.1 FORSKNINGSSPØRSMÅL

Det overordnede forskningsspørsmålet for arbeidet med denne rapporten har vært:

Hvilke helsefremmende og forebyggende tjenester og tiltak rettet mot hjemmeboende eldre tilbyr norske kommuner, og hvordan organiserer kommunene det helsefremmende og forebyggende arbeidet?

For å få svar på spørsmålet har vi utarbeidet en digital spørreundersøkelse til alle landets kommuner. Tema for undersøkelsen har vært eksisterende og planlagte tiltak, samarbeid med frivillig og privat sektor, organiseringen av forebyggende hjemmebesøk, knutepunkt for helsefremmende og forebyggende arbeid, kilder til innsikt i arbeidet med utforming av tiltak, evaluering av tiltak, rekruttering av brukere til tjenestene/tilbudene, målgrupper for det helsefremmende og forebyggende arbeidet og vurdering av tiltakenes bidrag til utjevning av sosiale helseforskjeller.

Ellers har en hypotese vært at små og store kommuner (målt i innbyggertall) har forskjellig omfang og organisering av helsefremmende og forebyggende tiltak. Vi har derfor også hentet inn informasjon om kommunestørrelse fra SSB.

2.2 UTFORMING AV SPØRREUNDERSØKELSEN

2.2.1 PRINSIPPER FOR UTFORMING

Et siktemål for arbeidet med utforming av spørreundersøkelsen har vært å få et spørreskjema som er enkelt og minst mulig tidkrevende å svare på, samtidig som det skal dekke de relevante temaene. Et mål har vært at skjemaet skal kunne besvares på 10–15 minutter.

Vi har prøvd å ha mest mulig *lukkede spørsmål* (avkryssing) i stedet for spørsmål der respondenten må skrive inn svar (fritekstspørsmål). I tilfeller der svaralternativene ikke nødvendigvis er dekkende, har vi lagt til alternativer som «Annet (spesifiser)».

For å unngå at respondenter ved en feil hopper over spørsmål, har vi gjort alle spørsmålene (utenom fritekstspørsmål) obligatoriske. Men siden respondentene kan ha varierende oversikt over tjenestene i kommunene, har vi også tatt med «Vet ikke» som svaralternativ der det var relevant, altså for spørsmål det kunne tenkes at respondenten ikke kunne svare på.

Noen spørsmål er laget slik at de bare blir presentert hvis respondenten tidligere har krysset av for gitte svaralternativer. For eksempel får en bare de fire spørsmålene om detaljer om forebyggende hjemmebesøk dersom en har krysset av for at kommunen *har* forebyggende hjemmebesøk. Dette er gjort for å redusere antall spørsmål respondentene må svare på¹.

2.2.2 ARBEIDET MED UTFORMINGEN

Basert på bestillingen fra Helsedirektoratet ble et utkast til skjemaet utformet av prosjektgruppen (se «Viktige kilder i arbeidet», avsnitt 2.7). Utkastet ble så diskutert med Helsedirektoratet via elektroniske videomøter, og tilpassinger ble gjort. Et «endelig» utkast ble så sendt på høring hos pilottestere i fem norske kommuner. Disse ble bedt om å kommentere på hva som fungerte godt og mindre godt, og på både innhold, struktur, spørsmål og svaralternativer. Denne listen over spørsmål (her lettere språklig tilpasset) ble gitt som eksempel på ting å se på:

Er strukturen på skjemaet god (er det logisk oppbygd)?

- Er spørsmålene klart og tydelig formulert? Er det lett å forstå hva vi spør om?
- Er forklaringstekstene/innledningene lette å forstå?
- Er det noen spørsmål som er vanskelige å svare på?
- Er svaralternativene lette å forstå? Mangler det viktige svaralternativ? (Helst bør en ha så få «Annet»-svar som mulig.)
- Er det spørsmål som burde hatt «Annet» eller «Vet ikke» som svaralternativ, men som ikke har det? (I utgangspunktet er alle spørsmålene obligatoriske, men på noen kan en svare «Vet ikke».)
- Er det noen spørsmål du oppfatter som mindre relevante og bør tas ut?
- Er det noen spørsmål du savner?
- Hvordan er omfanget på skjemaet (for langt/kort)?
- Hvor lang tid regner du med at en bruker på å svare på spørreskjemaet?

På bakgrunn av tilbakemeldinger fra pilottesterne ble spørreskjemaet revidert. Etter endelig godkjenning av Helsedirektoratet ble skjemaet sendt ut via det elektroniske spørreskjemaverktøyet SurveyXact.

¹ Et alternativ hadde vært å vise alle spørsmål for *alle* respondenter, men ha med svaralternativet «Ikke relevant». For å redusere byrden for respondentene har vi unngått dette.

2.3 INNHOLDET I SPØRREUNDERSØKELSEN

Et viktig mål med undersøkelsen har vært å få oversikt over hvilke konkrete helsefremmende eller forebyggende tiltak kommunene har.

Basert på tidligere rapporter, politiske/offentlige dokumenter, litteratursøk og Internett-søk laget vi en liste over ulike helsefremmende og forebyggende tiltak (herunder tjenester og tilbud) kommunene kunne tenkes å ha.

Listen ble revidert gjennom flere møter med Helsedirektoratet. Det ble besluttet å holde fokus på *ikke-lovpålagte* tjenester og på tjenester primært rettet mot den delen av den eldre befolkningen som ikke alt har fått omfattende pleie- eller omsorgsbehov. Vi ekskluderte derfor velferdsteknologi, utlån av hjelpemidler og tjenester rettet mot eldre som ikke var hjemmeboende. Vi inkluderte imidlertid både tjenester rettet *direkte* mot de eldre og generelle tjenester der eldre var én av flere konkrete målgrupper, og både tjenester for fysisk og psykisk helse.

Alternativene i listen ble forsøkt utformet basert på *innholdet* i tilbudet heller enn hvordan tilbudet rent praktisk var organisert. For eksempel kunne en kunne krysse av for at kommunen har «Veiledning/kurs i å slutte med tobakk/snus/rus» enten dette tilbudet inngikk som en del av en frisklivssentral eller ikke, og enten det ble organisert som kurs eller annen type veiledning.

Det var interesse for både eksisterende og framtidige tiltak, og for tiltak som kommunene *hadde* hatt, men som nå var nedlagt. Sistnevnte ble imidlertid ikke med i skjemaet, dels for å holde det kort, men hovedsakelig fordi vi vurderte at det ville være for vanskelig for respondentene å svare på, spesielt siden de kunne ha varierende fartstid i kommunen.

For å få en mer detaljert oversikt over tjenestene, valgte vi også å spørre om hver konkrete tjeneste ble gitt i samarbeid med frivillig og/eller privat sektor.

2.4 NETTSØK

Som et ledd i få en oversikt over mulige eksisterende tjenester/tiltak i kommunene, undersøkte vi nettsidene til ti kommuner samt annen informasjon på Internett om disse kommunene. De ti ble valgt tilfeldig fra de 357 kommunene i landet ved hjelp av en slumptallsgenerator i statistikkprogrammet R.

Nettsøk ble gjennomført ved hjelp av søkemotoren Kagi ². Innledende testing indikerte at følgende søkeuttrykk gav gode resultater:

- [*kommunenavn*] kommune eldre?
- [*kommunenavn*] kommune seniorer?
- helsefremmende eller forebyggende tiltak for eldre [*kommunenavn*] kommune?

Spørsmåltegnet på slutten gjør at det også blir laget et automatisk KI-generert sammendrag, med kilder. Vi leste sammendraget, besøkte relevante lenker/kilder oppgitt der samt andre lenker på første side i søkeresultatene som virket relevante. Blant lenkene var vanligvis kommunens hovedside for helse- og omsorgstjenester eller en hovedside for tjenester/informasjon rettet mot eldre. Hvis disse ikke var blant lenkene, gikk vi manuelt inn på kommunens nettside og fant

² <https://kagi.com/>

sidene. Informasjonen fra søkene ble brukt til å justere listen over mulige tiltak og ellers innholdet i andre spørsmål i spørreskjemaet.

2.5 INNSAMLING AV SVAR

For å få tak i respondenter sendte vi først en e-post til postmottakene til alle kommunene i Norge og bad om få oppgitt navn og e-postadresse til «den i deres kommune som best kan svare på undersøkelsen, dvs. en person med god oversikt over de helsefremmende og forebyggende tjenestene og organiseringen av disse». Det ble videre nevnt at dette «vanligvis være øverste leder for helse- og omsorgstjenesten i kommunen eller leder for de helsefremmende og forebyggende tjenestene». Svar med informasjon om kontaktperson ble hovedsakelig mottatt på e-post, men i noen tilfeller via Altinn (til Høgskulen på Vestlandet) eller fysisk post.

Fire uker senere ble det sendt en purring til postmottakene i kommuner der vi ikke hadde fått oppgitt en kontaktperson til spørreundersøkelsen.

Der det ble foreslått to eller flere kontaktpersoner, valgte vi ut den som var øverste leder. Der dette ikke kunne fastslås, avtalte vi på e-post med postmottaket og/eller kontaktpersonene hvem som var best egnet til å besvare spørreskjemaet.

Selve spørreskjemaet ble sendt ut på e-post via spørreskjemaverktøyet SurveyXact i begynnelsen av oktober 2025. Det var høstferie første og andre uke i oktober i denne perioden. For å unngå at kommunene mottok skjemaet i høstferien, ble skjemaet for de kommunene som hadde høstferie andre uke i oktober, sendt ut 1. oktober, og for de kommunene som hadde høstferie første uke i oktober, sendt ut 6. oktober. For to kommuner ble det bedt om at distribusjon av skjemaet skulle gjøres via postmottaket i stedet for med e-post direkte til kontaktpersoner. Dette ble gjort. Skjemaet ble også fortløpende sendt ut når vi fikk oppgitt kontaktpersoner fra nye postmottak.

For å få opp svar- og kompletthetsprosenten informerte vi i e-posten til kontaktpersonene at det var mulig å fylle ut *deler av skjemaet* og komme tilbake for å fylle ut resten senere og at var helt greit å involvere andre i kommunen med utfylling av skjemaet.

I tilfeller der vi fikk feilmelding om ugyldig e-postadresse ved utsending, kontaktet vi postmottaket på nytt. Noen personer hadde sluttet, og vi fikk oppgitt nye kontaktpersoner. Ellers besvarte vi alle spørsmål og forespørsler fra potensielle respondenter og bistod hvis de hadde tekniske problemer.

Om lag to uker etter utsending ble det sendt en første purring til kontaktpersonene som ikke hadde svart. Om lag to uker etter dette igjen ble det sendt ut en andre purring til kontaktpersonene som ennå ikke hadde svart.

I forbindelse med puringene ble det også sendt ut påminnelser til de som bare hadde fylt ut *deler av spørreskjemaet*, med tilbud om assistanse hvis de hadde (hatt) tekniske problemer med å fullføre utfyllingen og oppfordring om å videresende spørreundersøkelsen hvis det var en annen i kommunen som var bedre egnet til å svare på (deler av) den.

Alle svar på spørreskjemaet ble samlet inn oktober og november 2025. Skjemaet ble stengt for nye svar den 17. november 2025.

2.6 SPØRRESKJEMA FOR OSLO KOMMUNE

Oslo kommune er organisert i store bydeler, og disse kan ha *ulike* helsefremmende og forebyggende tiltak. Hver bydel ble derfor kartlagt separat, som *om den* var en kommune.

Forespørsmål om kontaktperson ble sendt til postmottakene i de 15 bydelene. Spørreskjemaet ble så sendt til kontaktpersonene vi fikk oppgitt. Skjemaet var likt for både kommuner og bydeler, men i e-post til kontaktpersonene for bydelene ble de bedt om å svare for *bydelen* sin og tolke ordet «kommunen» og lignende formuleringer som *bydelen de arbeidet for*. Denne informasjonen var også gjentatt på selve skjemaet.

2.7 VIKTIGE KILDER I ARBEIDET

Viktige kilder i arbeidet med utforming av spørreskjemaet har blant annet vært den landsomfattende spørreundersøkelsen om forebyggende hjemmebesøk fra 2014 (Førland & Skumsnes, 2014), spørreskjemaet brukt i prosjektet PriCare i 2019 for å kartlegge kommunale helse- og omsorgstjenester (Senter for omsorgsforskning, u.å.), stortingsmeldingen *Felleskap og meistring: Bu trygt heime* (Meld. St. 24 (2022–2023)) og Helsedirektoratet sin veileder i folkehelsearbeid Helsedirektoratet (2020).

2.8 LITTERATURSØK OG -GJENNOMGANG

I samband med utforming av spørreskjemaet ble det gjennomført et systematisk litteratursøk i databasene PubMed, CINAHL og Scopus i august 2025. Formålet var å identifisere forskning om helsefremmende og forebyggende tjenester for eldre i norske kommuner. Søket ble strukturert etter PICOC-modellen:

Populasjon (Population)	Eldre personer (65+), inkludert MeSH-termer <i>Aged</i> og <i>Aged</i> , 80 and over samt fritekstord som <i>elderly</i> , <i>older adults</i> og <i>seniors</i> .
Intervensjon (Intervention)	Helsefremmende og forebyggende tilbud, søkt med MeSH-termer <i>Health Promotion</i> og <i>Preventive Health Services</i> samt fritekstord som <i>prevent*</i> , <i>promotion*</i> , <i>healthy li*</i> og <i>social prescrib*</i> .
Sammenlikning (Comparison)	Ikke relevant
Utfall (Outcome)	Ikke relevant
Kontekst (Context)	Kommunale helse- og omsorgstjenester, inkludert MeSH-termer <i>Community Health Services</i> og <i>Primary Health Care</i> samt fritekstord som <i>municipal*</i> .

Det systematiske søket ble avgrenset til studier fra Norge ved å inkludere «Norway» som fritekst i søkestrengene. I tillegg ble det brukt et tidsfilter for publiseringsår fra 2010 til 2025 for å sikre at kun nyere forskning ble inkludert. Dette ble gjort for å fokusere på tiltak som er aktuelle i norske kommuner i dag og for å unngå utdaterte beskrivelser av tjenester.

Søket kombinerte MeSH-termer og fritekstsøk i tittel og sammendrag (*tiab*) for å oppnå både presisjon og bredde. Trunkering (*) ble brukt for å fange opp ulike varianter av ord (for eksempel *prevent*, *prevention*, *preventive*). Det ble også testet med mer spesifikke søkeord som *preventive home visit*, *loneliness prevention* og *fall prevention*, men disse ble fanget opp av de bredere termene og ble derfor ikke inkludert i endelig søkestreng.

Eksempel på søkestreng i PubMed:

```
((("Aged"[MeSH] OR "Aged, 80 and over"[MeSH] OR elderly[tiab] OR "older adults"[tiab]
OR seniors[tiab])
AND ("Health Promotion"[MeSH] OR "Preventive Health Services"[MeSH] OR
prevent*[tiab] OR promot*[tiab] OR healthy li*[tiab] OR social prescrib*[tiab])
AND ("Community Health Services"[MeSH] OR "Primary Health Care"[MeSH] OR
municipal*[tiab])
AND (Norway[tiab]))
```

Tittel og sammendrag ble gjennomgått for å identifisere studier som kartla helsefremmende og forebyggende tjenester for eldre på organisatorisk nivå. Ingen slike studier ble funnet. De fleste publikasjoner omhandlet pasientutfall (for eksempel ernæringsstatus, livskvalitet og fallrisiko) eller beskrev erfaringer, holdninger og kunnskap hos pasienter eller helsepersonell. Enkelte studier beskrev forebyggende hjemmebesøk og hvilke pasientdata som innhentes, men ingen omhandlet organisering av tjenesten.

For å supplere det systematiske søket ble det gjennomført et tilleggssøki i Scandinavian University Press (tidligere Idunn) med avansert søkefunksjon og enkeltord (for eksempel *forebygging*, *helsefremming*, *forebyggende hjemmebesøk*, *friskliv*, *seniorsenter*, *tjenester til eldre*). Dette identifiserte åtte nye artikler, primært kvalitative studier om erfaringer med forebyggende hjemmebesøk, fallforebygging, velferdsteknologi og hverdagsrehabilitering. To spørreskjemaundersøkelser ble vurdert som relevante, inkludert en nasjonal undersøkelse om forebyggende hjemmebesøk (Førland & Skumsnes, 2014) og én om kommunenes oppfølging av samhandlingsreformens føringer om forebyggende og helsefremmende tiltak (Øien et al., 2016).

2.9 STATISTISKE METODER

Vi presenterer resultatene fra undersøkelsen som antall og/eller prosent respondenter som har svart de ulike svaralternativene, eventuelt også gruppert etter kommunestørrelse. I noen tilfeller oppgir vi i tillegg gjennomsnittsverdier.

Siden hver bydel i Oslo ble kartlagt separat, som om den var en kommune, viser vi resultatene fra kommunene og bydelene samlet. Bydelene i Oslo blir altså i framstillingen regnet som om de var egne kommuner.

Når vi oppgir separate prosentverdier for små, mellomstore og store kommuner, oppgir vi også resultatet av en *formell* statistisk test på om det er forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse. Her har vi brukt en *kjikkvadrat*-test, og vi presenterer *P*-verdien fra denne. Vanligvis regnes en

P-verdi mindre enn eller lik 0,05 som indikator på statistisk påvisbare forskjeller, og vi betegner da forskjellene som *statistisk signifikante*.

I flere spørsmål var det mulig å svare «vet ikke». Disse svarene er fjernet før videre utregninger, slik at resultatene som er vist, bare representerer «reelle» svar. Stort sett var det få «vet ikke»-svar, og disse er da ikke nærmere kommentert. Der andelen «vet ikke»-svar derimot var større eller av en annen grunn vesentlig påvirker hvordan man skal tolke resultatene, er dette spesifikt påpekt.

Fritekstsvar analyserte vi ved hjelp av gjennomlesing og enkel opptelling. Alle svarene ble lest, alle tema i hvert svart ble forsøkt identifisert, og for hvert tema ble det gjort en opptelling av antall svar som omtalte temaet. De ulike temaene ble så oppsummert basert på tekstene i svarene. Lignende tema er forsøkt omtalt sammen, og det er lagt vekt på å framheve tema som var nevnt av flere respondenter.

2.10 FORSKNINGSETISKE VURDERINGER OG HENSYN

Behandlingsansvarlig institusjon for studien har vært Høgskulen på Vestlandet (HVL). Lovlig grunnlag for studien er forskning i allmennhetens interesse, jf. GDPR art. 6(1)(e), jf. personopplysningsloven § 8.

På oppdrag fra HVL har personverntjenestene ved Sikt, Kunnskapssektorens tjenesteleverandør, vurdert at behandlingen av personopplysningene i prosjektet oppfyller kravene i personvernregelverket (referansenummer 631977).

Ved utsending av e-post med lenke til spørreskjemaet har kontaktpersonene fått opplyst om at det var frivillig å delta. De har også fått informasjon om at dersom de ikke ønsket å svare på skjemaet, kunne de be prosjektansvarlig om å få kontaktinformasjonen (navn og e-postadresse) slettet³. Etter at all innsamling av data var avsluttet, ble også alle navn og e-postadresser slettet.

Ellers inneholdt e-posten informasjon om behandling av personopplysninger, respondentenes rettigheter, planlagt behandling av svarene på spørreskjemaet og kontaktinformasjon til prosjektleder, personvernombud ved HVL og personverntjenestene ved SIKT.

³ Ingen bad om å få kontaktinformasjonen slettet.



3. RESULTATER

3.1 UTSENDTE SPØRRESKJEMA OG SVARPROSENT

Alle de 357 kommunene i Norge ble kontaktet og bedt om å oppgi en egnet kontaktperson for å svare på det elektroniske spørreskjemaet. For Oslo ble alle de 15 bydelene kontaktet.

Etter inntil én purring fikk vi oppgitt kontaktpersoner for 271 av kommunene (utenom Oslo) og alle bydelene i Oslo. Alle disse kontaktpersonene fikk tilsendt lenke til spørreskjemaet via e-post.

Etter inntil to purringer⁴ fikk vi svar på spørreskjemaet fra 214/271 av kommunene (utenom Oslo, svarprosent 79 %)⁵. Av disse var det 9 som bare hadde fylt ut *deler* av spørreskjemaet (resultatene for de spørsmålene de *hadde* svart på, blir vist). For Oslo fikk vi svar fra 12/15 av bydelene (svarprosent 80 %). Her var det ingen som bare hadde fylt ut deler av spørreskjemaet.

Som forklart i metodeavsnittet viser vi resultatene fra kommunene og bydelene samlet. Bydelene i Oslo blir altså i framstillingen i dette kapittelet regnet (og omtalt) som om de var egne kommuner.

En grundigere analyse av svarprosenten i undersøkelsen er presentert på slutten av kapittelet.

⁴ I tillegg fikk respondenter som bare hadde fylt ut *deler* av spørreskjemaet, inntil tre påminninger om å fylle ut hele skjemaet.

⁵ Dette utgjør 214/356 (60 %) av *alle* kommunene utenom Oslo, altså også inkludert de kommunene som ikke fikk tilsendt spørreskjema fordi vi ikke fikk opplyst om kontaktperson av postmottaket i kommunen

3.2 KLASSIFISERING AV KOMMUNER ETTER STØRRELSE

For å kunne se på forskjeller i tilbudet mellom kommuner av ulik størrelse er mange av resultatene i rapporten presentert gruppert etter kommunestørrelse (innbyggertall). Som en grov inndeling har vi brukt tredelingen i Kringlebotten & Langørgen (2020):

- Små kommuner: under 5 000 innbyggere
- Mellomstore kommuner: 5 000–19 999 innbyggere
- Store kommuner: minst 20 000 innbyggere

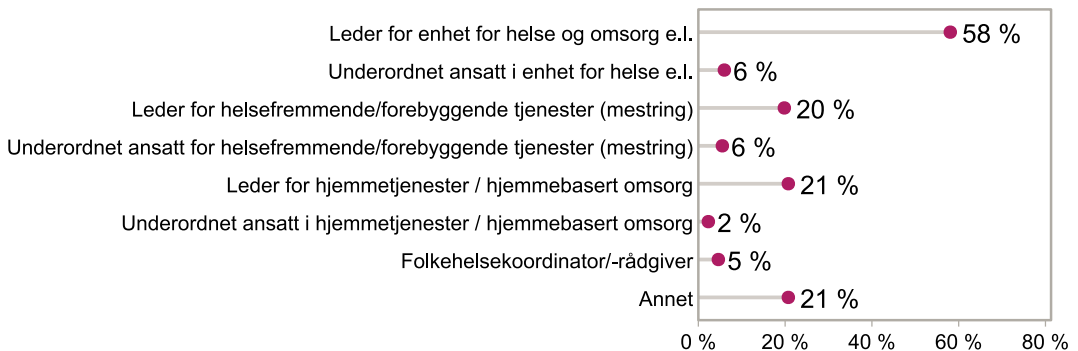
Vi har brukt innbyggertallene i hver kommune per 1.1.2025 (Statistisk sentralbyrå, 2025).

Alle bydelene i Oslo har minst 20 000 innbyggere og blir i denne rapporten derfor regnet som store kommuner. Blant de til sammen 226 «kommunene» som svarte på spørreundersøkelsen, finner vi 96 små, 79 mellomstore og 51 store.

3.3 RESPONDENTENE

Respondentene ble spurt om hvilken stilling de hadde i kommunen, grovinn delt i stillingskategorier. Figur 1 viser en oversikt over svarene. Da flere fra samme kommune kunne samarbeide om utfylling av skjemaet, var det mulig å krysse av for flere stillingskategorier samtidig. Dette ble gjort av 27 % av kommunene⁶.

Svaret «Annet» fordelte seg omtrent likt på kommunalsjef (for helse og omsorg, helse og mestring, helse og velferd, oppvekst, kultur og idrett eller uspesifisert), rådgiver innen ulike felt/enheter og fagleder innen ulike felt/enheter. I tillegg var det to kommuneoverleger og én spesialsykepleier blant respondentene.



Figur 1: Stillingene som respondentene i spørreundersøkelsen oppgav å ha i kommunen. Det var mulig å oppgi flere stillingskategorier samtidig, så prosentverdiene summerer seg til mer enn 100 %.

⁶ Andel kommuner der det var mer enn én respondent som fylte ut skjemaet, er trolig noe større, da flere respondenter kan ha stillingstitler innen samme stillingskategori.

3.4 EKSISTERENDE OG FRAMTIDIGE TILTAK I KOMMUNENE

Respondentene ble bedt om å krysse av for hvilke *ikke-lovpålagte* helsefremmende og forebyggende tiltak kommunen hadde for hjemmeboende eldre («i dag»). *Tiltak* ble definert til å omfatte både tjenester/tilbud rettet *direkte* mot hjemmeboende eldre og *generelle* tjenester/tilbud⁷ der hjemmeboende eldre var én av flere konkrete målgrupper. *Eldre* ble definert som personer som var 65 år eller eldre.

En ble bedt om å inkludere både tjenester/tilbud

- tilbudt direkte av kommunen (eventuelt i samarbeid med andre kommuner) og
- tilbudt av frivillige organisasjoner eller næringslivet, men der det forelå et fast/formelt samarbeid med kommunen om tjenesten/tilbudet

Tilbud til eldre i *ren* frivillig eller privat regi ble altså ikke kartlagt.

3.4.1 EKSISTERENDE TILTAK

Figur 2 viser hvor stor andel av kommunene som hadde de ulike tiltakene⁸.

Figur 3 viser tilsvarende tall gruppert på kommunestørrelse. Vi ser at de ulike tiltakene gjennomgående er mer utbredt i store kommuner enn i mellomstore og små kommuner. Ett unntak er imidlertid helsestasjon for eldre/seniorer. Noen tiltak der forskjellen er særlig stor mellom de *største* kommunene og de *mellomstore/små*, er veiledning i søvn, ernæring/kosthold, tobakkslutt/rus og psykisk helse. Dette er tilbud som gjerne inngår i en frisklivssentral, men som også kan tilbys som separate kurs/tjenester.

En del av tiltakene er mindre utbredt i små kommuner enn i mellomstore kommuner, og andre er mer utbredt, men stort sett er forskjellene små.

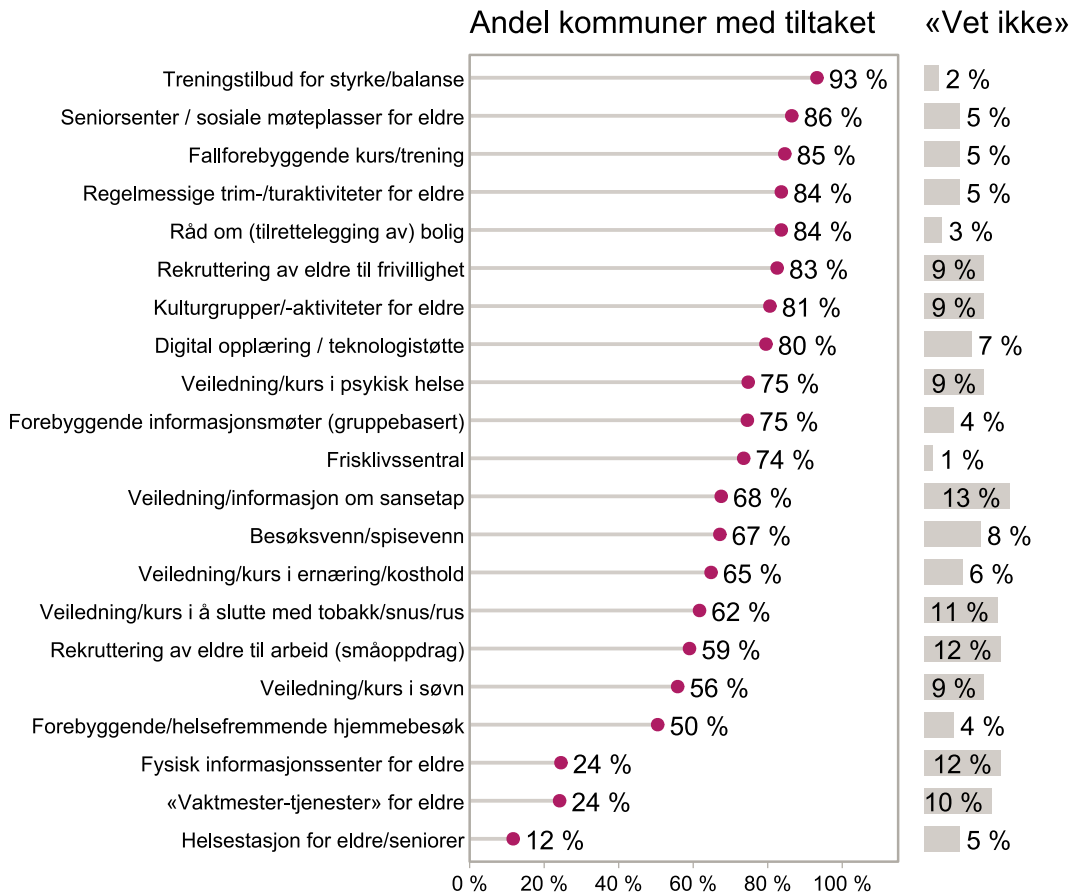
Respondentene ble bedt om å oppgi eventuelle andre ikke-lovpålagte tjenester/tilbud de hadde enn dem som var oppført i avkryssingslisten. Siden hovedfokus for kartleggingen var på tiltak rettet mot eldre som ikke alt mottar omfattende helse- og omsorgstjenester, ble det spesifisert at en ikke trengte oppgi velferdsteknologi eller utlån av hjelpemidler.

Mange valgte å gi *eksempler* på tjenester/tilbud de alt hadde krysset av for (for eksempel seniordans som eksempel på «kulturgrupper/-aktiviteter for eldre») eller detaljer om organiseringen.

Av andre tjenester/tilbud som ble nevnt av flere, var en del rettet mot hjemmeboende med omfattende helseproblemer, eksempelvis kreftkoordinator, demenskoordinator og pårørendeskole/-kurs. Fem respondenter nevnte hverdagsrehabilitering.

⁷ I spørreundersøkelsen ble begrepet *tjenester/tilbud* gjennomgående brukt om det som kan kalles enten tiltak, tjenester eller tilbud. I denne rapporten veksler vi mellom disse ordene, alt etter hvilket ord som passer best i sammenhengen.

⁸ I figuren er to av svaralternativene av plasshensyn litt forkortet. Alternativet «Forebyggende informasjonsmøter (gruppebasert)» hadde i spørreskjemaet tilleggsteksten «om spesifikke tema og eksisterende tilbud», og alternativet «Kulturgrupper/-aktiviteter for eldre» hadde tilleggsteksten «(eks. kor/sang, kunst, håndverk)».



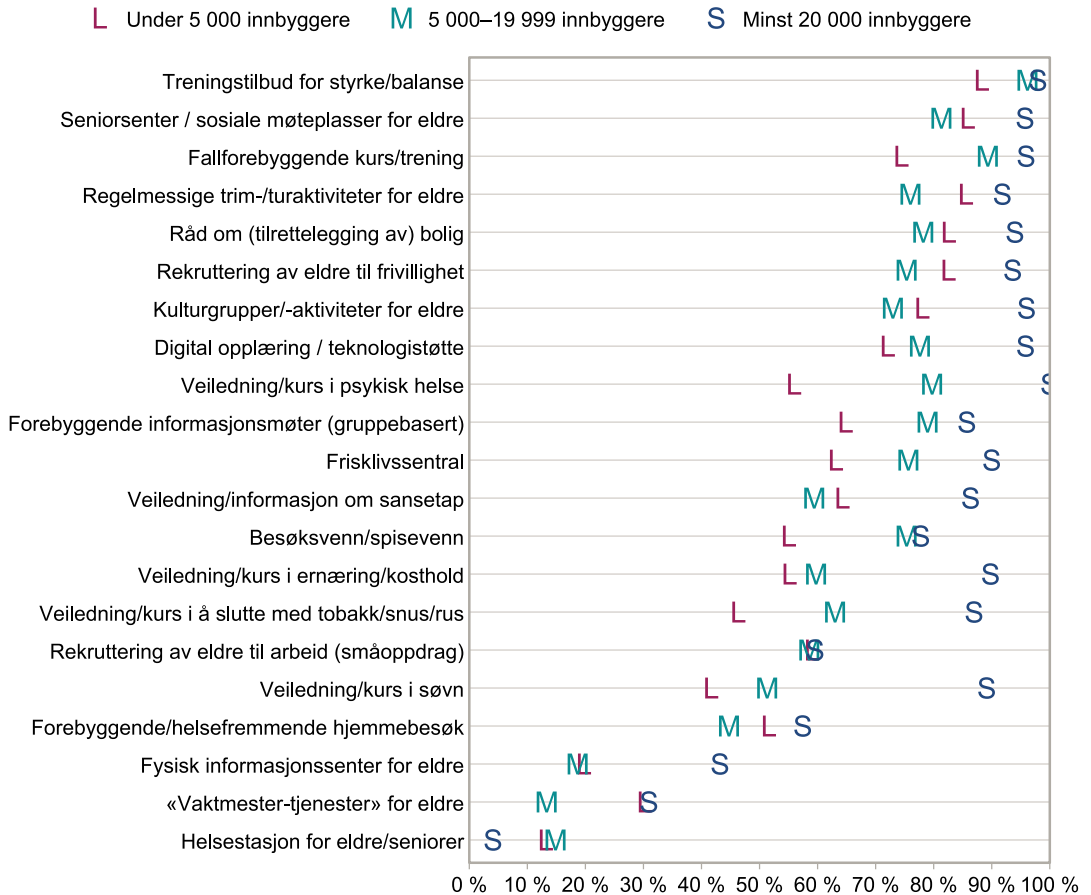
Figur 2: Andel kommuner som oppgav å ha ulike ikke-lovpålagte helsefremmende og forebyggende tjenester og tilbud, enten i ren kommunal regi eller i samarbeid med frivillig sektor eller næringslivet. Kommuner som hadde svart «vet ikke» på om de hadde et gitt tilbud, er ikke med i beregningen for dette tilbudet. Hvor stor andel kommuner dette gjelder, er vist til høyre på figuren.

Tolv respondenter nevnte dagsenter/dagaktivitetstilbud. Kommunen plikter⁹ å tilby et dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens, men flere kommuner påpekte at de har et slikt (lavterskel)tilbud også for personer uten demens.

Ni kommuner oppgav at de har utkjøring av mat (*matombrining*) til de eldre, og to kommuner oppgav at de har utkjøring av strøsand. To kommuner nevnte kulling-prosjekt/-dag. Dette er et tiltak der et helt årskull nær pensjonsalder (typisk 65 år) blir invitert til en samling i regi av kommunen om overgangen til pensjonisttilværelsen, med vekt på refleksjon, relasjonsbygging og medvirkning¹⁰.

⁹ Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2.

¹⁰ Dette er en modell opprinnelig utviklet av Sola kommune. Se <https://www.aldersvennlig.no/ressurser/kullingane-en-modell-for-medvirkning-og-innbyggerdialog> og <https://www.sola.kommune.no/kultur-fritid-idrett-og-frivillighet/kullingane/> for mer informasjon.



Figur 3: Andel kommuner som oppgir å ha ulike ikke-lovpålagte helsefremmende og forebyggende tjenester og tilbud, fordelt på kommunistørrelse.

Av digitale tiltak nevnte én kommune at de har digitale temakvelder (der altså brukerne deltar via Internett). En annen kommune har et interkommunalt samarbeid om en helseinfluenser. Én kommune har en nettside med oversikt over alle organiserte fritidsaktiviteter og treningstilbud for eldre (både tilbud i kommunal, frivillig og privat regi). Informasjonen blir i tillegg gjort tilgjengelig for innbyggerne via sosiale medier. Det ble påpekt at en for ikke-digitale brukere også enkelt kan skrive ut en oversikt over tilbudene. En annen kommune oppgav at de lager et månedlig ikke-digitalt informasjonsskriv spesielt rettet mot innbyggere som ikke kan benytte kommunens digitale informasjonskanaler.

Merk at ved tolking av svarene i disse fritekstfeltene er det viktig å være klar over at de var ikke-obligatoriske å fylle ut, og respondentene valgte også selv hvor mange tjenester de eventuelt ville oppgi. Flere av tjenestene er nok vanligere enn det framgår av tallene¹¹.

¹¹ Vi vet for eksempel at det er mange flere enn ni kommuner som har matombringing.

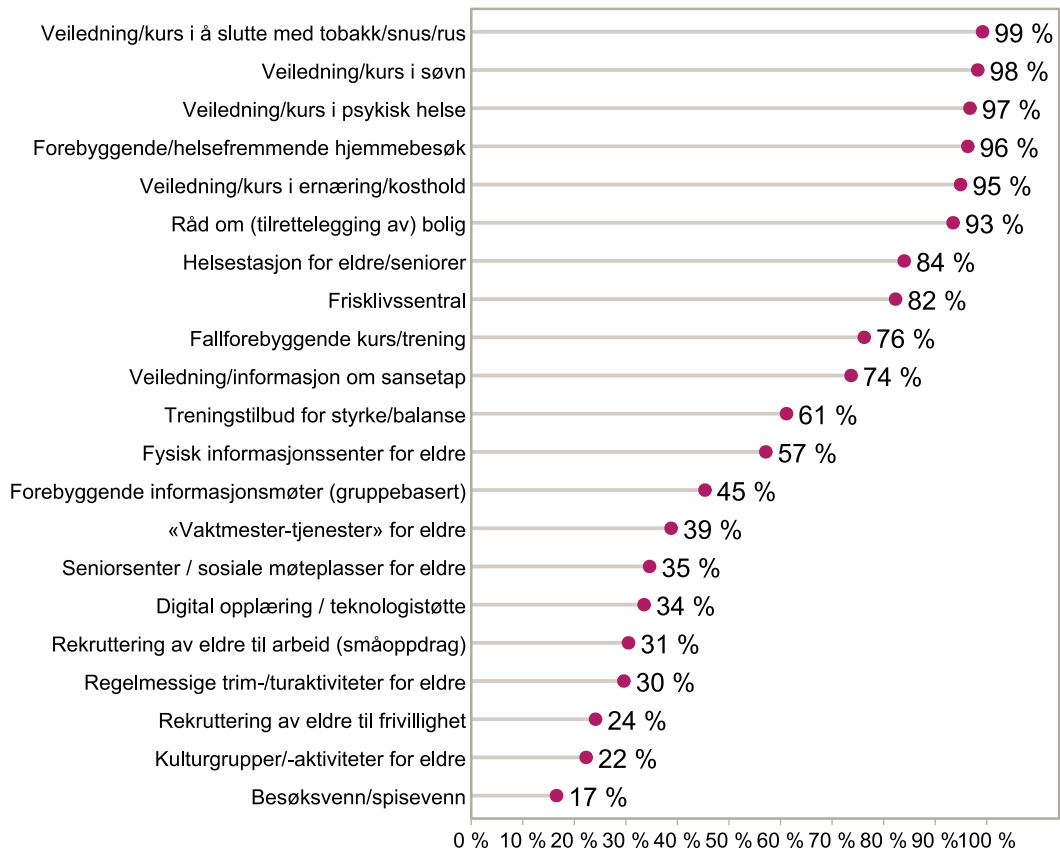
3.4.2 TILTAK I KOMMUNAL REGI

For de tilbudene som kommunene *hadde*, skulle respondentene krysse av for om tilbudet enten

1. var rent kommunalt (tilbudt direkte av kommunen, eventuelt i samarbeid med andre kommuner, men *ikke* i samarbeid med frivillig sektor eller næringslivet / privat sektor),
2. ble tilbudt i samarbeid med frivillig sektor *eller*
3. ble tilbudt i samarbeid med næringslivet (privat sektor).

For alternativ 2 og 3 måtte det være et fast/formelt samarbeid med kommunen, men tilbudet kunne være ledet/tilbudt enten av kommunen eller av frivillig organisasjon / privat aktør. Det var mulig å krysse av for både 2 og 3 samtidig.

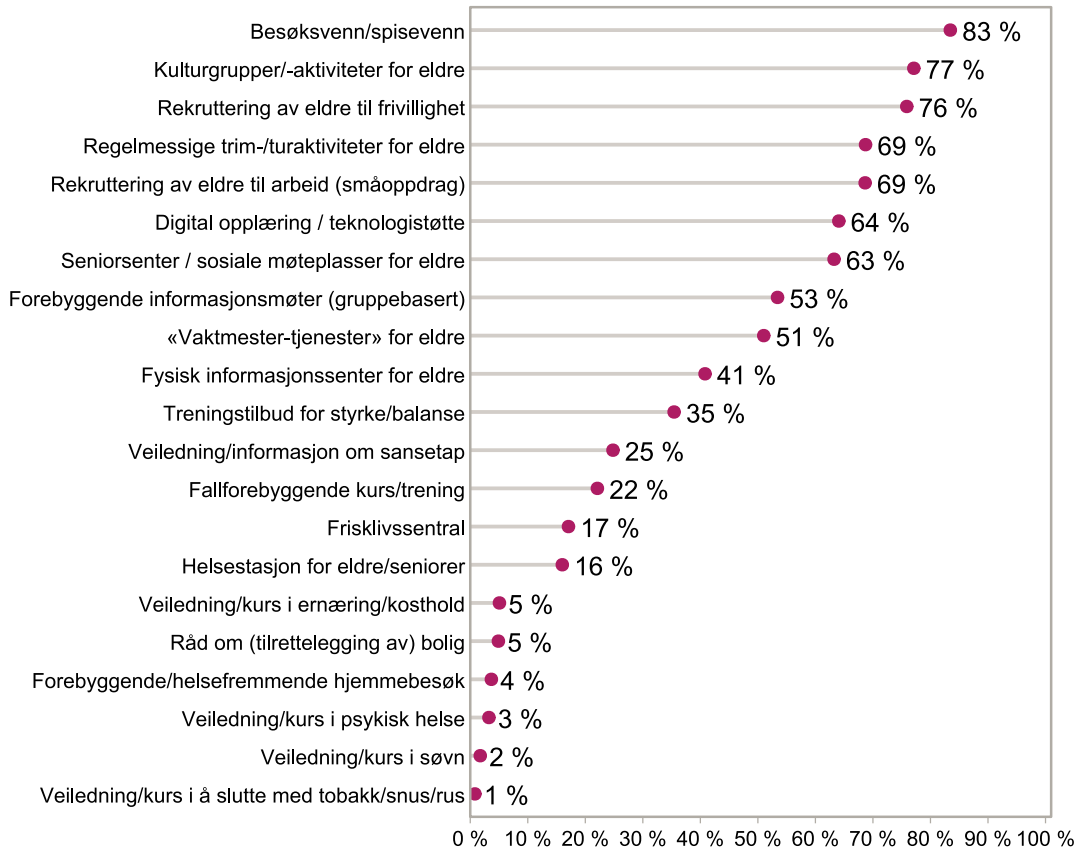
Figur 4 viser hvor stor andel av de eksisterende tilbudene som er rent kommunale. Andelen varierer fra 17 % til 99 %.



Figur 4: I hvor stor andel av kommunene eksisterende tjenester/tilbud er i ren kommunal regi, altså ikke tilbudt i samarbeid med frivillig sektor eller næringslivet. Bare kommuner som hadde et gitt tilbud, inngår i utregningen for dette tilbudet.

3.4.3 TILTAK GITT I SAMARBEID MED FRIVILLIG SEKTOR

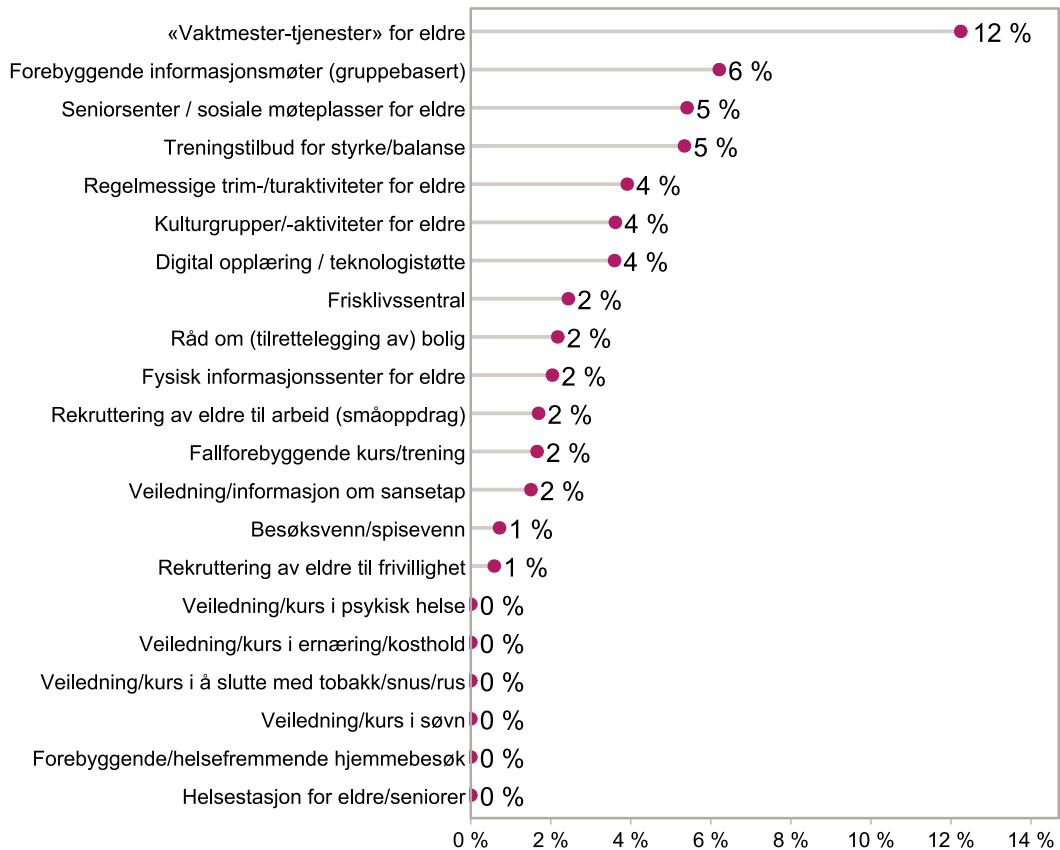
Figur 5 viser hvor stor andel av tjenestene/tilbudene som blir tilbudt i samarbeid med frivillig sektor. De aller fleste tilbudene er enten rent kommunale eller blir tilbudt i samarbeid med frivillig sektor, så figuren er i praksis nesten et «speilbilde» av figur 4.



Figur 5: I hvor stor andel av kommunene ulike eksisterende tjenester/tilbud blir tilbudt i samarbeid med frivillig sektor. Bare kommuner som hadde et gitt tilbud, inngår i utregningen for dette tilbudet.

3.4.4 TILTAK GITT I SAMARBEID MED PRIVAT SEKTOR

Tjenestene/tilbudene blir sjelden tilbudt i samarbeid med privat sektor (næringslivet). Figur 6 viser en oversikt.

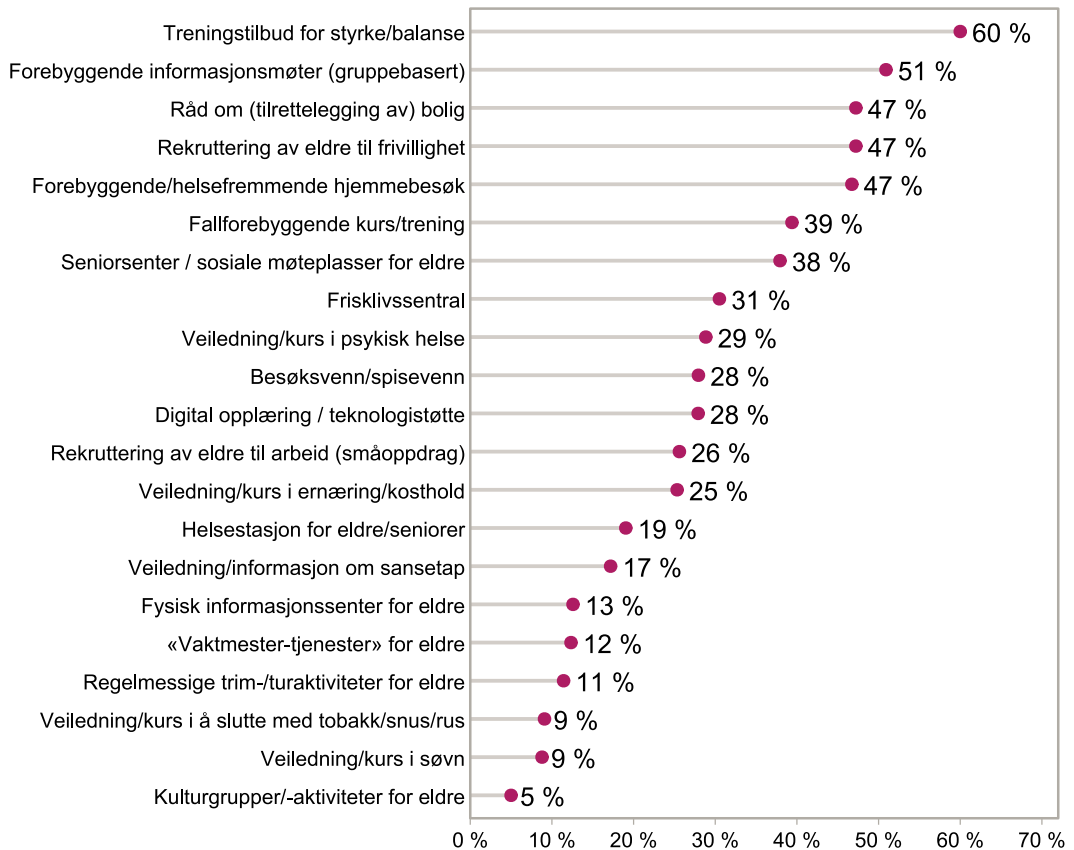


Figur 6: I hvor stor andel av kommunene ulike eksisterende tjenester/tilbud blir tilbudt i samarbeid med næringslivet. Bare kommuner som hadde et gitt tilbud, inngår i utregningen for dette tilbudet.

3.4.5 PLANER OM INNFØRING AV NYE TILTAK

For tilbud som en kommune *ikke hadde*, skulle respondentene krysse av for om kommunen hadde *konkrete planer* om få dem i løpet av de neste tre årene. Figur 7 viser oversikt over andelen kommuner med slike planer (bare kommuner som *ikke hadde* et gitt tilbud, inngår i utregningen for dette tilbudet).

Blant tiltakene på toppen av listen, som altså en stor andel av kommunene har planer om å få, finner vi en hovedvekt på slike som det er vanlig å samarbeide med frivillig sektor om (jf. figur 5). Det er imidlertid også tilbud der som vanligvis blir gitt i ren kommunal regi, for eksempel forebyggende/helsefremmende hjemmebesøk og råd om (tilrettelegging av) bolig.



Figur 7: Hvor stor andel av kommunene som mangler et tilbud, som har konkrete planer om å få tilbudet i løpet av de tre neste årene. Bare kommuner som ikke hadde et gitt tilbud, inngår i utregningen for dette tilbudet.

Respondentene ble også bedt om å oppgi eventuelle *andre* ikke-lovpålagte tjenester/tilbud de hadde konkrete planer om få i løpet av de neste tre årene. Her skrev flere kommuner at de ønsker å videreutvikle/styrke eksisterende tjenester eller tilby nye, men ikke har *konkrete* planer nå (noen arbeider med slike planer). Flere påpekte imidlertid at dårlig økonomi gjør at de ikke kunne prioritere nye ikke-lovpålagte tjenester.

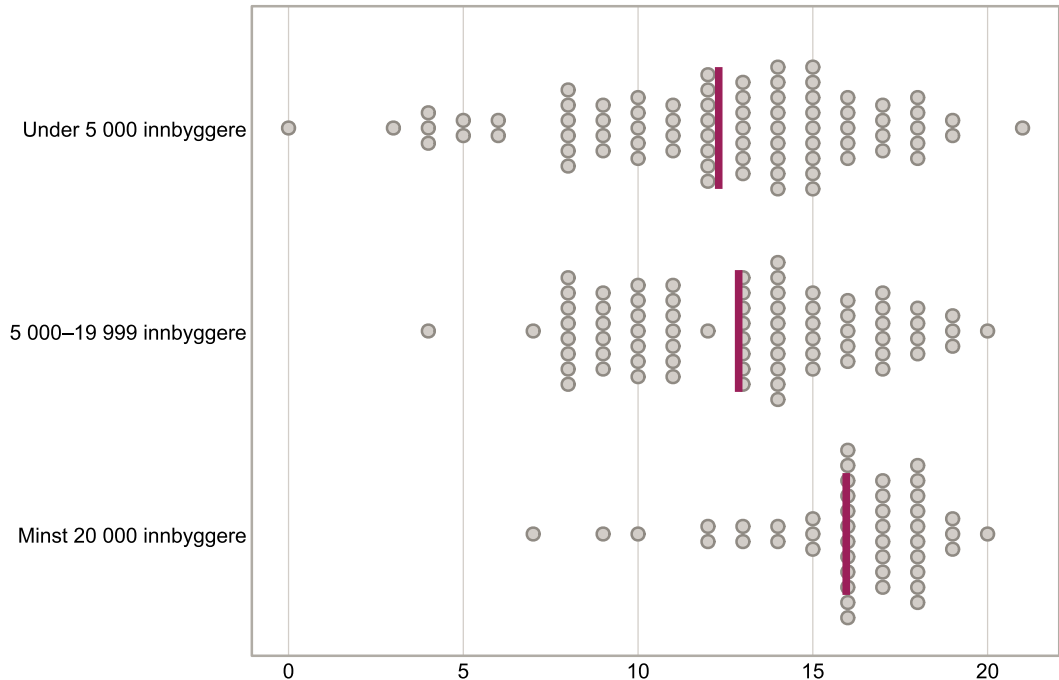
To kommuner nevnte at de skal innføre et prosjekt tilsvarende «Kullingane» i Sola kommune (nevnt tidligere). Og to kommuner har planer om å organisere vaktmestertjenester for eldre.

Ellers var det bare tilbud nevnt av enkeltkommuner. Én kommune skal etablere en sykepleieklinikk. En annen kommune skal få eldrekoordinator for å bistå tjenesten med kartlegging og veiledning. Og én kommune vil delta i et forskningsprosjekt med mål om å identifisere hjemmeboende eldre som kan være i risiko for å få behov for tjenester. En annen kommune nevnte kompetansefremmende tiltak for å følge bedre med på helseutviklingen til de eldre og for å kunne sette inn tiltak *tidligere* i forløpet.

Av digitale tiltak har én kommune planer om et tilbud for å styrke digital kompetanse blant de eldre, og en annen vil etablere et nærtjenestesenter – en «arena og møteplass der eldre kan møte opp [og] få veiledning i ulike utfordringer i dagens teknologiske verden».

3.4.6 ANTALL ULIKE TYPER TILTAK PER KOMMUNE

Antall tilbud varierer mellom kommunene. Siden det var mulig å svare «vet ikke» på om kommunen har et gitt tilbud, er det i utgangspunktet problematisk å telle opp antall ulike tilbud per kommune. Men de fleste kommuner hadde svart «vet ikke» for bare et fåtall tilbud. For eksempel har 88 % av kommunene 3 eller færre «vet ikke»-svar. Ved å avgrense analysen til disse (198) kommunene vil vi få et noenlunde korrekt bilde. Figur 8 viser antall tilbud fordelt på kommunestørrelse.



Figur 8: Antall helsefremmende og forebyggende tiltak/tilbud for hjemmeboende eldre per kommune, fordelt på kommunestørrelse. Hver prikk svarer til én kommune, og de tre loddrette strekene viser gjennomsnittlig antall tiltak for kommunene av denne størrelsen. Teoretisk maks antall tiltak var 21.

Kommunene hadde i gjennomsnitt 13 tiltak. Vi ser fra figuren at store kommuner hadde i snitt litt flere tiltak (16) enn mellomstore (13) og små (12) kommuner, men det mest iøynefallende er den store *variasjonen* i antall tiltak mellom kommuner av omtrent samme størrelse. Noen kommuner i samme størrelsesgruppe har altså mange tiltak, og andre har få.

3.5 SAMARBEID OG ORGANISERING

Respondentene ble spurt om kommunen samarbeider med andre kommuner eller med fastlegetjenesten, om planer/strategi for samarbeid med frivillig sektor og generelt om organiseringen av det helsefremmende og forebyggende arbeidet rettet mot eldre.

3.5.1 INTERKOMMUNALT SAMARBEID

På spørsmål om interkommunalt samarbeid oppgav 36 % av kommunene at de samarbeider med andre kommuner for å tilby én eller flere av tjenestene/tilbudene. Det var bare mindre, og ikke statistisk signifikante, forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse ($P = 0,18$):

- Små kommuner: 40 %
- Mellomstore kommuner: 27 %
- Store kommuner: 41 %

3.5.2 SAMARBEID MED FASTLEGETJENESTEN

På spørsmål om samarbeid med fastlegetjenesten oppgav 70 % av kommunene at de samarbeider *formelt* med fastlegetjenesten om at fastlegene skal gi informasjon, veiledning eller henvisning til potensielle brukere av (noen av) tjenestene/tilbudene. Det var små og ikke statistisk signifikante forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse ($P = 0,32$):

- Små kommuner: 70 %
- Mellomstore kommuner: 65 %
- Store kommuner: 78 %

3.5.3 SAMARBEID MED FRIVILLIG SEKTOR

Vi har tidligere sett at kommunene samarbeider med frivillig sektor om å tilby tjenester og tilbud. Slikt samarbeid trenger imidlertid ikke være systematisk; det kan være mer ad hoc-preget. Vi spurte derfor kommunene om de hadde *en vedtatt plan eller strategi* for samarbeid med frivillig sektor om å tilby helsefremmende og forebyggende tjenester/tilbud.

På dette spørsmålet oppgir 56 % av kommunene at de har en slik plan eller strategi. Det var tallmessig mer vanlig å ha dette blant større kommuner, men forskjellen er ikke statistisk signifikant ($P = 0,10$):

- Små kommuner: 49 %
- Mellomstore kommuner: 54 %
- Store kommuner: 70 %

3.5.4 FRIVILLIGHETSKOORDINATOR

En frivillighetskoordinator er en kommunalt ansatt person som fungerer som bindeledd mellom kommunale tjenester og frivillige lag, organisasjoner og foreninger (og gjerne hjemmeboende eldre).

På spørsmål om kommunen har en frivillighetskoordinator svarer 67 % av kommunene at de har dette. Det var små og ikke statistisk signifikante forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse ($P = 0,41$):

- Små kommuner: 63 %
- Mellomstore kommuner: 66 %
- Store kommuner: 74 %

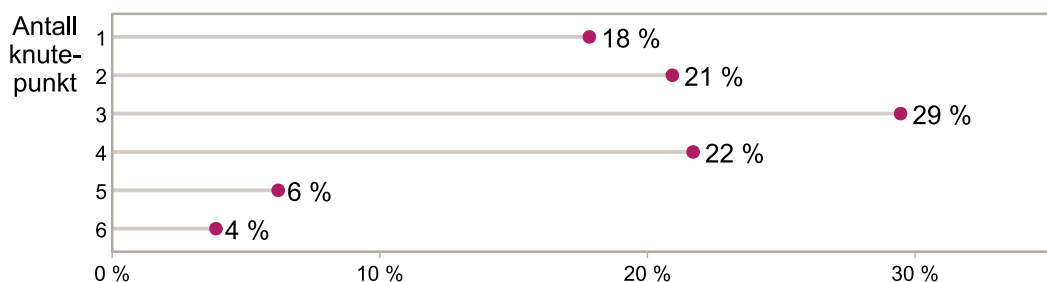
3.5.5 KNOTEPUNKT FOR DET HELSEFREMMEDE OG FOREBYGGENDE ARBEIDET

Knutepunkt ble definert som «et tydelig kontaktpunkt (tjeneste, enhet eller arena) som samler, koordinerer og/eller styrker de helsefremmende og forebyggende tjenestene, og som innbyggere og samarbeidspartnere kan henvende seg til».

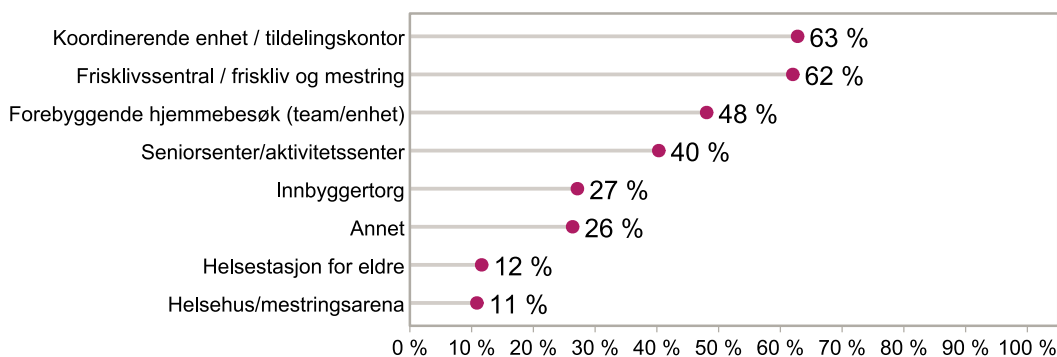
På spørsmål om dette oppgir 63 % av kommunene at de har ett eller flere knutepunkt for helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot eldre. Slike knutepunkt er mer vanlig i store kommuner ($P = 0,004$):

- Små kommuner: 64 %
- Mellomstore kommuner: 50 %
- Store kommuner: 80 %

Kommunene med knutepunkt ble videre spurt om hvilke(n) enhet(er) som fungerte som knutepunkt. Her kunne en krysse av for flere samtidig, og 82 % hadde mer enn ett knutepunkt. Figur 9 viser *antall* ulike typer knutepunkt, og figur 10 viser *hvilke* knutepunkt det var snakk om. Vi ser at *frisklivssentral / friskliv og mestring* og *koordinerende enhet / tildelingskontor* var de to enhetene som vanligvis ble oppgitt til å fungere som knutepunkt.

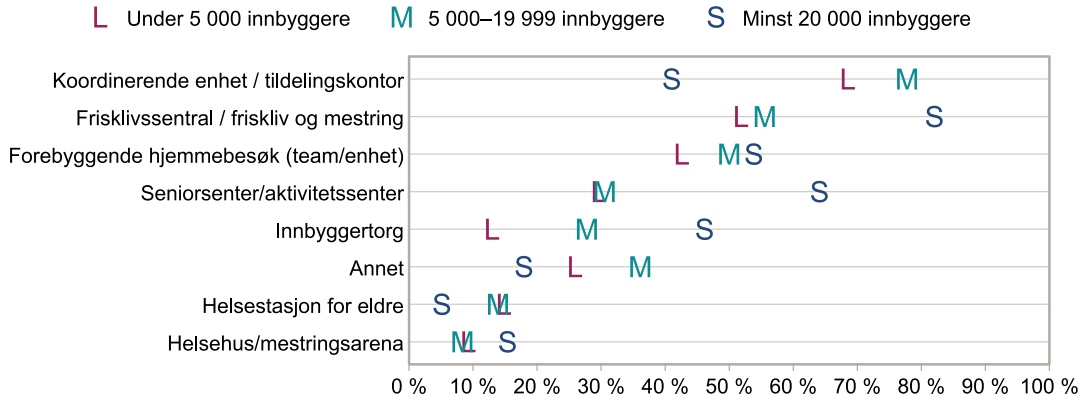


Figur 9: Hvor mange ulike typer knutepunkt hver kommunene har for helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot eldre. Svaralternativet «annet» er regnet som en egen type knutepunkt. Bare kommuner som hadde oppgitt å ha minst ett knutepunkt, er inkludert.



Figur 10: Hvilke enheter som fungerer som knutepunkt (kontaktpunkt) for de helsefremmende og forebyggende tjenestene. Bare kommuner som hadde oppgitt å ha et knutepunkt, er inkludert. Det var mulig å krysse av for flere enheter samtidig.

Figur 11 viser tilsvarende tall fordelt på kommunestørrelse, og her skiller store og små/mellomstore kommuner seg klart. Mens *frisklivssentral / friskliv og mestring* er svært vanlig å ha som knutepunkt hos store kommuner (82 %), og mindre vanlig hos små/mellomstore kommuner (53 %), er *koordinerende enhet / tildelingskontor* mindre vanlig hos store kommuner (41 %), og mer vanlig hos små/mellomstore kommuner (72 %). Ellers ser vi at *seniorsenter/aktivitetssenter* er mye vanligere hos store kommuner (64 %) enn hos små/mellomstore kommuner (30 %) ($P < 0,001$).



Figur 11: Hvilke enheter som fungerer som knutepunkt (kontaktpunkt) for de helsefremmende og forebyggende tjenestene, fordelt på kommunestørrelse. Bare kommuner som hadde oppgitt å ha et knutepunkt, er inkludert. Det var mulig å krysse av for flere enheter samtidig.

Svar under «Annet» som var nevnt av minst to respondenter, var frivillighetsentral eller leder for denne (13 respondenter), frivillighetskoordinator (3), folkehelsekoordinator (2), rehabiliteringstjenesten (2), biblioteket (2) og helsetorg (2).

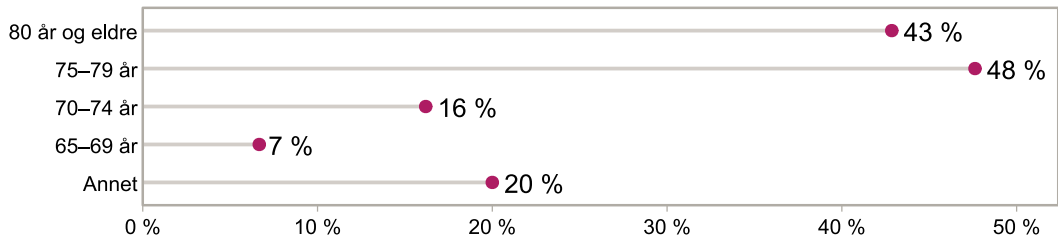
3.6 FOREBYGGENDE HJEMMEBESØK

Totalt oppgir 50 % av kommunene at de tilbyr forebyggende hjemmebesøk. I dette avsnittet ser vi nærmere disse hjemmebesøkene.

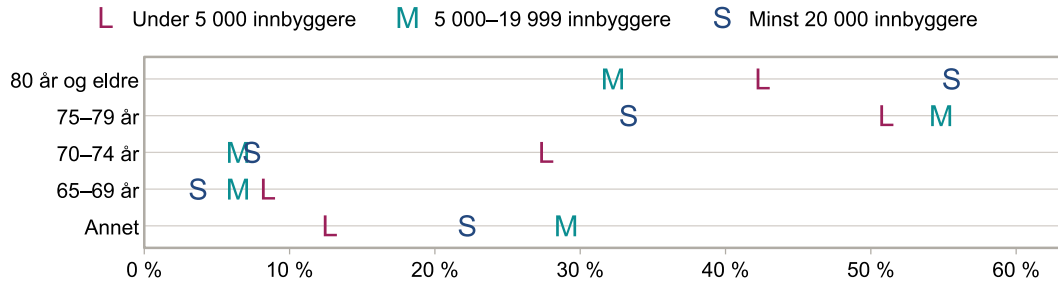
3.6.1 ALDERSGRUPPER

Veilederen fra Helsedirektoratet understreker at kommunene velger selv hvilke aldersgrupper de ønsker å rette tilbudet mot, men at innholdet i tilbudet bør tilpasses aldersgruppen man velger (Helsedirektoratet, 2019).

Figur 12 viser hvilke aldersgrupper kommunene hovedsakelig retter forebyggende hjemmebesøk mot (det var mulig å krysse av for flere aldersgrupper samtidig). Det vanligste er å rette tilbudet mot aldersgruppen 75–79 år og/eller 80 år eller eldre. Vi ser at det ikke er vanlig å rette besøkene mot de yngre eldste, de under 75 år. Figur 13 viser tilsvarende oversikt gruppert på kommunestørrelse.



Figur 12: Hvilke(n) aldersgruppe(r) kommunene hovedsakelig retter forebyggende hjemmebesøk mot. Det var mulig å krysse av for flere aldersgrupper samtidig.

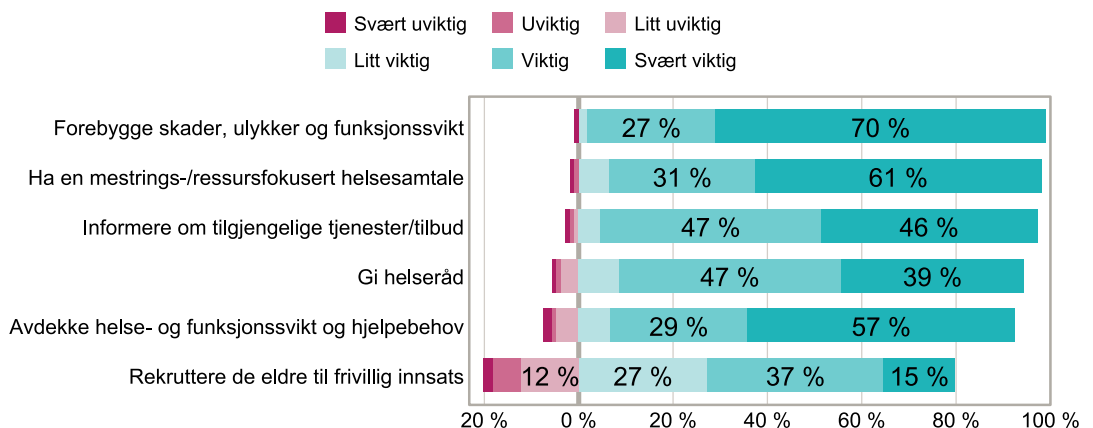


Figur 13: Hvilke(n) aldersgruppe(r) kommunene hovedsakelig retter forebyggende hjemmebesøk mot, gruppert på kommunestørrelse. Det var mulig å krysse av for flere aldersgrupper samtidig.

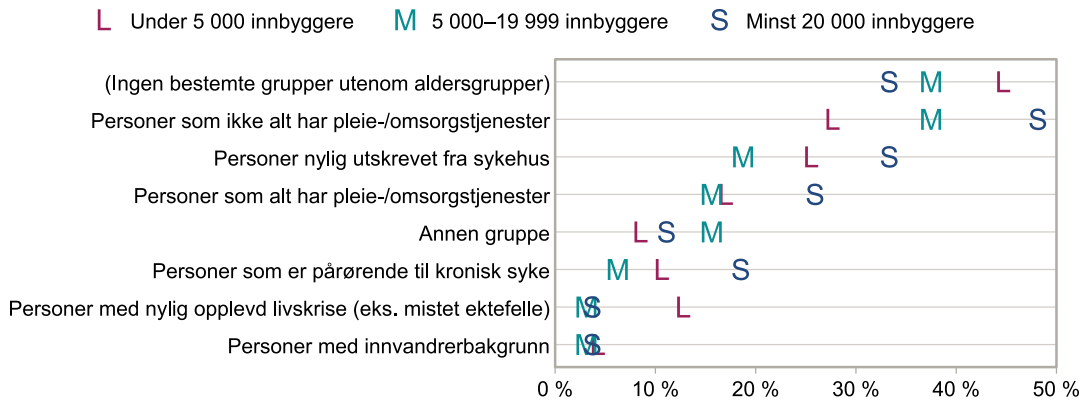
Under «Annet» ble det enten spesifisert spesifikke aldrer (eksempelvis 65 eller 78 år) eller alle over en viss alder (eksempelvis 67 år). Sju kommuner oppgav at de ikke retter tjenesten mot noen spesielle aldersgrupper eller at tilbudet heller er behovsbasert. Tre kommuner oppgav at de tilbyr forebyggende hjemmebesøk på forespørsel. Én av disse tilbyr det til alle seniorer på forespørsel, men oppsøkende for 77-åringene. En annen tilbyr det på forespørsel for de 75 år eller eldre og automatisk til alle over 80 år.

3.6.2 ANDRE BEHOVSGRUPPER

Figur 14 viser hvilke (behovs)grupper utenom aldersgrupper kommunen retter særskilt hjemmebesøkene mot, og figur 15 viser tilsvarende tall gruppert på kommunestørrelse.



Figur 14: Hvilke bestemte (behovs)grupper utenom aldersgrupper som kommunene særskilt retter forebyggende hjemmebesøk mot. Det var mulig å krysse av for flere behovsgrupper samtidig.



Figur 15: Hvilke bestemte (behovs)grupper utenom aldersgrupper som kommunene særskilt retter forebyggende hjemmebesøk mot, gruppert på kommunestørrelse. Det var mulig å krysse av for flere behovsgrupper samtidig.

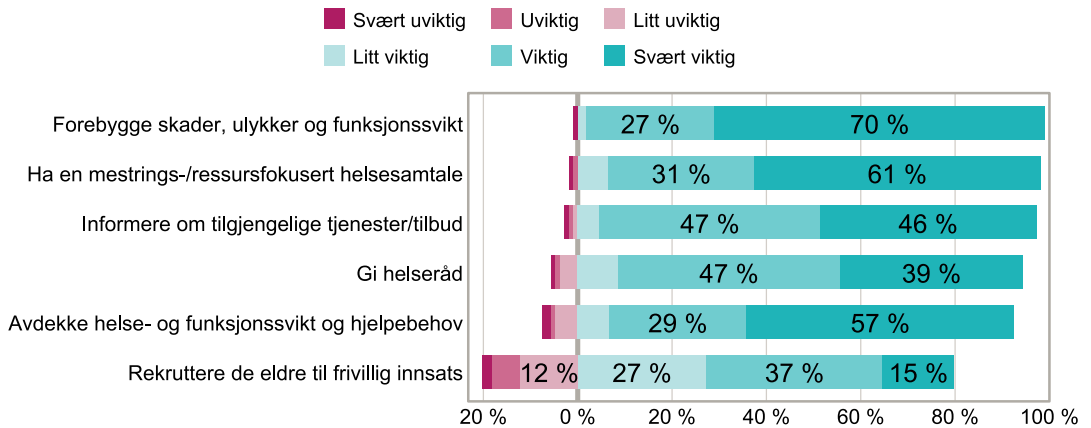
Under «Annen gruppe» ble det nevnt personer med spesifikke sykdommer (demens / kognitiv svikt, kols, diabetes eller kreft), personer som søker hjelpemiddel eller pleie- og omsorgstjenester for første gang, personer som kun har trygghetsalarm, personer som har hatt «fall første gang i hjemmet» og ved mottatt bekymringsmelding.

3.6.3 FORMÅLET MED HJEMMEBESØKENE

Forebyggende hjemmebesøk kan ha flere ulike formål (også kalt modeller eller profiler), som vektlegges ulikt i ulike kommuner (se avsnitt 1.3). Vi spurte hvor *viktig* respondentene vurderte de ulike formålene å være. Listen over mulig formål var basert på de fire hovedformålene beskrevet i blant annet Førland & Randi Skumsnes (2017, s. 37), men vi la i tillegg til «Rekruttere de eldre til frivillig innsats» og delte «Helserådgivning og informasjon om aktuelle tjenester» opp i to separate formål.

Figur 16 viser hvor viktig respondentene vurderte de ulike formålene å være. *Alle* formålene blir vurdert til å være viktige, men på topp var det å «forebygge skader, ulykker og funksjonssvikt», som 70 % mente er «svært viktig».

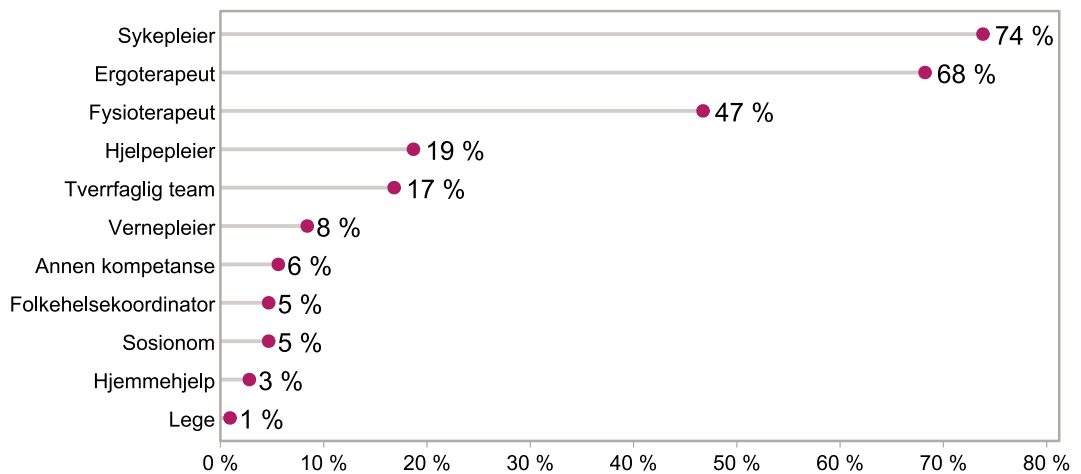
Rekruttering av de eldre til frivillig innsats blir også vurdert til å være viktig, men er det av formålene som blir vurdert som *minst* viktig, og 20 % mener det er *litt viktig*, *u viktig* eller *svært u viktig*. Dette var imidlertid et formål som færre hadde mening om. Andelen respondenter som svarte (noe annet enn «vet ikke») på vurderingen av dette formålet, var 93 %, og tilsvarende andel for de fem andre formålene var fra 99 % til 100 %.



Figur 16: Hvor viktig respondentene vurderer at ulike formål med hjemmebesøkene som kommunen utfører, er. Formålene er sortert etter prosentvis hvor mange som vurderer de til å være «litt viktig» eller viktigere. Bare respondenter som svarte noe annet enn «vet ikke», er med i beregningen.

3.6.4 FAGLIG KOMPETANSE

Respondentene ble spurt om hvilken kompetanse de ansatte som gjennomfører hjemmebesøkene,



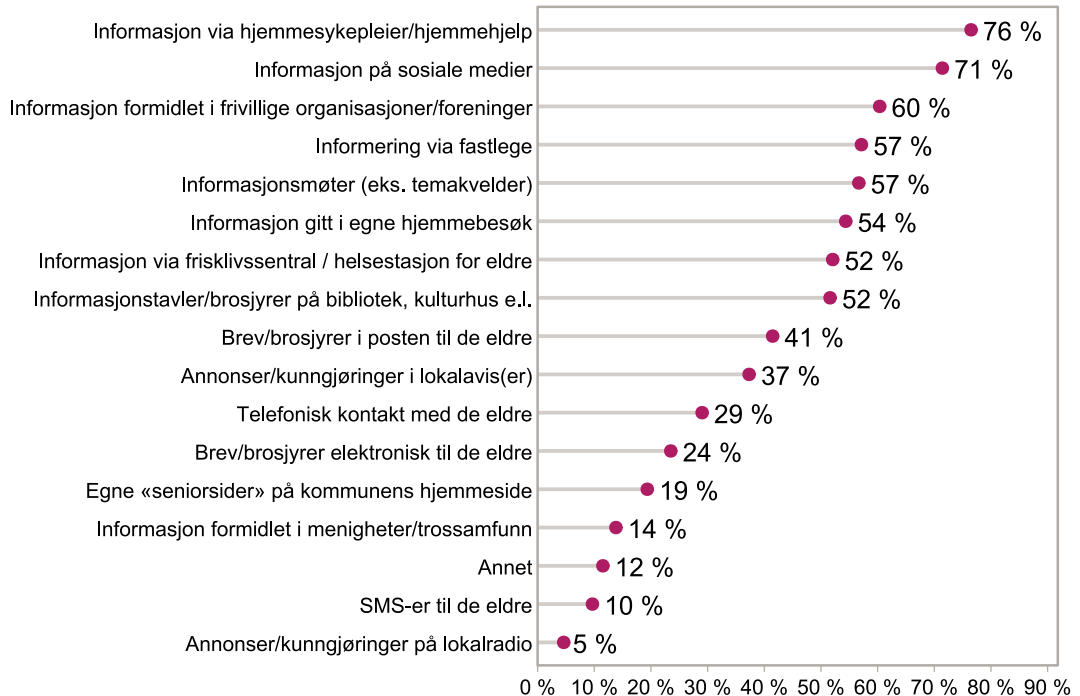
har (se figur 17).

Figur 17: Hvilken kompetanse de ansatte som gjennomfører hjemmebesøkene, har. Det var mulig å krysse av for flere svaralternativ samtidig.

Under «Annet» ble det nevnt velferdsteknologi/e-helse (1 respondent) og ulike spesialiseringer under sykepleier: AKS-sykepleier (2), spesialsykepleier (1), rehabiliteringssykepleier (1), helsesykepleier (1), psykiatrisk sykepleier (1).

3.7 REKRUTTERING

Alle respondentene ble spurt om hvilke metoder kommunen bruker for å komme i kontakt med aktuelle brukere og informere om de forebyggende og helsefremmende tjenestene for eldre. Figur 18 viser svarene totalt og figur 19 svarene gruppert på kommunestørrelse.



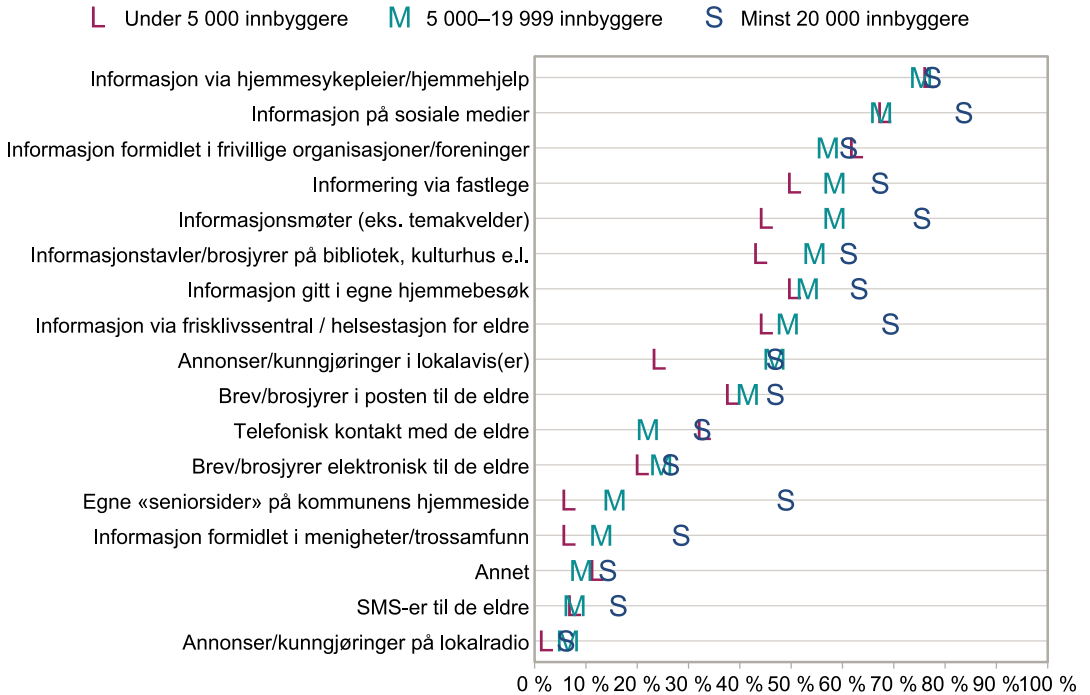
Figur 18: Hvilke metoder kommunen brukere for å komme i kontakt med aktuelle brukere og informere om de forebyggende og helsefremmende tjenestene for eldre. Det var mulig å krysse av for flere svaralternativ samtidig.

Under «Annet» spesifiserte flere respondenter detaljer om andre avkryssede svaralternativ. To respondenter nevnte fysiske stands på kjøpesenter eller ved større arrangement. Og i tillegg til fysiske informasjonstavler blir digitale informasjonsskjermer brukt, for eksempel på legekontor, butikker og omsorgssenter. To nevnte frivillighetssentral, to nevnte eldreråd og én nevnte folkehelsekoordinator.

Én respondent oppgav at de deltok i pilotprosjektet «På dørterskelen». Dette er et samarbeid mellom KS, Posten og utvalgte kommuner, der postbudet én gang i uken leverer post og et informasjonsskriv fra kommunen på døren til de eldre. Prosjektet er evaluert i rapporten til Rambøll (2024).

Én kommune oppgir å ha en egen kommunal app, og én kommune oppgir at de har en helseinfluenser (i samarbeid med fem andre kommuner). Ellers ble *helseveiviser* nevnt av en bydel i Oslo. Dette er en nettside som Oslo (alle bydelene) har¹², og som fungerer som en oversikt / digital veiviser i forebyggende helsetjenester. Den var opprinnelig laget for personer over 60 år, men er senere utvidet til å dekke alle aldersgrupper.

¹² Se <https://labs.oslo.kommune.no/artikler/hva-er-helseveiviseren> for mer informasjon.



Figur 19: Hvilke metoder kommunen brukere for å komme i kontakt med aktuelle brukere og informere om de forebyggende og helsefremmende tjenestene for eldre, gruppert etter kommunestørrelse. Det var mulig å krysse av for flere svaralternativ samtidig.

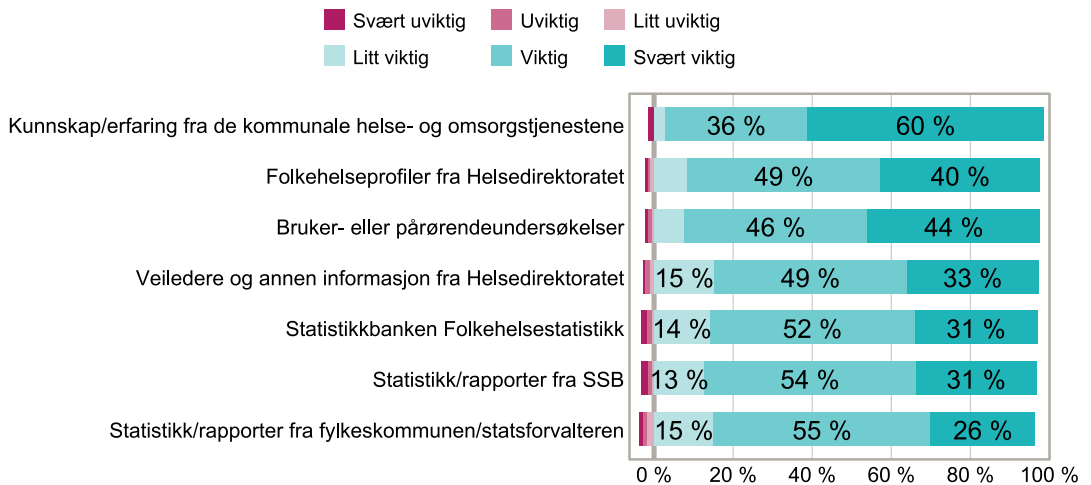
3.8 INNSIKT OG KVALITET PÅ TJENESTENE

Her presenterer vi noen kilder til innsikt som kommunene bruker i arbeidet med tjenestene og informasjon om hvorvidt og hvordan kommunene eventuelt evaluerer kvaliteten på tjenestene.

3.8.1 KILDER TIL INNSIKT

Ifølge folkehelseloven § 5 skal kommunen ha «oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne».

Respondentene ble spurt om hvor viktig de vurderer ulike potensielle kilder til innsikt er i kommunens arbeid med utforming/videreutvikling av de helsefremmende og forebyggende tjenestene/tilbudene rettet mot eldre (figur 20). Nesten alle respondentene anser alle kildene som viktige. Kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene er den kilden de anser som aller viktigst.



Figur 20: Hvor viktig respondentene vurderte at de ulike kildene til innsikt er i kommunens arbeid med utforming/videreutvikling av de helsefremmende og forebyggende tjenestene/tilbudene rettet mot eldre.

Det var imidlertid to kilder der mange hadde svart «vet ikke». Den ene var statistikkbanken Folkehelsestatistikk (13 % «vet ikke»). Statistikkbanken Folkehelsestatistikk¹³ «inneholder statistikk om befolkning, levekår, oppvekst, fysisk og sosialt miljø, helserelatert atferd og helsetilstand for kommuner, fylker og hele landet, samt bydeler i de fire største byene» (Helsedirektoratet, 2025c). Den blir løpende oppdatert med nye data.

Den andre kilden var statistikk/rapporter fra fylkeskommunen/statsforvalteren (12 % «vet ikke»). Kommunens «oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne» skal etter § 5 av folkehelseloven blant annet baseres på «opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig». Fylkeskommunen har etter § 21 i samme lov plikt til å ha en slik oversikt:

Oversikten skal være skriftlig og identifisere folkehelseutfordringene i fylket, herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold. Fylkeskommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller.

Fylkeskommunen eller statsforvalteren i fylket har egne nettsider med statistikk, for eksempel om folkehelse. Statistikken er gjerne tilgjengelig ned på kommunenivå og eventuelt med sammenligning av kommunene i fylket og/eller over tid. Nettsidene kan også ha analyser og lenker til andre relevante statistikkilder for kommunene.

Den høye andelen «vet ikke» for disse to kildene¹⁴ kan tyde på at de er noe mindre kjent, og at de i praksis derfor vil være mindre viktige kilder til innsikt, iallfall for enkelte kommuner.

Andre kilder til innsikt som var nevnt av minst to kommuner, er tilbakemeldinger fra innbyggerne i kommunen, idéer, dokumenter, prosedyrer og retningslinjer fra andre kommuner, informasjon fra eldreråd og ulike organisasjoner, befolkningsframskrivninger, levekårsundersøkelser, fagkonferanser/-artikler og KOSTRA. Én respondent skrev imidlertid at det kunne være

¹³ <https://statistikk.fhi.no/nokkel/>

¹⁴ For de andre kildene var andelen «vet ikke»-svar 4 % eller lavere.

krevene å sammenligne tall fra KOSTRA på grunn av ulik registreringspraksis i kommunene. Egne journalsystemer/fagsystemer ble også nevnt, men det ble påpekt at det kunne være krevende å hente ut data / produsere statistikk fra disse.

I tillegg ble HUNT-undersøkelsen nevnt av tre kommuner i Trøndelag. HUNT er en befolkningsbasert helseundersøkelse for innbyggerne i dette fylket¹⁵. For Oslo ble både bydelsstatistikken¹⁶ og folkehelseundersøkelsen¹⁷ for kommunen trukket fram.

3.8.2 BRUKERTILFREDSHET

Respondentene ble spurt om kommunen gjennomfører systematiske undersøkelser for å måle *brukertilfredshet* med (noen av) tjenestene/tilbudene. I spørsmålet ble spørreundersøkelser nevnt som et eksempel på en systematisk undersøkelse, og det ble presisert at systematiske undersøkelser *ikke* omfatter det at en bare tar imot «tilfeldige» tilbakemeldinger/klager.

På dette spørsmålet oppgir 54 % at de gjennomfører systematiske undersøkelser for å måle brukertilfredshet. Det var imidlertid en sterk sammenheng med kommunestørrelse: Få av de små kommunene gjennomfører slike undersøkelser, og mange av de store gjør det ($P < 0,001$):

- Små kommuner: 38 %
- Mellomstore kommuner: 58 %
- Store kommuner: 76 %

3.8.3 EVALUERING AV EFFEKT

Videre ble respondentene spurt om kommunen gjennomfører systematiske undersøkelser for å måle/evaluere *effekten* av (noen av) tjenestene/tilbudene.

På dette spørsmålet oppgir 28 % at de gjennomfører slike systematiske undersøkelser. Men også her var det en sammenheng med kommunestørrelse: Slike undersøkelser er vanligere blant store enn små/mellomstore kommuner ($P = 0,003$):

- Små kommuner: 23 %
- Mellomstore kommuner: 22 %
- Store kommuner: 49 %

De som oppgav at de gjennomfører slike undersøkelser, ble spurt om hvordan de evaluerer effekten og for hvilke tjenester. Her oppgir flest at de bruker brukerundersøkelser (13 respondenter) / spørreundersøkelser (10 respondenter). Kommunale brukerundersøkelser gjennomføres gjerne som spørreundersøkelser, men kan ha svært varierende metoddesign (Rolland et al., 2004). Noen kommuner oppgav at de gjennomfører brukerundersøkelser ved faste intervaller, for eksempel hvert 3.-4. år for hver tjeneste. Tre respondenter nevnte også at kommunen gjennomfører individuelle intervju/samtaler med brukere.

¹⁵ <https://www.ntnu.no/hunt>

¹⁶ <https://bydelsfakta.oslo.kommune.no/>

¹⁷ <https://www.oslo.kommune.no/folkehelse/folkehelseundersokelsen-i-oslo-2024/>

For tiltak som skal forbedre fysisk funksjon, for eksempel kurs i fallforebygging/balanse, styrketrening og hverdagsrehabilitering, oppgir sju respondenter at de gjennomfører fysiske tester ved oppstart og avslutning (eventuelt også ved senere tidspunkt). Ellers ble det av fem oppgitt at de bruker ulike kartleggingsskjema før og etter tiltaket. Flere konkrete skjema var nevnt, for eksempel for måling av helserelatert livskvalitet, skrøpeligheit og fysisk funksjon.

Fire respondenter nevnte pårørendeundersøkelser. Et konkret eksempel på en slik undersøkelse var IVARETATT¹⁸. Tilbakemeldingsverktøyet FIT ble av to respondenter nevnt at var brukt innen psykisk helse og rusarbeid. Et annet system som ble nevnt innen psykisk helse, var Norse¹⁹.

Ellers blir det brukt ulike indikatorer/statistikk, for eksempel på deltakelse og gjennomføring. Disse kan bli rapportert i blant annet tertialrapporter og årsmeldinger. En respondent nevnte at de også gjennomfører ansattundersøkelser.

3.9 SOSIALE HELSEFORSKJELLER

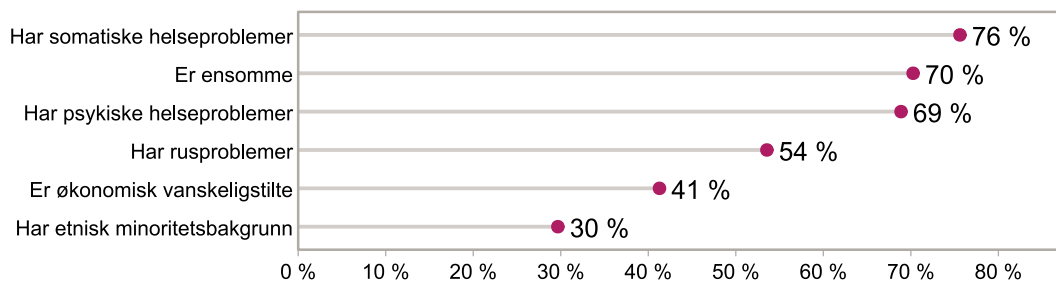
Ifølge folkehelseloven § 4 skal kommunen blant annet «bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller». Spørreundersøkelsen inkluderte noen spørsmål om dette.

3.9.1 UTJEVNING AV SOSIALE HELSEFORSKJELLER

Respondentene ble spurt om i hvilken grad de mener at kommunens *samlede tilbud* av helsefremmende/forebyggende tiltak rettet mot eldre bidrar til utjevning av sosiale helseforskjeller blant eldre. Her svarte 1 % i *svært liten grad*, 9 % i *liten grad*, 47 % i *noen grad*, 36 % i *stor grad* og 7 % i *svært stor grad*. Det var minimale forskjeller mellom kommuner av ulike størrelse ($P = 0,47$).

3.9.2 FOKUS PÅ UTSATTE/SÅRBARE GRUPPER

De ble videre spurt om kommunen har et spesielt fokus på helsefremmende og forebyggende



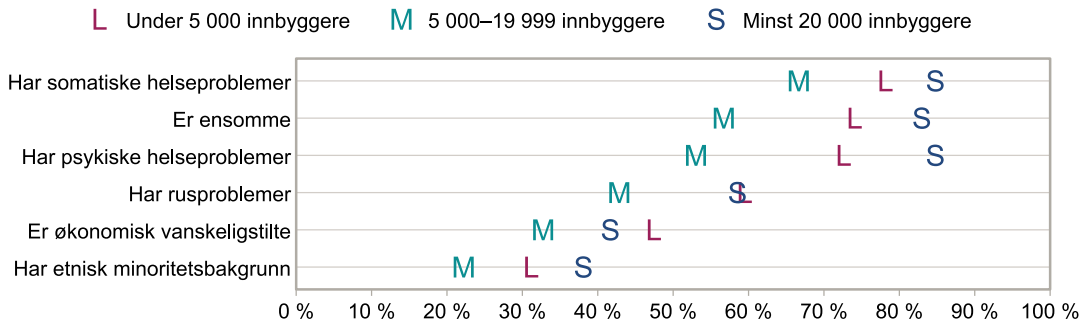
tiltak overfor de eldre som tilhører noen spesifikke utsatte/sårbare grupper (figur 21 og figur 22).

Figur 21: Om kommunene har et spesielt fokus på helsefremmende og forebyggende tiltak overfor de eldre som tilhører spesifikke utsatte/sårbare grupper. Kommuner som har svart «vet ikke», er ikke med i beregningen.

På dette spørsmålet var det en del «vet ikke»-svar, fra 6 % til 21 %.

¹⁸ <https://parorendeundersokelsen.no/>

¹⁹ <https://www.norsefeedback.no/kommune/>



Figur 22: Om kommunene har et spesielt fokus på helsefremmende og forebyggende tiltak overfor de eldre som tilhører spesifikke utsatte/sårbare grupper, gruppert etter kommunestørrelse. Kommuner som har svart «vet ikke», er ikke med i beregningen.

Forskjellene mellom kommuner av ulik størrelse er statistisk signifikant bare for gruppen «Er ensomme» ($P = 0,006$) og «Har psykiske helseproblemer» ($P = 0,001$).

På spørsmål om eventuelle andre grupper eldre som kommunen har et spesielt fokus på, trekker mange (18 respondenter) fram personer med demens eller kognitiv svikt. Én nevner i denne sammenhengen brannforebygging, sikkerhet og informasjon om ulike måter å varsle på ved uhell. Sju nevner også pårørende (med stor omsorgsbyrde, spesielt pårørende til personer med demens) som en gruppe de har et spesielt fokus på.

Fire oppgir at de har et spesielt fokus på hjemmeboende, og én av disse respondentene nevner spesielt enslige menn. Ellers var pasienter med utviklingshemming eller kreft nevnt. Én respondent oppgir et spesielt fokus på årskullet som skal bli pensjonister, og én oppgir fokus på friske eldre som har risiko for funksjonsfall. Seks oppgir at de ikke har noe spesielt fokus eller har fokus på alle gruppene/innbyggerne.

3.9.3 TILRETTELEGGING FOR Å NÅ UTSATTE GRUPPER

På spørsmål om hva kommunen gjør aktivt for å legge til rette for at de helsefremmende og forebyggende tjenestene skal nå eldre som tilhører utsatte grupper, svarer flest (7 respondenter) at de deltar med informasjon til / foredrag hos relevante lag/organisasjoner/foreninger, for eksempel den lokale pensjonistforeningen. Fem skriver at de bruker de kommunale nettsidene (med for eksempel egne seniorsider), og fem skriver at de bruker sosiale medium. Fem nevner transporttjeneste til/fra tilbudene/aktivitetene, eventuelt i samarbeid med frivillige. To nevner at de har aktiviteter geografisk spredt i kommunen for å nå flere. Én har etablert treningsgruppe for hjemmeboende menn. En kommune med dagsenter skriver at de har drop-in-tilbud der én gang i uken.

Fire nevner aktivt samarbeid med fastlegene for å nå målgrupper som er vanskelige å nå med generell markedsføring på befolkningsnivå. Andre tjenester det blir samarbeidet med, er hjemmetjenesten, psykisk helsetjeneste, frivillighetssentral, pårørendekoordinator og sykehjem. Tre nevner at de har tjenester som er gratis eller har lav pris (eventuelt med betalingsfritak for enkelte), slik at dårlig økonomi hos brukerne ikke skal være en hindring i å delta. To nevner at de oversetter informasjon til ulike språk for å nå alle innbyggere.

Tre nevner at de prøver å nå pårørende (til personer med demens) og tilby pårørendekurs og pårørendestøtte. Én skriver imidlertid at det er krevende å identifisere personer med demens tidlig nok for å kunne gi nødvendig bistand til pårørende.

Flere kommuner arrangerer større informasjonsmøter (temadager/-kvelder, innbyggerdager, folkemøter), både åpne og der de inviterer spesifikke grupper. Ellers nevnes det viktigheten av lavterskeltilbud, gode treffpunkt, sosiale arrangement og fokus på mat og samvær.

Én skriver at de arbeider i henhold til «aldersvennlig samfunn»²⁰. De har også etablert en seniorgruppe for å oppfordre og bevisstgjøre innbyggerne. De skriver ellers at de samarbeider tett med frivilligheten. Én kommune skriver at de etterstreber å delta i relevante forskningsprosjekter. Ellers er det nevnt kontaktmåter vi skriver om tidligere i denne rapporten, for eksempel invitasjon/informasjon direkte i posten til eldre i en viss alder (for eksempel 65, 75 eller 80 år).

Én kommune nevner et eget lærings- og mestringssenter med en rekke tilbud rettet mot utsatte grupper også blant eldre. Én kommune skriver at de bruker midler fra Den kulturelle spaserstokken til å bidra økonomisk til å gi kulturelle opplevelser for de eldre, der målet er å få flere med.

3.10 ANDRE KOMMENTARER

På slutten av spørreskjemaet var det et fritekstfelt der respondentene kunne kommentere skjemaet eller skrive inn annet som de ville dele. Her svarte 20 respondenter.

Fire oppgir at dårlig økonomi er til hinder for satsing på helsefremmende og forebyggende tjenester. Én skriver at det «er de ikke-lovpålagte tjenestene som først blir kuttet og redusert». En annen skriver at det er «innlysende at det er fo[r]nufti[.]g med satsning på forebygging[,] men når fina[n]sieringsmodellen er som den er[,] er det neste[n] umulig å finne ressurser i kommunal drift». Én skriver at kommunen hadde flere helsefremmende og forebyggende tjenester før, men at disse «dessverre [har] blitt lagt ned i løpet av de siste 5 årene». To nevner mangel på personell («helsepersonell og personell for å utføre tjenester») som en utfordring.

Tre peker på at det finnes mange tilbud i kommunen i regi av frivillige, men der kommunen ikke er involvert²¹. Noen eksempler nevnt er «tilbud hos kirken/trossamfunn, pensjonistorganisasjoner, DNT». Én skriver at frivillig sektor i kommunen bidrar «spesielt mye på området sosial kontakt, kultur og aktiviteter». Én skriver at det er «[v]iktig i fremtiden at lokalsamfunnet kan ta ansvar, uten at kommunen må bidra».

Fem sier at de ikke har full oversikt over kommunens helsefremmende og forebyggende tjenester (men gjerne har svart etter beste evne)²². Én skriver at det var utfordrende å svare på

²⁰ I samarbeid med kommuner og andre organisasjoner har KD utarbeidet en håndbok i aldersvennlige lokalsamfunn: <https://www.ks.no/fagomrader/velferd/aldersvennlige-lokalsamfunn/handbok-i-aldersvennlige-lokalsamfunn/>. Senteret for et aldersvennlig samfunn har også flere ressurser: <https://www.aldersvennlig.no/>.

²¹ Disse tilbudene var bevisst utelatt i denne undersøkelsen, blant annet fordi det ikke var rimelig å anta at ansatte i kommunen skulle ha oversikt over dem.

²² Det var mulig å svare «vet ikke» på enkelttiltak som en manglet kunnskap om.

undersøkelsen «då små og mellomstore kommunar ikkje kan ha alle desse tenestene skilt frå vanlege ordinære tenester» og det er «mykje av dette arbeidet som er baka inn i andre tenester»²³.

Én skriver at hen «[h]åper dette feltet får mer nasjonal oppmerksomhet», og en annen skriver at hen ved å svare på undersøkelsen fikk «noen gode ideer som jeg har lyst til å ta med videre».

3.11 REPRESENTATIVITET OG DETALJERT SVARPROSENT

Når vi teller Oslo som én kommune (ikke 15 bydeler) og regner andelen svar basert på *alle* kommunene (dvs. *også* de som *ikke* fikk tilsendt spørreskjema på grunn av manglende opplysning om kontaktperson til oss fra postmottaket), finner vi at vi fikk svar fra $215/357 = 60\%$ av Norges kommuner. Denne andelen var høyest for de mellomstore kommunene ($P = 0,07$):

- Små kommuner: 55 %
- Mellomstore kommuner: 69 %
- Store kommuner: 59 %

Fullstendig oversikt fordelt på fylker er vist i tabell 1.

Tabell 1: Oversikt over svarprosent fordelt på fylker.

Kommuner	Fikk oppgitt kontaktperson					Totalt
	Antall	Kontaktpersoner		Besvarte skjema		Prosent
		Antall	Prosent	Antall	Prosent	
Agder	25	17	68 %	13	76 %	52 %
Akershus	21	15	71 %	11	73 %	52 %
Buskerud	18	10	56 %	9	90 %	50 %
Finnmark	18	14	78 %	6	43 %	33 %
Innlandet	46	40	87 %	31	78 %	67 %
Møre og Romsdal	27	19	70 %	13	68 %	48 %
Nordland	41	31	76 %	25	81 %	61 %
Oslo*	1	(1*)	–	(1*)	–	–
Rogaland	23	17	74 %	14	82 %	61 %
Telemark	17	12	71 %	8	67 %	47 %
Troms	21	16	76 %	14	88 %	67 %
Trøndelag	38	29	76 %	26	90 %	68 %
Vestfold	6	4	67 %	3	75 %	50 %
Vestland	43	37	86 %	32	86 %	74 %
Østfold	12	10	83 %	9	90 %	75 %
Totalt	357	272	76 %	215	79 %	60 %

* I Oslo ble alle 15 bydelene kontaktet. Vi fikk kontaktpersoner for alle, og svar på skjemaet fra 12/15 (svarprosent 80 %). I totalraden teller Oslo som én kommune (og ett besvart skjema).

²³ Merk at det ikke var et krav at tilbudene skulle finnes som separate tjenester for å kunne krysse av for at en hadde tilbudene.

Svarprosenten hos personene *som fikk tilsendt skjemaet*, var med ett unntak over 65 %, noe vi regner som akseptabelt. Finnmark utmerket seg med den laveste svarprosenten: Under halvparten av dem som fikk tilsendt spørreskjemaet, valgte å svare på det. Utenom dette er det ingen klare forskjeller i svarprosent mellom fylkene. Vi har derfor ingen grunn til å mistenke noen geografisk slagside i resultatene som er presentert (men fylker med mange kommuner vil naturligvis dominere resultatene tallmessig).

Vi vet ikke årsaken til at noen personer valgte å *ikke* besvare undersøkelsen. Én hypotese er at kommuner som er presset ressursmessig, har lavere kapasitet til å besvare spørreundersøkelser. En annen er at kommuner med færre helsefremmende og forebyggende tiltak for eldre, har mindre lyst til å svare på en kartlegging av nettopp dette. Begge disse hypotesene taler for at resultatene fra kartleggingen kan gi et noe for «optimistisk» bilde av tiltakene som finnes i Norge. Men dette blir altså bare spekulasjoner.

Uansett er resultatene vist i rapporten representative for de kommunene (og bydelene) som *har* valgt å delta i kartleggingen.



4. DISKUSJON

Vi ser at kommunene har en rekke ulike typer helsefremmende og forebyggende tiltak rettet mot hjemmeboende eldre. Men vi ser også en variasjon i utbredelsen. For eksempel finner vi som ytterpunkter treningstilbud for styrke/balanse, som finnes i de fleste av kommunene (93 %), og helsestasjon for eldre/seniorer, som finnes i et fåtall av kommunene (12 %). Mange kommuner oppgir at de har konkrete planer om å innføre nye tiltak de neste tre årene.

Kommunene bruker også et bredt utvalg metoder for å komme i kontakt med aktuelle brukere og informere om tjenestene. Her spiller hjemmetjenesten og fastlege en viktig rolle, altså aktører som har direkte kontakt med brukere/pasienter, men også frivillige organisasjoner og sosiale medier er vanlige informasjonskanaler.

Mange tiltak er i ren kommunal regi, men det er også mye samarbeid med frivillig sektor. Det ser ut til at de tilbudene som oftest blir gitt i ren kommunal regi, i hovedsak kan knyttes til helse, mens tilbudene som blir gitt i samarbeid med frivillige, kan knyttes mer mot å styrke trivsel og sosiale relasjoner. Det er lite samarbeid med privat sektor.

Det er også samarbeid mellom kommuner. Litt over en tredel (36 %) av kommunene samarbeider interkommunalt om å tilby de helsefremmende og forebyggende tiltakene, og 70 % samarbeider med fastlegetjenesten.

Litt over halvparten (54 %) av kommunene gjennomfører systematiske undersøkelser for å måle brukertilfredshet med tjenestene, og 28 % gjennomfører undersøkelser for å måle effekten av tjenestene. Slike undersøkelser kan være ressurskrevende å gjennomføre og kan også kreve metodisk spesialkompetanse. De er da også mye mer vanlig i større kommuner, som kan ha lettere tilgang relevante ressurser og kompetanse.

Noen av spørsmålene i undersøkelsen har subjektive svar. Når det gjelder spørsmål der respondentene ble bedt om å *vurdere*, for eksempel i hvilken grad kommunens samlede tilbud av helsefremmende og forebyggende tiltak rettet mot eldre bidrar til utjevning av sosiale helseforskjeller, er det viktige å være klare over hvem respondentene var. I vår undersøkelse var det mange ledere, som kan tenkes å ha god oversikt over tjenestene og et eierforhold til disse. Men de kan også ha andre oppfatninger enn andre ansatte i kommunestrukturen ville hatt.

Videre vil vi kort diskutere noen utvalgte, sentrale tema fra resultatene av kartleggingen: frivillig sektor sin rolle, forebyggende hjemmebesøk, betydningen av kommunestørrelse og sosiale helseforskjeller.

4.1 FRIVILLIG SEKTOR SIN ROLLE

Andelen kommuner som samarbeider med frivillig sektor i å tilby en tjeneste / et tilbud, varierer mellom de ulike typene tjenestene. Tjenester der en *stor* andel samarbeider med frivillig sektor (for eksempel besøksvenn/spisevenn), er tjenester der et slikt samarbeid kan sies å være naturlig²⁴. Tilsvarende er tjenester der en *liten* andel samarbeider med frivillig sektor (for eksempel råd om tilrettelegging av bolig), tjenester det er mer naturlig foregår i ren kommunal regi (eventuelt i samarbeid med næringslivet). Vi finner imidlertid også en del tjenester der cirka *halvparten* av kommunene *som hadde* tjenesten, tilbød den i samarbeid med frivillig sektor. Siden slikt samarbeid tydeligvis er mulig for mange kommuner, er dette tjenester der det er potensial for mer samarbeid mellom kommuner og frivillig sektor.

Litt over halvparten av kommunene (56 %) svarte at de har en vedtatt plan eller strategi for samarbeid med frivillig sektor. Da kommunene har en plikt til å legge til rette for samarbeid med frivillig sektor, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011), kan 56 % virke noe lavt. Imidlertid oppgir 67 % at de har en frivillighetskoordinator, noe som indikerer at disse kommunene har et fast samarbeid med frivillig sektor.

Det framkommer også i fritekstsvaer, og vi kjenner til fra egen erfaring, at det gis mange helsefremmende og forebyggende tilbud i kommunene drevet av frivillige alene, uten avtale (fast/formelt samarbeid) med kommunen. Helsedirektoratets rundskriv om rettslige rammer for samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og frivilligheten gir et tydelig signal fra helsemyndighetene om at frivillighet ikke bare er et tillegg, men en ønsket og anerkjent del av omsorgsfellesskapet (Helsedirektoratet, 2025b). Samtidig understrekes det at frivillige ikke skal erstatte fagkompetanse eller utføre lovpålagte helsefaglige oppgaver. Dette reiser spørsmål om hvordan ansvaret bør fordeles i praksis: Hva skal kommunen ha ansvar for, og hvor kan frivilligheten bidra på en måte som styrker helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot eldre?

Forebyggende hjemmebesøk til eldre og helsestasjon for eldre er to eksempler på forebyggende og helsefremmende tjenester som innebærer kartlegging av funksjonsevne, helserådgivning og identifisering av hjelpebehov. Slike oppgaver krever som regel helsefaglig kompetanse og framstår derfor som en kommunal kjerneoppgave. Samtidig viser vår undersøkelse at noen få kommuner (fire prosent av dem som oppgav å tilby forebyggende hjemmebesøk²⁵) samarbeider med frivillige om tjenesten, uten at vi vet hvordan dette samarbeidet faktisk utformes i praksis. I kontrast til oppgaver som krever fagkompetanse, finnes det mange helsefremmende aktiviteter – som gåturer, kulturarrangementer og sosiale møteplasser – som ikke nødvendigvis krever slik kompetanse, og hvor frivilligheten kan ha en sentral rolle. Spørsmålet blir dermed hvor grensen skal trekkes

²⁴ Slike tjenester kan potensielt også gis av frivillige sektor alene, uten samarbeid med kommunen. Men dette har vi altså ikke kartlagt i denne undersøkelsen.

²⁵ Merk at slike tall har feilkilder, og vi kan ikke se bort fra at noen av respondentene har krysset av feil.

mellom kommunale tjenester og frivillige tilbud. Denne grensen er sjelden tydelig og kan variere med lokale behov, ressurser og vurderinger.

Når helsefremmende og forebyggende tilbud til eldre drives i samarbeid med frivillig sektor, åpner det for både muligheter og utfordringer. På den ene siden kan frivillighet gi fleksibilitet, lokal forankring og et mangfold av aktiviteter som styrker sosialt fellesskap og livskvalitet. Slike tilbud kan ofte utvikles raskt og tilpasses lokale behov på en måte som kommunale tjenester ikke alltid har kapasitet til. På den andre siden kan en sterk avhengighet av frivillige skape variasjon i tilgjengeligheten og kvaliteten på tilbudene. Noen områder har aktive frivillige miljøer og et bredt tilbud, mens andre har lite eller ingenting. Dette reiser spørsmål om hvordan man i samarbeidet kan bevare frivillighetens egenart og engasjement samtidig som man sikrer likeverdige helsefremmende og forebyggende tjenester for alle eldre (Andfossen, 2019).

Kan risikoen for uønsket variasjon dempes gjennom en tydeligere samarbeidsstruktur mellom kommunen og frivilligheten, for eksempel gjennom rammesetting eller koordinering, uten at frivillighetens fleksibilitet svekkes? Spørsmål som kan melde seg, er hvor langt kommunen kan gå i å påvirke innholdet i frivillighetens arbeid. Skal kommunen ha en rolle i å definere hva som gjøres, når og for hvem? Og hva med rapportering – er det tilstrekkelig at kommunen vet hvilke tilbud som finnes, eller bør frivillige aktører ha et formelt ansvar for å rapportere aktivitet og resultater? På den ene siden kan mer struktur og rammesetting bidra til forutsigbarhet og kvalitet, men på den andre siden kan det føre til byråkratisering og redusert engasjement. Forskere har lenge pekt på ulikheter i formål og logikker mellom frivillig og offentlig sektor som utfordrende for slikt samarbeid (Førland, 2019; Kuhnle & Selle, 1990; Lorentzen & Skinner, 2019).

Helsedirektoratet (2025b) anbefaler skriftlige avtaler mellom kommunen og frivillige aktører for å avklare roller, ansvar og taushetsplikt. Dette handler ikke bare om formaliteter, men om å skape forutsigbarhet og trygghet for begge parter. Når frivillige skal bidra i tjenester som berører sårbare grupper, kan klare avtaler redusere risikoen for misforståelser og sikre at oppgaver fordeles på en måte som ivaretar både kvalitet og rettssikkerhet. Avtalene kan også bidra til å avklare grenser – for eksempel hva som er kommunens lovpålagte ansvar og hva som er frivillighetens bidrag.

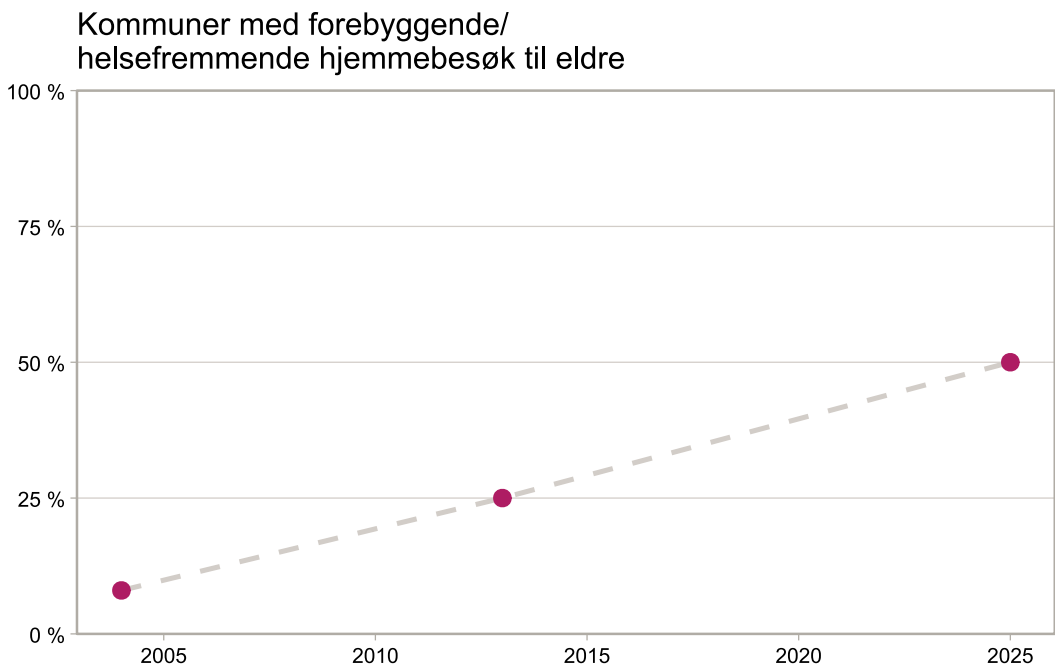
Vår studie viser at 67 % av kommunene har en frivillighetskoordinator, noe som er en økning fra en nasjonal kommuneundersøkelse fra 2019 der 31 % av kommunene oppgav å ha dette (Hanne Marie Rostad, personlig kommunikasjon, 28. november 2025). Denne utviklingen er interessant, da koordinatorrollen skal fungere som bindeledd mellom kommunen og frivillige organisasjoner. Rollen innebærer å ha oversikt over lokale aktører, tilgjengelige støtteordninger og ressurser, samt å legge til rette for samarbeid og samordne innsats. Koordinatoren arbeider på tvers av sektorer og sikrer dialog mellom frivilligheten, politikere og administrasjonen (Frivillighet Norge, u.å.), noe som gir bedre forutsetninger for å utvikle stabile og målrettede tilbud. En studie publisert i 2025 viser at frivillighetskoordinatoren er sentral i å anerkjenne og ivareta frivillige i eldreomsorgen. Godt samarbeid mellom koordinator og øvrige ansatte i helse- og omsorgstjenestene i kommunene er viktig for å unngå at frivillige settes til tilfeldige oppgaver, og koordinator har en viktig jobb i å matche kommunens behov og frivillighetens muligheter og interesse, og formidle dette til involverte parter (Johannessen, 2025).

4.2 FOREBYGGENDE/HELSEFREMMEDE HJEMMEBESØK

4.2.1 UTBREDELSE

Resultatkapittelet viste at 50 % av kommunene oppgir at de tilbyr forebyggende/helsefremmende hjemmebesøk og at 47 % av de som ikke tilbyr dette, har konkrete planer om få det løpet av de neste tre årene. Det er dermed sannsynlig at dette vil bli et tilbud i flere kommuner i de nærmeste årene. Dette er i så fall i tråd med nasjonal politikk som ønsker å «stimulere til at fleire kommunar tar i bruk førebyggande heimebesøk» og «utvikle ei helse- og omsorgsteneste som arbeider førebyggande» (Meld. St. 24 (2022 – 2023), side 16).

Det er tidligere foretatt to nasjonale kartlegginger av utbredelsen av forebyggende hjemmebesøk til eldre i norske kommuner. Pettersen & Wyller (2005) fant at 8 % av kommunene hadde tilbudet i 2003. I en tilsvarende undersøkelse i 2013, med identisk spørsmålsformulering («Har kommunen i dag et tilbud om forebyggende hjemmebesøk til eldre?»), hadde andelen steget til 25 % (Førland & Skumsnes, 2014). Se figur 23. Tilbudet spredte seg først lokalt og regionalt gjennom ildsjeler og samhandling mellom kommuner, særlig i store, mellomstore og sentrale kommuner, og ikke som følge av statlige tiltak (Førland et al., 2015).



Figur 23: Andel kommuner som oppgav at de tilbød forebyggende/helsefremmende hjemmebesøk i 2004, 2013 og 2025.

Vår kartlegging nå i 2025 tyder på at veksten i kommuner med forebyggende/helsefremmende hjemmebesøk har fortsatt etter 2013. Det er i ferd med å bli et tilbud til den eldre befolkningen både i små, mellomstore og store kommuner, til tross for at det ikke er lovpålagt. Ser vi nærmere på

enkeltkommuner, finner vi at alle de fem største kommunene i Norge (Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger og Bærum) har tilbudet i 2025, slik de også hadde det i 2013. I folketall utgjør disse fem kommunene 27 % av Norges befolkning (Statistisk sentralbyrå, 2025).

4.2.2 MÅLGRUPPER OG OMFANG

Det framgår av resultatkapittelet at de fleste kommunene enten retter tilbudet mot aldersgruppene 75–79 år og/eller 80 år eller eldre. Førti prosent av kommunene oppgir å rette tilbudet til den generelle eldrebeholdningen innen valgt aldersgruppe og ikke til bestemte behovs- eller risikogrupper. Vi merker oss likevel at 25 % av kommunene med tilbudet retter besøkene til personer som nylig er utskrevet fra sykehus.

Kartleggingen vår forteller ikke noe om hvor omfattende tilbudet er i kommunene. Vi vet for eksempel ikke om det er et tilbud som kun gis én gang ved én bestemt alder, eller om det også tilbys senere oppfølgingsbesøk. Kartleggingen fra 2025 viser heller ikke hvor stor andel av de eldre som faktisk takker ja til tilbudet. Kartleggingen fra 2013 viste imidlertid noen flere detaljer om omfanget som tentativt fortsatt kan ha relevans. Den gang tilbød 48 % av kommunene med tilbudet kun ett besøk, og kun 3 % gav tilbud om oppfølgende besøk til alle i målgruppen. Til sammen 42 % tilbød imidlertid oppfølgende besøk ved bestemte behov. Kartleggingen fra 2013 viste også at om lag halvparten av de eldre som fikk tilbudet, takket ja til hjemmebesøket. For å få oppdatert kunnskap om slik faktisk omfang på brukernivå må kommunene pålegges å rapportere dette som del av KPR-rapporteringen, under type helsehjelp eller tjeneste, jf. §2-1 i Forskrift om kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) (2017).

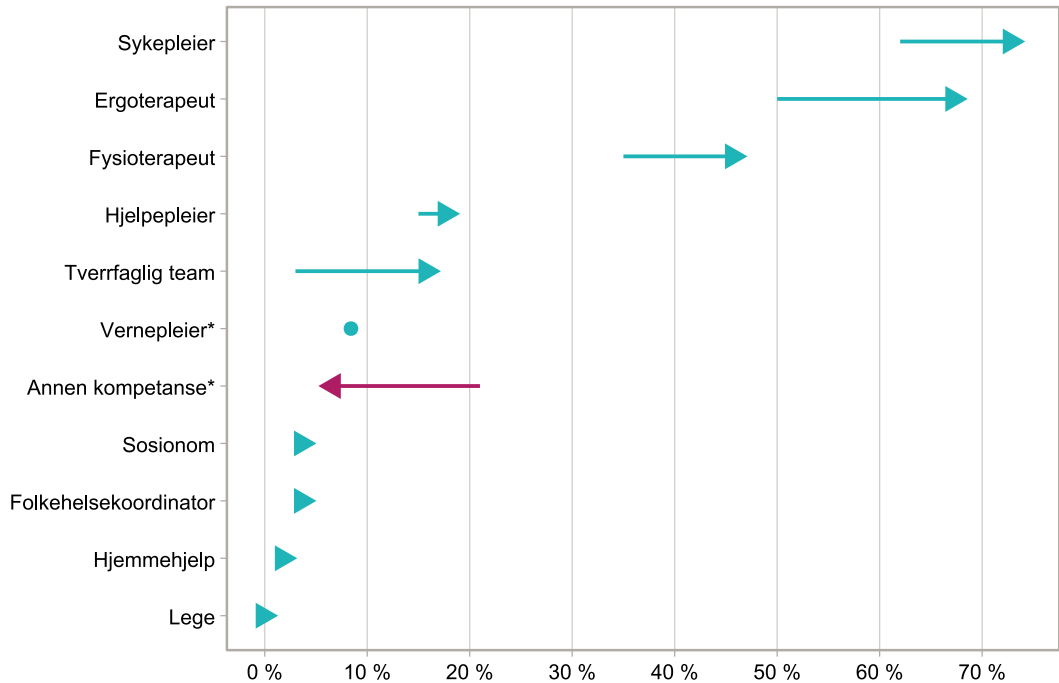
Som illustrasjon på at vår kartlegging gir begrenset innsikt i omfanget og bruken av forebyggende/helsefremmende hjemmebesøk, tar vi med et fritekstsitat fra en av kommunene: «[J]eg har svart ja på forebyggende hjemmebesøk. [Vi] var tidlig ute (2005) med tilbud om 1:1 besøk. Har gått bort fra dette og tilbyr til de som ber om det og gruppebasert.» Bak resultatet av at 50 % av kommunene i vår kartlegging tilbyr forebyggende/helsefremmende hjemmebesøk ligger det trolig stor variasjon når det gjelder omfang og organisering. Ytterpunktene kan her være at noen kommuner kontakter og tilbyr hjemmebesøk til *alle* i bestemte alders- og målgrupper, mens andre kun til dem som aktivt ber om dette.

4.2.3 BESØKENES FAGLIGE PROFIL

Av resultatdelen så vi at det å «forebygge skader, ulykker og funksjonssvikt» og det å ha en «mestrings-/ressursfokusert helsesamtale» var de to formålene med besøkene som flest kommuner syntes var «svært viktig». I 2013-kartleggingen oppgav langt de fleste av kommunene (94 %) at det å «fremme helse og mestring» var hjemmebesøkets hovedprofil, mens kun 6 % svarte «forebygge sykdom» (Førland & Skumsnes, 2014). I denne kartleggingen måtte kommunene velge én av de to profilene, mens det i vår kartlegging var mulig å krysse av på flere formål. Vi merker oss også at både å «informere om tilgjengelige tjenester/tilbud», å «gi helse råd» og å «avdekke helse- og funksjonssvikt og hjelpebehov» oppgis som viktige formål i 2025-kartleggingen. Svarene knyttet formål tyder altså på at hjemmebesøkene i dag har et mangfold av hensikter. Kanskje dette grunner seg i at besøkene tilpasser seg den eldre personens behov, framfor å gjennomføre et standardisert opplegg.

4.2.4 FAGLIG KOMPETANSE

Sykepleiere og ergoterapeuter er de to dominerende yrkesgruppene av ansatte som utfører forebyggende/helsefremmende hjemmebesøk. Det var de to samme yrkesgruppene som ble hyppigst benyttet også i 2013, men i 2025 har andelen kommuner som benytter disse to yrkesgruppene ved hjemmebesøkene, økt ytterligere. Figur 24 viser endringene fra 2013 til 2025.



Figur 24: Kompetansen til de ansatte som gjennomfører forebyggende/helsefremmende hjemmebesøk i 2013 og 2025. Pilene peker fra andelen i 2013 til andelen i 2025, og piler som peker til høyre indikerer altså at en større andel av kommunene har/bruker denne kompetansen. (Piler uten synlig linjestykke indikerer svært små endringer, på to prosentpoeng eller mindre.)

* I 2013-kartleggingen var ikke «Vernepleier» et svaralternativ, men det var oppgitt av respondenter under svaralternativet «Annet personell» (i vår kartlegging kalt «Annen kompetanse»).

4.2.5 AVSLUTTENDE KOMMENTARER OM FORSKNING PÅ FOREBYGGENDE HJEMMEBESØK OG BEHOVET FOR STATLIGE STØTTEPROGRAM

Vår nasjonale kartlegging viser utbredelse av og kjennetegn ved tjenesten – ikke effektene og betydningen av den. Vi skal avslutningsvis kort vise til slik forskning. En kunnskapsoppsummering viste varierende effekter i ulike land av forebyggende hjemmebesøk til eldre (Førland & Skumsnes, 2017). Kontekstuelle ulikheter mellom land gjør det vanskelig å trekke entydige konklusjoner basert på disse. Kunnskapsoppsummeringen viste også at kvalitative studier fra Norden har påpekt at eldre som mottar slike besøk, i hovedsak opplever at besøkene gir nyttig informasjon og økt trygghet, blant annet fordi de får en kontaktperson som de kan henvende seg til ved behov.

Vi vil i tillegg trekke fram en studie fra Norge som har undersøkt effekter av forebyggende hjemmebesøk på kommunenes ressursbruk innen hjemmetjenester og sykehjem samt på sykehusinnleggelses og dødelighet (Bannenberget et.al, 2021). Etter kontroll av forskjeller mellom kommunene fant forskerne at kommunene som hadde etablert forebyggende hjemmebesøk, i gjennomsnitt hadde lavere bruk av sykehjem, mens bruken av hjemmetjenester økte noe. Videre hadde disse kommunene sju prosent lavere innleggelsesrate i sykehus, og gjennomsnittsliggetiden var elleve prosent kortere. Det var fire prosent lavere dødelighet blant eldre over 80 år i disse kommunene. Det er imidlertid uklart om det er de forebyggende hjemmebesøkene i seg selv som har slike virkninger eller om det er de tilleggstjenestene som besøkene utløser, som gir slike følger. Studien konkluderer med at selv om det er utgifter knyttet til å etablere og drive denne tjenesten, så er det mye som taler for at den er samfunnsøkonomisk lønnsom. Det er imidlertid uklart hvilken modell eller profil på besøkene som er mest fordelaktig.

Det at stadig flere kommuner etablerer tilbudet, til tross for presset kommuneøkonomi, kan tyde på at kommuner har gode erfaringer med tjenesten og tro på dens virkninger. Når tjenesten nå har fått større utbredelse er det trolig behov for økt faglig støtte til dem som driver hjemmebesøkene. Utover Helsedirektoratets nettside fra 2019 med veiledningsmateriell (Helsedirektoratet, 2019), er vi ikke kjent med at statlige myndigheter nå tilbyr spesifikk støtte til kommuner for å utvikle faglig kvalitet og kompetanse innen denne tjenesten. Vi er heller ikke kjent med at KS nasjonalt eller regionalt for tiden tilbyr støtte, og heller ikke Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) gjør dette. Det er vår vurdering at slik støtte, for eksempel i form av finansiering av utviklingsarbeid og/eller organisering av nasjonale og regionale konferanser og nettverk, kan være av betydning for å videreutvikle den faglige kvaliteten og kompetansen i denne delen av kommunenes forebyggende arbeid for eldre personer.

4.3 KOMMUNESTØRRELSE SOM FORKLARING PÅ FORSKJELLER

En hypotese i arbeidet har vært at kommuner av ulike størrelse (målt i innbyggertall) har forskjellig omfang og organisering av helsefremmende og forebyggende tiltak. Små kommuner har begrensede personellressurser og økonomi å bruke på tiltak, og antall innbyggere i målgruppen for et tiltak kan også sette begrensninger for hvilke tiltak som kan eller bør gjennomføres.

Hypotesen om forskjellig omfang av tiltak finner vi bare delvis støtte for. Store kommuner hadde i gjennomsnitt *litt* flere tiltak enn mellomstore og små kommuner, men det var svært stor variasjon i antall tiltak også blant kommuner av samme størrelsesorden. Vi fant kommuner både med mange og med få tiltak blant *både* store, mellomstore og små kommuner. Kommunestørrelse forklarer altså bare en liten *del* av variasjonen vi ser.

Vi kunne også forvente forskjeller i *tiltaksprofil* mellom kommuner av ulik størrelse, for eksempel at noen *sett* av tiltak var «populære» blant små kommuner, men ikke blant store. Vi finner imidlertid ikke dette. Med unntak av helsestasjon for eldre var alle tiltakene mer vanlige blant store enn små kommuner. For øvrig nevner både Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet: En kvalitetsreform for eldre* og Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse* (2023–2033) at flere kommuner har tatt i bruk helsestasjon for eldre, men vi ser at utbredelsen fremdeles er lav (blant kommuner av alle størrelser) høsten 2025.

Når det gjelder tiltaksprofil, var det riktig nok noen tiltak som var litt mer vanlige blant små kommuner enn blant de mellomstore, og andre tiltak som var mer vanlige blant de mellomstore enn blant de små, men det var gjennomgående beskjedne forskjeller mellom små og mellomstore kommuner her.

Antall innbyggere i målgruppen for et tiltak kan sette begrensninger for hvilke tiltak som kan gjennomføres. En kunne derfor forvente at interkommunalt samarbeid om tjenestene var mer vanlig i små kommuner. Vi finner ikke dette. Det er 40 % av de små kommunene som samarbeider med andre kommuner om tjenestene, mot 41 % av de store kommunene.

Det var heller ingen (statistisk påvisbare) forskjeller når det gjelder samarbeid med fastlegetjenesten eller med frivillig sektor. Flere store kommuner enn små/mellomstore oppgav imidlertid at de hadde ett eller flere knutepunkt for helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot eldre.

Store kommuner hadde et litt større omfang i metodene de bruker for å komme i kontakt med potensielle brukere og informere om tjenestene. Spesielt er egne «seniorsider» på kommunens hjemmeside oppgitt å være mer vanlig blant store enn små og mellomstore kommuner. Det er også en større andel av de store kommunene som gjennomfører systematiske undersøkelser for å måle brukertilfredshet med tjenestene/tilbudene og evaluere effektene av dem.

Alt i alt finner vi *enkelte* systematiske forskjeller i det helsefremmende og forebyggende arbeidet mellom kommuner av ulik størrelse. Men kommunistørrelse ser ut til å forklare bare en liten del av variasjonen. Flere kommuner peker på dårlig kommuneøkonomi som et hinder for å tilby helsefremmende og forebyggende tiltak, så dette kan være en alternativ forklaringsfaktor. Men dette er bare en hypotese, som eventuelt må undersøkes videre gjennom forskning.

4.4 SOSIALE HELSEFORSKJELLER

Resultatene våre viser at 43 % av kommunene vurderer at deres helsefremmende og forebyggende tiltak i *stor* eller *svært stor* grad bidrar til å utjevne sosiale helseforskjeller blant eldre, mens 47 % svarer i *noen grad*. Bare 10 % oppgir at de gjør det i *liten* eller *svært liten* grad. Dette indikerer at mange kommuner opplever at dere helsefremmende og forebyggende tjenester har en betydning for å redusere sosiale helseforskjeller blant eldre, men det er uklart hva som ligger til grunn for disse vurderingene. Er det for eksempel basert på konkrete målrettede tiltak eller mer på en generell opplevelse av at tilbudene når ulike grupper?

Videre gir kommunenes prioritering av spesifikke utsatte grupper et interessant bilde. Mange har et spesielt fokus på eldre med somatiske helseproblemer (76 %), ensomhet (70 %) og psykiske helseutfordringer (69 %), mens færre har et slikt fokus på økonomisk vanskeligstilte (41 %) eller eldre med etnisk minoritetsbakgrunn (30 %). Rundt halvparten (54 %) oppgir fokus på eldre med rusproblemer.

Respondentene oppgir ikke så mange detaljer om hvordan de prøver å nå *spesifikke* grupper. Mange av tiltakene, for eksempel det å delta med informasjon hos relevante lag/organisasjoner/foreninger, vil være aktuelle for flere ulike grupper og for eldre generelt. Men ensomme eldre kan det være utfordrende å nå på denne måten, da de formodentlig i mindre grad deltar i lag eller foreninger. Her kan fastleger og hjemmetjenesten være viktigere aktører/kontakter. Merk ellers at vi ikke vet om noen respondenter har tolket gruppen «ensomme» som «aleneboende», en gruppe som kan være lettere å ha oversikt over.

Vi vil nå kort diskutere de tre gruppene som ikke så mange kommuner har oppgitt å ha et spesielt fokus på.

4.4.1 ELDERE MED RUSPROBLEMER

Rusmiddelbruk blant eldre er et økende folkehelseproblem, særlig knyttet til alkohol og vanedannende legemidler. Alkoholbruk er en av de viktigste globale risikofaktorene for tap av friske leveår og utvikling av ikke-smittsomme sykdommer, det øker faren for fall, ulykker og negative interaksjoner med legemidler, og det kan redusere effekten av medisinsk behandling (Fredwall & Antonsen, 2023).

Bergh et al. (2021) dokumenterer at blant norske hjemmetjenestemottakere er bruk av alkohol og vanedannende legemidler utbredt, og at dette har en klar sammenheng med psykiske lidelser og kognitiv svikt. Dette viser at rusmiddelbruk ikke er et isolert problem, men ofte inngår i komplekse helsesituasjoner som krever helhetlig oppfølging.

Forebyggende arbeid er utfordrende, da rusmiddelbruk blant eldre ofte oppfattes som tabu og privat, noe som gjør det vanskelig for helsepersonell å ta opp temaet (Fredwall & Antonsen, 2023). Samtidig oppdages rusproblemer ofte sent, og hjelpebehovet kan være stort når rusbruk kombineres med somatisk sykdom, psykiske plager og sosial isolasjon (Lunde, 2013; Flesland, 2014). Tidlig innsats kan redusere risiko for fall, depresjon, sykehusinnleggelses, og det kan bidra til bedre livskvalitet og mulighet for å bo hjemme lenger.

4.4.2 ØKONOMISK VANSKELIGSTILTE

Selv om mange eldre har god økonomi, viser statistikk at inntektsulikheten blant personer over 55 år har økt de siste ti årene og at flere eldre har lav inntekt (Omholt, 2024). En SIFO-rapport fra 2023 viser at 40 % av pensjonisthusholdninger med inntekt under 400 000 kroner sliter økonomisk, og andelen som er «ille ute» har økt betydelig siden 2020 (Poppe, 2023). Dette kan påvirke muligheten til å delta i helsefremmende og sykdomsforebyggende aktiviteter og dermed forsterke helseforskjeller blant eldre i kommunene.

En studie fra 2015 viste at eldre med lav inntekt opplevde at den dårlige økonomien hadde betydning på mange livsområder og særlig på muligheten til å delta på ulike typer aktiviteter utenfor hjemmet. Også det å være sosial med venner og familie kunne innebære en økonomisk kostnad, og selv om kostandene var relativt små, var det vanskelig for mange eldre å prioritere det dersom økonomien deres i utgangspunktet var svært stram (Ytrehus, 2015). Videre viser forskning fra Danmark at personer med lav inntekt eller som mottar sosiale ytelser, har betydelig høyere odds for utilstrekkelig helsekompetanse (Svendsen et al., 2020).

Noen respondenter nevner at kommunen har valgt å ha tjenester som er gratis eller har lav pris (eventuelt med betalingsfritak for enkelte), slik at dårlig økonomi hos brukerne ikke skal være en hindring i å delta. Gratis/billig skyss til aktivitetene kan også være et aktuelt tiltak her.

4.4.3 ELDERE MED MINORITETSBAKGRUNN

Når det gjelder eldre med minoritetsbakgrunn, er gruppen foreløpig liten, men vil vokse betydelig i årene framover. Ifølge befolkningsframskrivingene fra SSB vil innvandrere utgjøre 28 % av alle seniorer i Norge i 2060 (Dzamarija, 2025). Dette har direkte betydning for helsefremmende og forebyggende arbeid. Språkforskjeller og ulikt kulturelt ståsted kan gjøre det vanskelig å uttrykke

behov og skape gjensidig forståelse. To respondenter i vår kartlegging nevner at kommunen oversetter informasjon til ulike språk for å nå alle innbyggere.

Evalueringer av tilpassede tilbud i den offentlige helse- og omsorgstjenesten viser ellers at trykgheten øker når ansatte deler språk og kulturbakgrunn med brukerne (Rokstad et al., 2025), noe som kan påvirke både deltakelse i helsefremmende aktiviteter og evnen til å nyttiggjøre seg forebyggende tiltak.

Mange innvandrere har lav helsekompetanse. En nasjonal kartlegging (HLS19) (Le et al., 2021) viser at én av tre i fem utvalgte innvandrergrupper skårer på eller under det laveste nivået for generell helsekompetanse. Dette betyr at mange har utfordringer med å finne, forstå og bruke helseinformasjon, noe som kan gjøre det vanskelig å navigere i helsetjenesten og ta gode valg for egen helse (Helsedirektoratet, 2021). For å lykkes med helsefremmende og forebyggende arbeid i denne gruppen må kommunene derfor ikke bare tilby universelle tiltak, men også utvikle strategier for å styrke helsekompetansen.

4.4.4 OPPSUMMERING

At mange kommuner oppgir *stor grad* eller *svært stor grad* av bidrag til utjevning av helseforskjeller, kan være positivt, men det er uklart hvilke tiltak som faktisk iverksettes og hvilke som faktisk har effekt på hva eller hvem. Stortingsmeldingen *Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar* (Meld. St. 15 (2022–2023)) understreker at innsatsen må være bred og omfatte strukturelle forhold som økonomi, bolig og nærmiljø, i tillegg til helsetjenester. Tiltak rettet mot ensomhet, somatisk og psykisk helse er viktige, men for å redusere ulikhet må kommunene også adressere økonomiske barrierer og sikre tilgjengelighet for grupper med lav helsekompetanse.

Funnene våre viser at kommunene benytter ulike strategier for å nå eldre med helsefremmende og forebyggende tilbud, både tradisjonelle kanaler, som brev og gjennom fastlege og ansatte i hjemmesykepleien, og via digitale løsninger som nettsider og sosiale medier. Variasjonen i informasjons-/kontaktkanalene er viktig, da eldre har ulike forutsetninger for å ta til seg informasjon. Mange eldre i Norge fått bedre digitale ferdigheter, men flere opplever et press til å bruke digitale løsninger, og mestringen av teknologien blir ofte redusert med økende alder (Slette-meås & Berg, 2025). Dette kan tyde på at det er et behov for at kommunene kombinere flere formater og kanaler, inkludert personlig kontakt, for å sikre at tilpasset informasjonen når fram til alle eldre.

REFERANSER

- Andfossen, N. B. (2019). Ulike typer frivillige i omsorgstjenestene – samstemt innsats eller mangfold til besvær? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 22(1), 25–42. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2019-01-02>
- Bannenbergh, N., Førland, O., Iversen, T., Karlsson, M., & Øien, H. (2021). Preventive Home Visits. *American Journal of Health Economics*, 7(4), 457–496. <https://doi.org/10.1086/714988>
- Bergh, S., Michaelsen, E., Andfossen, N. B., Lichtwarck, B., Selbæk, G., & Kirkevold, Ø. (2021). Bruk av alkohol og vanedannende legemidler hos eldre norske hjemmetjenestemottakere. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 7(3), 1–12. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-03-03>
- Dzamarija, M. T. (2025, 30. juni). *Flere innvandrere blant framtidens seniorer*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/befolkning/innvandring/artikler/flere-innvandrere-blant-framtidens-seniorer>
- Flesland, L. (2014). Sykepleiere i pleie- og omsorgssektorens erfaringer med eldre, rusmidler og hjelpebehov. *Nordisk sygeplejeforskning*, 4(1), 43–58. <https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2014-01-05>
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid* (LOV-2011-06-24-29). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-29>
- Forskrift om kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). (2017). (FOR-2017-08-25-1292). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2017-08-25-1292>
- Forskrift om tilskudd til frivilligsentraler. (2022). (FOR-2022-06-30-1272). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2022-06-30-1272>
- Fosse, E. (2016). Kommunenes rolle i å utjevne sosiale helseforskjeller – Norge som eksempel. *Socialmedicinsk tidsskrift*, 93(5), 492–500. <https://doi.org/10.62607/smt.v93i5.42287>
- Fredwall, T. E., & Antonsen, A. J. (2023). *Alkoholbruk blant eldre: En oppsummering av kunnskap* (nr. 33; oppsummering). <https://hdl.handle.net/11250/3067886>
- Frivillighet Norge. (u.å.). *Kommunal frivillighetskoordinator*. Frivillighetens ordbok. Hentet 27. november 2025 fra <https://www.frivillighetnorge.no/tooltip-ordbok/151900>
- Førland, O., & Skumsnes, R. (2014). *Forebyggende hjemmebesøk til eldre i Norge: Resultater fra en landsomfattende kommuneundersøkelse* (nr. 7/2014; Senter for omsorgsforskning, rapportserie). <https://hdl.handle.net/11250/217477>
- Førland, O., Skumsnes, R., Teigen, S., & Folkestad, B. (2015). Forebyggende hjemmebesøk til eldre. Utbredelse, diffusjons-prosesser og spredning. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1(2), 119–130. <https://doi.org/10.18261/ISSN2387-5984-2015-02-08>

- Førland, O. & Skumsnes R. (2017). *Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre: En oppsummering av kunnskap* (nr. 8; Oppsummering). <https://hdl.handle.net/11250/2476696>
- Førland, O. (2019). Kommuner i dans med frivillig innsats. Om forholdet mellom frivillig og kommunal eldreomsorg. I E. Hillestad & J. Tessem (Red.), *Frivillighetens kraft: Organisering av frivillig innsats i eldreomsorgen*. Vigmostad & Bjørke AS.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Rundskriv om forebyggende hjemmebesøk i kommunene* (Nr. I-2/2016) [Rundskriv]. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rundskriv-i-2016-om-forebyggende-hjemmebesok-i-kommunene/id2503186/>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet (2019, 2. mai). *Forebyggende hjemmebesøk i kommunen*. <https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/organisering-og-tjenestetilbud/sykehjem-og-hjemmetjenester/forebyggende-hjemmebesok-i-kommunen>
- Helsedirektoratet (2020, 11. juni). *Veileder til et systematisk folkehelsearbeid*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/systematisk-folkehelsearbeid>
- Helsedirektoratet (2021, 16. februar). *Helsekompetanse – kunnskap og tiltak*. <https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/forebygging-og-levevaner/helsekompetanse/helsekompetanse>
- Helsedirektoratet (2023, 1. august). *Kunnskapsoppsummering om ulikheter i helse og livskvalitet i Norge siden 2014 – sammendrag*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kunnskapsoppsummering-om-ulikheter-i-helse-og-livskvalitet-i-norge-siden-2014--sammendrag>
- Helsedirektoratet (2024, 20. desember). *Kommunale frisklivssentraler 2022–2023*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kommunale-frisklivssentraler-2022-2023>
- Helsedirektoratet (2025a, 16. september). *Arbeidet i og effekt av tilbudet i kommunale frisklivssentraler*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/arbeidet-i-og-effekt-av-tilbudet-i-kommunale-frisklivssentraler>
- Helsedirektoratet (2025b, 21. mai). *Rettslige rammer for samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og frivilligheten* [Rundskriv]. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/rettslige-rammer-for-samarbeid-mellom-helse-og-omsorgstjenesten-og-frivilligheten>
- Helsedirektoratet (2025c, 14. mars). *Slik bruker du statistikkbanken Folkehelsestatistikk*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/forebygging-og-levevaner/folkehelsestatistikk-og-profiler/bruk-av-statistikkbanken>
- Johannessen, M. S. (2025). Amatørens inntog – om frivillighet i eldreomsorgen. *Geriatrisk sykepleie*, 1. <https://hdl.handle.net/10037/37215>
- Kippersund, R. (2023). Når sosiale helseforskjeller finner veien til sentrum av kommuneplanleggingen. *Nordic Journal of Urban Studies*, 3(2), 71–88. <https://doi.org/10.18261/njus.3.2.5>


- Kringlebotten, M., & Langørgen, A. (2020). *Gruppering av kommuner etter folkekengde og økonomiske rammebetingelser 2020* (nr. 2020/48). Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/artikler-og-publikasjoner/gruppering-av-kommuner-etter-folkekengde-og-okonomiske-rammebetingelser-2020>
- Kuhnle, S., & Selle, P. (1990). Autonomi eller underordning: Frivillige organisasjoner og det offentlige. I S. Kuhnle & P. Selle (Red.), *Frivillig organisert velferd – alternativ til offentlig?* Alma Mater.
- Le, C., Finbråten, H. S., Pettersen, K. S., & Guttersrud, Ø. (2021). *Befolkningens helsekompetanse, del I* (No. IS-2959; Rapport). <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse/Befolkningens%20helsekompetanse%20-%20odel%20I.pdf>
- Lorentzen, H., & Skinner, M. S. (2019). Frivillige i omsorgssektoren – muligheter og barrierer. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 22(1), 4–24. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2019-01-01>
- Lunde, L.-H. (2013). Rusproblemer hos eldre. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 133(3), 318–319. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.1189>
- Meld. St. 9 (2023–2024). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027: Vår felles helsetjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20232024/id3027594/>
- Meld. St. 15 (2017–2018). *Leve hele livet: En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Meld. St. 15 (2022–2023). *Folkehelsemeldinga: Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20222023/id2969572/>
- Meld. St. 23 (2022–2023). *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-23-20222023/id2983623/>
- Meld. St. 24 (2022–2023) *Fellesskap og meistring: Bu trygt heime*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20222023/id2984417/>
- NOU 2025: 8. (2025). *Folkehelse – verdier, kunnskap og prioritering*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2025-8/id3118916/>
- NOU 2020: 12. (2020). *Næringslivets betydning for levende og bærekraftige lokalsamfunn*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2020-12/id2776843/>
- Omholt, E. L. (2024, 26. september). *Større økonomisk ulikhet blant seniorer*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/inntekt-og-formue/artikler/storre-okonomisk-ulikhet-blant-seniorer>
- Pettersen, A. M., & Wyller, T. B. (2005). *Forebyggende hjemmebesøk til eldre: Norge – med blikk mot Sverige og Danmark*. Aldring og helse.

- Poppe, C. (2023). Utsatte grupper i dyrtiden. Husholdenes økonomiske trygghet i august 2023. Forbruksforskningsinstituttet SIFO, OsloMet. <https://hdl.handle.net/11250/3115247>
- Senter for omsorgsforskning. (u.å.). *PriCare. Eit prosjekt om prioriteringar i helse- og omsorgstenesta*. <https://www.ntnu.no/omsorgsforskning/pricare>
- Rambøll. (2024). *Følgjevaluering av tjenesten «På dørterskelen» – om å skape velferd på nye måter*. <https://www.ks.no/fou-sok/2024/244001/>
- Rokstad, A. M. M., Kirkevold, Ø., Johannessen, A., Nicolaisen, M., Telenius, E. W., & Weum, R. (2025). *Eldre med minoritetsbakgrunn og deres møte med helse- og omsorgstjenester: Kunnskapsoppsummering av forskning på oppdrag fra Oslo kommune*. Nasjonalt senter for aldring og helse. https://butikk.aldringoghelse.no/file/digitalarkiv-nettbutikk/eldre-med-minoritetsbakgrunn-og-deres-mote-med-helse-og-omsorgstjenester_pdf.pdf
- Rolland, A., Brekke, Ø., Samuelson, B. M., & Silseth, P. R. (2004). *Evaluering av kommunale brukerundersøkelser: Prosjekt utført for Kommunal- og regionaldepartementet av Statistisk sentralbyrå og Handelshøyskolen BI (Rapporter) [2004/07]*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/artikler-og-publikasjoner/evaluering-av-kommunale-brukerundersokelser>
- Rønnevik, D. H., Pettersen, B., & Grimsmo, A. (2011). *Fastlegenes rolle i forebyggende og helsefremmende arbeid – som utøver og lyttepost*. <https://www.ks.no/globalassets/Allmennlegenes-rolle-i-helsefremming-og-forebygging-endelig-nett.pdf>
- Skumsnes, R., Teigen, S., Alvsvåg, H., & Førland, O. (2015). Forebyggende hjemmebesøk til eldre. Idehåndbok med anbefalinger. <https://hdl.handle.net/11250/2479106>
- Slettemeås, D., & Mainsah, H. (2025). *Eldres digitale hverdagsliv i en kunstig intelligent tidsalder (AI AGE)* (Nos. 8–2025; SIFO-rapport). Forbruksforskningsinstituttet SIFO. <https://hdl.handle.net/11250/3213223>
- Statistisk sentralbyrå. (2025). 11342: *Areal og befolkning i kommuner, fylker og hele landet (K) 2007 – 2025*. <https://www.ssb.no/statbank/table/11342>
- Svendsen, M. T., Bak, C. K., Sørensen, K., Pelikan, J., Riddersholm, S. J., Skals, R. K., Mortensen, R. N., Maindal, H. T., Bøggild, H., Nielsen, G., & Torp-Pedersen, C. (2020). Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: A large national population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health*, 20(1), 565. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08498-8>
- Yttrhus, S. (2015). Fattig i eldre år – Poverty in old age. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1(1), 38–46. <https://doi.org/10.18261/ISSN2387-5984-2015-01-08>
- Øien, H., Iversen, T., Helgesen, M. K., & Schou, A. (2016). Fallforebygging i samhandlingsreformen. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(3), 177–188. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2016-03-04>

VEDLEGG 1: SPØRRESKJEMAET

Her følger oversikt over spørreskjemaet og skjermbilder som viser hvordan det framstod for respondentene. Alle spørsmål utenom fritekstspørsmålene var obligatoriske, slik at en ikke kunne gå videre til neste side før en hadde besvart alle spørsmålene.

Skjemaet startet med en presentasjon av kartleggingen.

 Høgskulen
på Vestlandet

Nasjonal kartlegging av kommunenes helsefremmende og forebyggende tiltak for hjemmeboende eldre

Denne kartleggingen handler om kommunenes helsefremmende og forebyggende tiltak for hjemmeboende eldre. Dette omfatter både tjenester/tilbud **rettet direkte mot hjemmeboende eldre** og **generelle tjenester/tilbud der hjemmeboende eldre er én av flere konkrete målgrupper**. Med *eldre* mener vi personer som er 65 år eller eldre.

Viktig: Når du svarer, inkluderer **både** tiltak (dvs. tjenester/tilbud) som

- tilbys direkte av kommunen (ev. i samarbeid med andre kommuner) og *tiltak som*
- tilbys av frivillige organisasjoner eller næringslivet, men der det foreligger et **fast/formelt samarbeid** med kommunen om tjenesten/tilbudet

Viktig spesielt for Oslo: Hvis du svarer på vegne av en bydel i Oslo, tolk ordet «kommune(n)» som «bydel(en)», jf. tidligere tilsendte instruksjoner.

Trykk **Neste** for å gå videre til spørsmålene.

FORRIGE NESTE

10%

Så ble en bedt om å opplyse om hvilke helsefremmende og forebyggende tjenester/tilbud kommunen hadde eller hadde planer om å få, og om disse ble tilbudt i samarbeid med frivillig sektor og/eller næringslivet.



Tjenester og tilbud

Vi ønsker først en oversikt over de **ikke-lovpålagte** helsefremmende og forebyggende tjenestene og tilbudene for hjemmeboende eldre i kommunen.

(Dette er det mest omfattende spørsmålet i undersøkelsen, og resten av spørsmålene er *betydelig kortere og raskere å svare på.*)

For hver tjeneste/tilbud, oppgi om kommunen har tjenesten/tilbudet i **dag**.

Hvis **ja**, kryss av på om tilbudet

- **1)** er rent kommunalt (tilbudt direkte av kommunen, eventuelt i samarbeid med andre kommuner, men **ikke** i samarbeid med frivillig sektor eller næringslivet / privat sektor)

eller blir tilbudt i **samarbeid med**

- **2)** frivillig sektor

og/eller

- **3)** næringslivet (privat sektor)

For alternativ **2** og **3** må det være et **fast/formelt samarbeid** med kommunen, men tilbudet kan være ledet/tilbudt enten av kommunen eller frivillig organisasjon / privat aktør. (Det er mulig å krysse av for både **2** og **3** samtidig.)

Hvis **nei**, kryss av på om kommunen

- **4)** har **konkrete planer** om å få tjenesten/tilbudet i løpet av **de neste tre årene**

eller

- **5)** ikke har slike planer

(Merk at innholdsmessig omtrent like tjenester/tilbud kan gå under mange ulike navn, og det er også litt overlapp mellom noen av tjenestene/tilbudene. Hvis du ikke forstår hva tjenesten/tilbudet vi refererer til, gå ut på, kan du svare **6)** Vet ikke.)



	1) Ja, bare rent kommunalt	2) Ja, samarbeid med frivillig sektor	3) Ja, samarbeid med næringslivet	4) Nei, men har planer om å få tilbudet	5) Nei, uten planer om å få tilbudet	6) Vet ikke
Frisklivssentral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helsestasjon for eldre/seniører	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forebyggende/helsefremmende hjemmebesøk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forebyggende informasjonsmøter (gruppebasert) om spesifikke tema og eksisterende tilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fallforebyggende kurs/trening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treningstilbud for styrke/balanse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelmessige trim-/turaktiviteter for eldre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kulturgrupper/-aktiviteter for eldre (eks. kor/sang, kunst, håndverk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veiledning/kurs i søvn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veiledning/kurs i ernæring/kosthold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veiledning/kurs i å slutte med tobakk/snus/rus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veiledning/kurs i psykisk helse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veiledning/informasjon om sansetap (eks. hørsel/syn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seniorsenter / sosiale møteplasser for eldre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besøksvenn/spisevenn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Digital opplæring / teknologistøtte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysisk informasjonssenter for eldre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Råd om (tilrettelegging av) bolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
«Vaktmester-tjenester» for eldre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rekruttering av eldre til frivillighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rekruttering av eldre til arbeid (småoppdrag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har kommunen **andre** slike **ikke-lovpålagte** tjenester/tilbud for hjemmeboende eldre enn dem som er nevnt ovenfor?

Oppgi i så fall disse her.

(Hvis ingen slike andre tjenester, la feltet stå tomt.)

Du trenger ikke oppgi velferdsteknologi eller utlån av hjelpemidler.

Har kommunen **konkrete planer** om **de neste tre årene** å få **andre** slike **ikke-lovpålagte** tjenester/tilbud for hjemmeboende eldre enn dem som er nevnt ovenfor?

Oppgi i så fall disse her.

(Hvis ingen slike andre tjenester, la feltet stå tomt.)

Du trenger ikke oppgi velferdsteknologi eller utlån av hjelpemidler.

Resten av spørreskjemaet handler om tjenestene/tilbudene du har oppgitt at kommunen **har i dag**.

FORRIGE

NESTE

 20%

Så fulgte noen spørsmål og organisering, samarbeid og knutepunkt for det helsefremmende og forebyggende arbeidet.



Organisering og samarbeid

Samarbeider kommunen med **andre kommuner** for å tilby én eller flere av tjenestene/tilbudene?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

Samarbeider kommunen **formelt** med **fastlegjetjeneren** om at fastlegene skal gi informasjon/veiledning/henvisning til potensielle brukere av (noen av) tjenestene/tilbudene?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

Har kommunen en **vedtatt plan eller strategi** for samarbeid med **frivillig sektor** om å tilby helsefremmende og forebyggende tjenester/tilbud?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

En *frivillighetskoordinator* er en **kommunalt ansatt** person som fungerer som **bindeledd** mellom kommunale tjenester og frivillige lag, organisasjoner og foreninger (og gjerne hjemmeboende eldre).

Har kommunen en frivillighetskoordinator?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

Har kommunen ett eller flere definerte **knutepunkt** for helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot eldre?

Med *knutepunkt* mener vi et tydelig kontaktpunkt (tjeneste, enhet eller arena) som samler, koordinerer og/eller styrker de helsefremmende og forebyggende tjenestene, og som innbyggere og samarbeidspartnere kan henvende seg til.

- Ja
- Nei
- Vet ikke

FORRIGE

NESTE

30%

De respondentene som svarte at kommunen hadde et knutepunkt, fikk videre spørsmål hvilke(n) enhet(er) som fungerte som knutepunkt.



Høgskulen
på Vestlandet

Hvilke(n) enhet(er)/funksjon(er) fungerer som knutepunkt?

(Kan krysse av for flere.)

- Frisklivssentral / friskliv og mestring
- Forebyggende hjemmebesøk (team/enhet)
- Helsestasjon for eldre
- Helsehus/mestringsarena
- Seniorsenter/aktivitetssenter
- Koordinerende enhet / tildelingskontor
- Innbyggertorg
- Annet (spesifiser):

FORRIGE

NESTE

40%

De respondentene som i første spørsmål hadde svart at kommunen gjennomførte forebyggende hjemmebesøk til de eldre, fikk nå noen oppfølgingsspørsmål om dette.



Om forebyggende hjemmebesøk

Du har svart at kommunen tilbyr forebyggende hjemmebesøk til eldre. Hvilke(n) **aldersgruppe(r)** er denne tjenesten **hovedsakelig** rettet mot? *(Kan krysse av for flere.)*

(Hvis kommunen tilbyr gjentatte hjemmebesøk til samme person, oppgi aldersgruppen for **første** hjemmebesøk.)

- 65–69 år
- 70–74 år
- 75–79 år
- 80 år og eldre
- Annet (spesifiser):
- Vet ikke

Utenom aldersgrupper, hvilke **bestemte (behovs)grupper** retter kommunen særskilt hjemmebesøkene mot? *(Kan krysse av for flere.)*

- (Ingen bestemte grupper utenom aldersgrupper)
- Personer nylig utskrevet fra sykehus
- Personer med nylig opplevd livskrise (eks. mistet ektefelle)
- Personer som er pårørende til kronisk syke
- Personer med innvandrerbakgrunn
- Personer som alt har pleie-/omsorgstjenester
- Personer som ikke alt har pleie-/omsorgstjenester
- Annen gruppe (spesifiser):
- Vet ikke

Forebyggende hjemmebesøk kan ha **flere ulike formål**, som vektlegges ulikt i ulike kommuner.

Hvor **viktig** vurderer du/dere som svarer, at de følgende **formålene** er med hjemmebesøkene som kommunen utfører?

(Kan eller ønsker du/dere ikke å svare, svar «Vet ikke».)

	Svært uviktig	Uviktig	Litt uviktig	Litt viktig	Viktig	Svært viktig	Vet ikke
Avdekke helse- og funksjonssvikt og hjelpebehov	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forebygge skader, ulykker og funksjonssvikt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gi helse råd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informere om tilgjengelige tjenester/ tilbud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha en mestrings-/ressursfokusert helsesamtale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rekruttere de eldre til frivillig innsats	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hvilken kompetanse har de ansatte som gjennomfører hjemmebesøkene?

(Kan krysse av for flere. Kjenner du ikke til kompetansen, svar «Vet ikke».)

- Sykepleier
- Vernepleier
- Ergoterapeut
- Fysioterapeut
- Hjelpepleier
- Hjemmehjelp
- Sosionom
- Lege
- Folkehelsekoordinator
- Tverrfaglig team
- Annen kompetanse (spesifiser):
- Vet ikke

Dette var alle spørsmålene om forebyggende hjemmebesøk.

Resten av spørreskjemaet handler om **alle** tjenester/tilbud rettet mot eldre som du har oppgitt at kommunen **har i dag**.

FORRIGE

NESTE

50%

Alle respondentene fikk nå spørsmål om hvordan kommunen kommer i kontakt med de eldre og om kilder til innsikt for «oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne».



Rekruttering

Hvilke av følgende metoder bruker kommunen for å **komme i kontakt med aktuelle brukere og informere** om de forebyggende og helsefremmende tjenestene for eldre?
(Kan krysse av for flere.)

- Informasjon via hjemmesykepleier/hjemmehjelp
- Informasjon gitt i egne hjemmebesøk
- Brev/brosjyrer i posten til de eldre
- Brev/brosjyrer elektronisk til de eldre
- Telefonisk kontakt med de eldre
- SMS-er til de eldre
- Informering via fastlege
- Informasjonsmøter (eks. temakvelder)
- Informasjonstavler/brosjyrer på bibliotek, kulturhus e.l.
- Egne «seniorsider» på kommunens hjemmeside
- Informasjon på sosiale medier
- Informasjon via frisklivssentral / helsestasjon for eldre
- Informasjon formidlet i frivillige organisasjoner/foreninger
- Informasjon formidlet i menigheter/trossamfunn
- Annonser/kunngjøringer i lokalavis(er)
- Annonser/kunngjøringer på lokalradio
- Annet (spesifiser):
- Vet ikke

Kilder til innsikt

Ifølge folkehelseloven § 5 skal kommunen ha «oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne».

Nedenfor er en liste over noen kilder som kan være aktuelle for å gi en slik oversikt/innsikt.

Hvor viktig vurderer du/dere som svarer, at **de ulike kildene til innsikt er** i kommunens arbeid med utforming/videreutvikling av **de helsefremmende og forebyggende tjenestene/tilbudene rettet mot eldre?** (Kan eller ønsker du/dere ikke å svare, svar «Vet ikke».)

	Svært uviktig	Uviktig	Litt uviktig	Litt viktig	Viktig	Svært viktig	Vet ikke
Folkehelseprofiler fra Helsedirektoratet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Statistikkbanken Folkehelsestatistikk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Statistikk/rapporter fra SSB	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Statistikk/rapporter fra fylkeskommunen/statsforvalteren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kunnskap/erfaring fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veiledere og annen informasjon fra Helsedirektoratet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bruker- eller pårørendeundersøkelser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

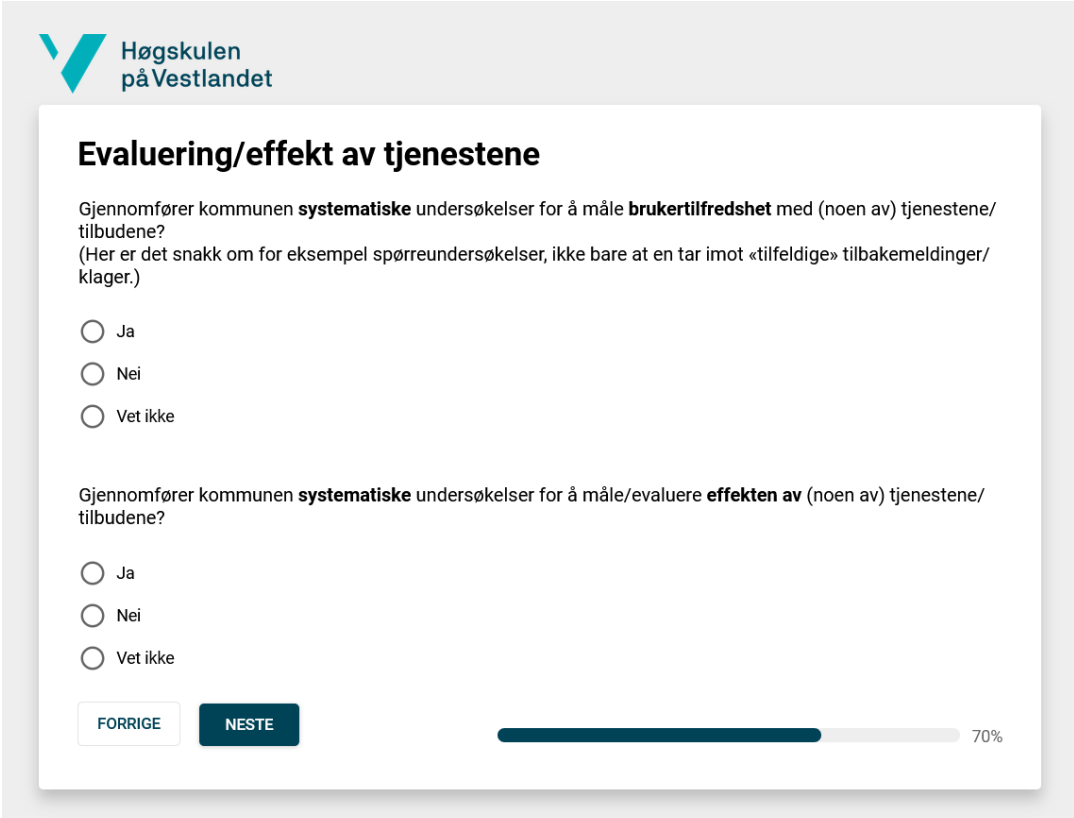
Hvilke eventuelle **andre viktige kilder** bruker kommunen til innsikt i arbeidet med helsefremmende og forebyggende tjenester? (Hvis ingen, la feltet stå tomt.)

FORRIGE

NESTE

60%

Så fulgte spørsmål om evaluering av brukertilfredshet og effekt av tjenestene/tilbudene.



Høgskulen på Vestlandet

Evaluering/effekt av tjenestene

Gjennomfører kommunen **systematiske** undersøkelser for å måle **brukertilfredshet** med (noen av) tjenestene/tilbudene?
(Her er det snakk om for eksempel spørreundersøkelser, ikke bare at en tar imot «tilfeldige» tilbakemeldinger/klager.)

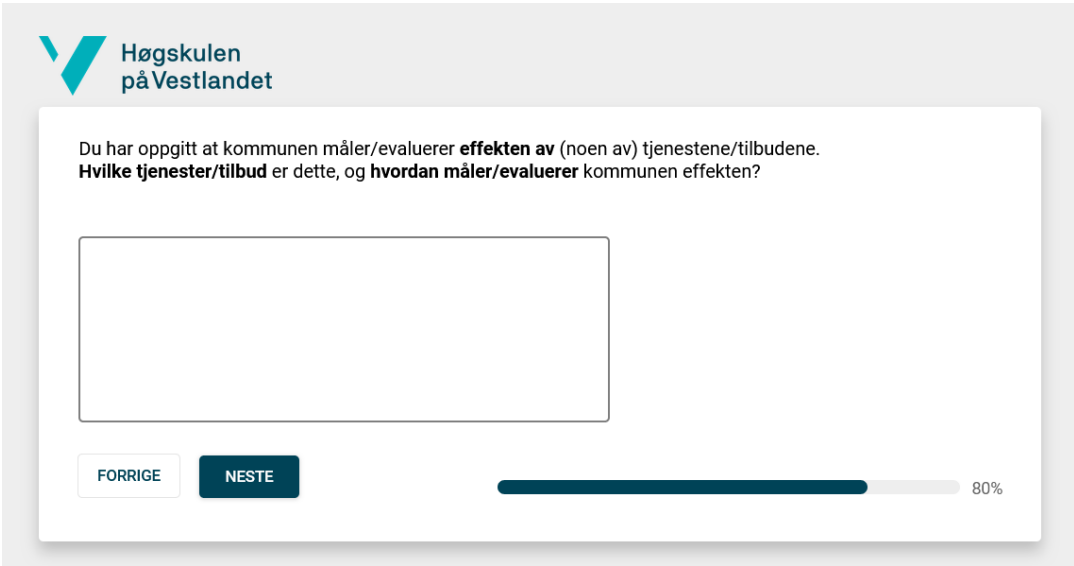
Ja
 Nei
 Vet ikke

Gjennomfører kommunen **systematiske** undersøkelser for å måle/evaluere **effekten av** (noen av) tjenestene/tilbudene?

Ja
 Nei
 Vet ikke

70%

De som svarte at det evaluerer effekten av (noen av) tjenestene/tilbudene, ble bedt om å oppgi hvordan de gjør dette.



Høgskulen på Vestlandet

Du har oppgitt at kommunen måler/evaluerer **effekten av** (noen av) tjenestene/tilbudene.
Hvilke tjenester/tilbud er dette, og **hvordan måler/evaluerer** kommunen effekten?

80%

Alle respondentene ble så bedt om å vurdere hvordan det samlede tilbudet av helsefremmende og forebyggende tiltak rettet mot eldre i kommunen bidrar til utjevning av sosiale helseforskjeller.

De ble også bedt om å oppgi om kommunen har et spesielt fokus på helsefremmende og forebyggende tiltak for visse grupper eldre.



Sosiale helseforskjeller

Ifølge folkehelseloven § 4 skal kommunen blant annet «bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller».

I hvilken grad mener du/dere som svarer, at kommunens **samlede tilbud** av helsefremmende/forebyggende tiltak rettet mot eldre bidrar til **utjevning av sosiale helseforskjeller blant eldre**?
(Kan eller ønsker du/dere ikke å svare, svar «Vet ikke».)



I svært liten grad



I liten grad



I noen grad



I stor grad



I svært stor grad



Vet ikke

Har kommunen et **spesielt fokus** på helsefremmende og forebyggende tiltak overfor de eldre som tilhører noen av følgende grupper?

	Ja	Nei	Vet ikke
Har etnisk minoritetsbakgrunn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er økonomisk vanskeligstilte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har psykiske helseproblemer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har rusproblemer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har somatiske helseproblemer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er ensomme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Oppgi eventuelle andre grupper eldre som kommunen har et **spesielt fokus** på når det gjelder helsefremmende og forebyggende tiltak:
(Hvis ingen, la feltet stå tomt.)

Hva gjør kommunen aktivt for å **legge til rette** for at de helsefremmende og forebyggende tjenestene skal **nå eldre** som tilhører **utsatte grupper** (for eksempel dem som er nevnt ovenfor)?
(Frivillig å svare på.)

FORRIGE

NESTE



Helt til slutt ble respondentene bedt om å oppgi type stilling de hadde. De kunne også kommentere spørreskjemaet eller oppgi annen informasjon som de ønsket å dele.



Til slutt

Hvilke(n) stilling(er) i kommunen har du/dere som svarer på denne spørreundersøkelsen?
(Kan krysse av for flere.)

(Stillingstitler varierer fra kommune til kommune. Velg den/de som **passer best**.)

- Leder for enhet for helse og omsorg e.l.
- Underordnet ansatt i enhet for helse e.l.
- Leder for helsefremmende/forebyggende tjenester (mestring)
- Underordnet ansatt for helsefremmende/forebyggende tjenester (mestring)
- Leder for hjemmetjenester / hjemmebasert omsorg
- Underordnet ansatt i hjemmetjenester / hjemmebasert omsorg
- Folkehelsekoordinator/-rådgiver
- Annet (spesifiser):

Har du kommentarer til spørreskjemaet eller annet du vil dele med oss?
(Frivillig å svare på.)

Enten du hadde eller ikke hadde kommentarer, trykk nå på **Avslutt** nedenfor for å sende inn skjemaet.

(Du kan komme tilbake og eventuelt redigere svarene dine senere ved å bruke lenken du fikk tilsendt.)

FORRIGE

AVSLUTT

100%



Senter for
omsorgsforskning

www.omsorgsforskning.no