



Ambisjoner og realiteter i kommunenes prioriteringer av helse- og omsorgstjenester – en casestudie fra tre norske kommuner

Ambitions and Realities in the Priorities of Health and Care Services in the Municipalities – A Case Study from Three Norwegian Municipalities

Oddvar Førland

Professor, Senter for omsorgsforskning, Høgskulen på Vestlandet

oddvar.forland@hvl.no

Olbjørg Skutle

Høgskulelektor, Institutt for velferd og deltaking, Høgskulen på Vestlandet

Olbjorg.Skutle@hvl.no

Herdis Alvsvåg

Professor, Fakultet for helsefag, VID vitenskapelige høyskole, Bergen

Herdis.Alvsvag@vid.no

Kari Margrete Hjelle

Førstelektor, Institutt for helse og funksjon, Høgskulen på Vestlandet

Kari.Margrete.Hjelle@hvl.no

Sammendrag

Bakgrunn: Begrensede ressurser i kommunenes helse- og omsorgssektor gjør prioriteringer nødvendig. Vi har undersøkt hvordan faglig ansatte og mellomledere i sektoren erfarer prioriteringene, og hvordan de håndterer konsekvensene av dem.

Metode: Fokusgruppeintervju med faglig ansatte og mellomledere i hjemmesykepleien, ergo- og fysioterapitjenesten/rehabiliteringstjenesten, sykehjem og tildelingskontor i en stor, mellomstor og liten kommune, til sammen 18 gruppeintervjuer med 53 deltakere. Intervjuene ble analysert gjennom en kvalitativ deskriptiv innholdsanalyse.

Funn: Informantene erfarte en tydelig ambisjon om å «snu tjenesteskuten» ved å prioritere forebyggende, rehabiliterende og tidlig innsats-tjenester og ved å styrke aktiverings- og mestringstilnæringer. En rekke følge- og prioriteringsdilemmaer oppsto i kjølvannet, knyttet til ressursknapphet, samtidighetskonflikter og brukeres manglende potensial for bedring.

Diskusjon og konklusjon: Statlige ambisjoner om økt «venstreforskyvning» av tjenestene på systemnivå og økt vekt på brukermestring på individnivå synes å være en etablert tenkning i kommunene. Det er imidlertid vanskelig å realisere ambisjonene, og faglig ansatte må selv håndtere følgedilemmaene, ofte uten støtte fra ledelsen. Kommuneambisjonene kan betraktes som et uttrykk for en investeringstenkning med vekt på bedringspotensialitet som prioriteringskriterium. Dette aktualiserer faglige og etiske debatter om vektleggingen av grunnleggende behov kontra potensialitet som kriterium i framtidens helse- og omsorgstjenester.

Nøkkelord

tjenesteprofil, prioriteringsprinsipper, tidlig innsats, potensialitet, investering, etikk

Abstract

Background: Limited resources in the municipalities' health and care sector make priorities necessary. We have examined how professional staff and mid-level managers in this sector experience the priorities and how they deal with their consequences.

Method: Focus group interviews were conducted with employees in home care nursing, occupational and physiotherapy services/rehabilitation services, nursing homes and allocation offices in a large, a medium, and a small municipality, a total of 18 group interviews with 53 participants. The interviews became the subject of a thematic content analysis.

Findings: The informants faced a distinct ambition to turn around the services, by prioritizing preventive, rehabilitative and early effort services and by strengthening mastery approaches. Several dilemmas of prioritization arose consequently regarding resource shortages, conflict about contemporaneity conflict and the lack of potentials for improvement among users.

Discussion and conclusion: Governmental ambitions for a «left shift» of the services at the system level and increased mastery at the individual level seem to amount to an established ideology in the municipalities. However, it is difficult to realise these ambitions, and employees must deal with the consequences, often without support from their leaders. Municipal ambitions can be regarded as an expression of an investment ideology with potentiality as a criterion of prioritisation. This raises professional and ethical debates regarding basic needs and the potentiality of improvement as criteria in the long-term care services of the future.

Keywords

service profiles, principles of prioritisation, early effort, potentiality, investment, ethics

Innledning

Prioriteringer i helse- og omsorgstjenestene

Prioritering dreier seg om å gi noe forrang framfor noe annet, slik også ordets etymologi antyder; fra latin «prior», som kan oversettes med «først av to» (NAOB, 2020). I en helse- og velferdstjenestesammenheng med knapphet på ressurser innebærer det beslutninger om rasjonering og fordeling av tjenester, for eksempel hvem som skal få hva, hvor mye og ofte, når og hvor.

Det er en grunnleggende utfordring i offentlig tjenesteyting at mulighetene og befolkningens etterspørsel ofte overstiger disponible rammer og ressurser. Man kan heller ikke i helse- og omsorgssektoren velge *om* det skal prioriteres, men derimot hvordan, og hvilke verdier, prinsipper og kriterier som skal ligge til grunn (Daniels, 2008).

Det er utviklet flere teoretiske perspektiver på fordelings- og prioriteringsbeslutninger, og vi skal her kort vise til terskelteori, prioritarianisme og kapabilitetstilnærmingen. *Terskelteori*, også omtalt som tilstrekkelighetsteoriene (engelsk sufficientarianism) vektlegger at prioriteringer bør føre til at flest mulig får nok av et gode (subjektivt vurdert), men ikke likt (objektivt fordelt) (Frankfurt, 2015). Dersom man opplever at man har nok, i betydningen «tilstrekkelig», for eksempel av velferd (Crisp, 2003; Huseby, 2010) eller av dekkede grunnleggende behov (Page, 2007), er det ifølge en slik forståelse ikke et problem at noen har mer enn andre av det aktuelle godet. *Prioritarianisme-teoriene* er beslektet, men legger vekt på at prioriteringsbeslutninger først og fremst bør komme dem til gode som i utgangspunktet er dårligst stilt eller har størst behov (Parfit, 1997). Den indiske økonomen Amartya Sen regnes som en opphavsmann til de såkalte *kapabilitetstilnærmingene*, der man er mer opptatt av innbyggernes faktiske muligheter for å realisere velferd, goder og preferanser enn av prinsipielle rettigheter. Det vil si politikk og prioriteringer som utvikler likhet i folks grunnleggende kapabiliteter («basic capability equality»), forstått som alles faktiske tilgang til, muligheter for og evne til å realisere grunnleggende funksjoner, verdier og goder (Sen, 1980, s. 217–220). Den amerikanske filosofen Martha Nussbaum har videreutviklet kapabilitetstilnærmingen ved å konkretisere et sett av slike grunnleggende og universelle kapabiliteter som bør sikres og være til stede for å kunne realisere et godt liv (Nussbaum, 2011).

Dette er brede perspektiver på hva som kan ligge til grunn for fordeling og rasjonering. I en kommune vil prioriteringsbeslutninger påvirkes av konkrete utslag av slike og andre overordnede perspektiver. Utslagene kan finnes igjen i nasjonale og lokale rammer og styringstiltak som i praksis fungerer som «prioriterende instanser». Eksempler på slike instanser er lover og forskrifter (juss), budsjetter og finansieringssystemer (økonomi), funksjons- og arbeidsdeling (organisasjon), rapporteringskrav og tilsyn (kontrollsystem) og kunnskapsstatus, veiledere og retningslinjer (fag). Bærøe (2018) peker på at det i et prioriteringsperspektiv ofte er konflikter og spenninger mellom slike rammer og styringstiltak.

På et overordnet samfunnsnivå er prioriteringer uttrykk for politiske beslutninger, mens det på individnivå realiseres gjennom «bakkebyråkratenes» skjønnsvurderinger, jf. Lipsky (2010). Ubel og Goold (1998) poengterer at prioritering som rasjonering prinsipielt medfører at noen personer får en ikke-optimal behandling eller tjeneste grunnet mangel på ressurser (som tid, penger og ekspertise). Prioritering og tildeling av tjenester aktualiserer derfor grunnleggende spørsmål om fordeling av goder, rettferdighet og etikk.

For helsesektoren har det i Norge siden slutten av 1980-tallet, gjennom en rekke offentlige utvalg og arbeidsgrupper, vært utredet og foreslått hvilke prinsipper og kriterier som bør være gjeldende prioriteringer (Lønning I-utvalget (1987), Lønning II-utvalget (1997), Grundutvalget (1997), Norheimutvalget (2014) og Magnussengruppen (2015), se blant annet Helse- og omsorgsdepartementet, 2014; Sosial- og helsedepartementet, 1987, 1997).

På bakgrunn av disse utredningene har Stortinget gitt sin tilslutning til tre hovedkriterier for prioritering i helsetjenesten: nyttekriteriet, ressurskriteriet og alvorlighetskriteriet. Nyttekriteriet innebærer at et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket. Alvorlighetskriteriet betyr at et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden. Ressurskriteriet innebærer at et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 12–15).

Senere har det regjeringsoppnevnte Blankholm-utvalget foreslått at disse tre kriteriene også skal være gjeldende for prioriteringer i helse- og omsorgstjenestene i kommunene, men at de bør suppleres, slik at de fanger opp tiltakets innvirkning på fysisk, psykisk og sosial *mestring* (NOU 2018: 16, 2018). Utvalget mener videre at samfunnet, uavhengig av kostnad, må dekke et «minstenivå» av befolkningens «grunnleggende behov», men uten å være konkret om hva grunnleggende behov inneholder. Her påpeker de at det er «betydelig rom for skjønn i vurderingen av når kravet til forsvarlighet og kommunens ansvar for å dekke grunnleggende behov er oppfylt» (NOU 2018: 16, 2018, s. 106).

I forlengelsen av utredningen la regjeringen i 2021 fram en ny stortingsmelding der de støtter Blankholm-utvalgets vurdering om at de samme tre kriteriene bør ligge til grunn for prioriteringene, enten det er sykehustjenester eller helse- og omsorgstjenester i kommunene det dreier seg om (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Men heller ikke i den nye stortingsmeldingen konkretiseres de grunnleggende behovene som skal prioriteres, utover å knytte dem til det generelle rettslige forsvarlighetskravet, det vil si kravet om at kommuner plikter å yte nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

Myndighetsambisjoner om venstreforskyvning av tjenestetilbudet

En rekke stortingsmeldinger og statlige reformer det siste tiåret har tatt til orde for en omprioritering og vridning av tjenestetilbudet og ressursbruken mot mer forebygging og såkalt «tidlig innsats» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, 2013, 2015a, 2015b, 2015c, 2018). Begrunnelsen for dette er ønsket om å styrke folkehelsen, egenmestring og å gjøre brukerne og den generelle befolkningen mindre avhengig av offentlige tjenester og ytelser i framtiden. Det vises til at demografisk utvikling med økende antall og

andel eldre sett i forhold til yrkesaktive og reduserte offentlige (olje)inntekter vil true samfunnets økonomiske bæreevne dersom ikke den forebyggende strategien intensiveres og lykkes.

Ambisjonen om å vri tjenestene mot «lavest effektive omsorgsnivå» (Sosialdepartementet, 1974, s. 53), «venstreforskyvning» av tjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 50) og mot mer forebygging og tidlig innsats er ingen helt ny politikk. Internasjonalt har dette helt siden 1980-tallet vært et faglig ideal og en myndighetsambisjon i mange land, jf. Ottawa-charteret fra Verdens helseorganisasjon lansert i 1986 (Green et al., 2019; WHO, 1986). Denne ambisjonen er forsterket og tydeliggjort i nyere norske helse- og omsorgsplaner. I regjeringens plan for omsorgsfeltet *Omsorg 2020* understrekes behovet for en faglig omstilling i tjenestene med «sterkere vektlegging av mestring, rehabilitering, forebygging, tidlig innsats, aktivering ...» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015c, s. 6). Stortingsmeldingen *Fremtidens primærhelsetjeneste* poengterer at «det er en god investering å komme tidlig inn med tverrfaglige rehabiliteringsressurser, i stedet for å gi mer og mer kompenserende bistand og pleie etter hvert som funksjonsevnen reduseres» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b, s. 108). I begge dokumentene holdes tjenestene hverdagsrehabilitering, som nå er innført i et flertall av norske kommuner, fram som en av flere nye satsinger for å realisere en slik venstreforskyvning og omprioritering av ressursene.

I denne artikkelen anvender vi uttrykket «venstreforskyvning» som et analytisk begrep. Det er et illustrerende billedlig uttrykk for endringer i en rom- og tidsakse, der helsefremmende, forebyggende og tidlig innsats-tiltak ligger til venstre og tidlig i tiltaks- og tjenesteforløpene, mens behandling og omsorgstjenester ligger til høyre og sent i forløpet. Uttrykket kan både knyttes til et folkehelseperspektiv (vridning mot og prioritering av tiltak som fremmer helse i befolkningen) og til et tjenesteperspektiv (vridning mot og prioritering av forebyggende, rehabiliterende og tidlig innsats-tjenester).

Studiens problemstilling

Forfatterne av denne artikkelen har publisert fire artikler om innføring av hverdagsrehabilitering om i Norge (Hjelle et al., 2016a, 2016b, 2017, 2018). I denne nye studien har vi ønsket å studere dette i et bredere prioriteringsperspektiv i kommunene. Med utgangspunkt i tre kommuner som har innført hverdagsrehabilitering, har vi undersøkt hvordan faglig ansatte og mellomledere vurderer sin kommunenes prioriteringer innenfor helse- og omsorgsfeltet, og hvordan de erfarer og håndterer konsekvensene av disse prioriteringene.

Metode

Studiedesign, datainnsamling og utvalg: Denne studien hadde en eksplorerende tilnærming fordi det forelå lite spesifikk forskning om problemstillingen knyttet til de valgte personellgruppene. Vi gjennomførte fokusgruppeintervjuer, da slike grupper er egnet til å gi forskeren innsikt i et egenartet tema gjennom deltakernes utveksling og diskusjoner (Krueger & Casey, 2015). Vi gjennomførte i 2018 fokusgruppeintervjuer i tre kommuner og innhentet supplerende data om disse kommunenes tjenesteprofiler fra Statistisk sentralbyrå¹.

1. Statistisk sentralbyrå, Statistikkbanken, Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester: <https://www.ssb.no/statbank/list/pleie>

Intervjuene er gjennomført med fagansatte og mellomledere. De tre casekommunene er en storbykommune (kommune A), en mellomstor kommune (kommune B) og en liten kommune med store geografiske avstander (kommune C). Disse kommunene ble valgt som et strategisk utvalg for å representere en viss variasjon og bredde i type kommuner. Alle kommunene innførte hverdagsrehabilitering som en del av hjemmetjenesten mellom 2012 og 2015.

Vi utviklet en semistrukturert intervjuguide og gjennomførte seks fokusgruppeintervjuer i hver av kommunene. Samlet utgjør dette 18 gruppeintervjuer med 53 deltakere. Gruppene som ble intervjuet, bestod av sykepleiere, helsefagarbeidere, fysioterapeuter, ergoterapeuter og vernepleiere fra 1) hjemmesykepleie, 2) rehabiliteringstjenesten (ergo- og fysioterapitjenesten), 3) korttidsavdelinger på sykehjem, 4) tildelingskontoret og 5) gruppene 1–4 samlet. I tillegg intervjuet vi i hver kommune lederne for disse fire kommunale delvirksomhetene, det vil si kommunale mellomledere under helse- og omsorgssjefsnivået. Innledningsvis ble prioritering innen helse- og omsorgstjenestene i kommunen introdusert som det å satse på noen tjenester framfor andre. Deltakerne ble bedt om å reflektere over og vurdere hvilke kommunale tjenester og brukergrupper som blir prioritert opp og ned i sin egen kommune og hvilke konsekvenser dette har for tjenesteytingen. Alle fire forskerne deltok i datainnsamlingen, og alle de 18 gruppeintervjuene ble transkribert i sin helhet.

Analyse: Vi gjennomførte en kvalitativ deskriptiv innholdsanalyse av materialet basert på Kvale og Brinkmann (2009) og Sandelowski (2000). Den transkriberte teksten ble først lest i sin helhet av alle forskerne for å få et overordnet inntrykk. Hver forsker noterte deretter ned sine hovedinntrykk, og disse ble delt og diskutert i to møter. Deretter ble tekst som tydelig handlet om kommunens tjenesteprofil, dreininger i tjenesteprofil, prioriteringer og konsekvenser av prioriteringer merket og samlet i ett dokument. Disse tekstene ble gjenstand for ny lesning, merking og koding for å identifisere mønstre, likheter og forskjeller både innad i og på tvers av de 18 gruppene. Forskergruppen drøftet disse tekstene i nye møter og diskuterte seg fram til analytiske hovedkategorier med tilhørende temabeskrivelser som uttrykk for vår tolkning av tekstenes meningsinnhold.

Forskningsetikk: Forskerne henvendte seg til de tre kommunene med skriftlig informasjon om prosjektet og spørsmål om å delta med informanter. Alle kommunene samtykket, og hver kommune oppnevnte en kontaktperson som rekrutterte informanter til prosjektet i henhold til inklusjonskriteriene (tjenestested, yrkesgrupper, stillingstype, stillingsprosent og tid i stilling). Informantene fikk tilsendt skriftlig informasjon om prosjektet med spørsmål om å delta og signerte sitt skriftlige samtykke. Studien er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31 og ble i 2018 meldt inn til Norsk senter for forskningsdata (NSD). NSD gav tillatelse til datainnsamling med behandling av personopplysninger (referanse-nummer 59529).

Funn

Data fra Statistisk sentralbyrå om de tre kommunenes tjenesteprofiler viser at den mellomstore kommunen (B) hadde en betydelig høyere andel eldre som fikk hjemmetjenester og betydelig færre som fikk sykehjemsplass, sammenlignet med både kommune A, C og gjennomsnittet i Norge. Denne kommunen kan karakteriseres som en utpreget «hjemmetjenestekommune», mens kommune A og C i norsk målestokk har et velutbygget sykehjemtilbud og i større grad kan karakteriseres som «sykehjemkommuner». På den annen side brukte den mellomstore kommunen betydelig mer penger per institusjonsplass sammenlignet med

de to andre og med landsgjennomsnittet. De har altså få plasser, men bruker mer ressurser per plass. Kommune A og B innførte hverdagsrehabilitering i 2015 og kommune C i 2012. Alle de tre kommunene har organisert saksbehandling og tjenestetildeling i egne tildelingskontor.

Basert på intervjuene fra de 18 fokusgruppene ble følgende hoved- og underkategorier analysert fram:

1. Venstreforskyvningsambisjoner (på systemnivå)
2. Aktiverings- og mestringsambisjoner (på individnivå)
3. Følgedilemmaer av venstreforskyvnings- og aktiveringsambisjonene
 - a Tilførte ressurser står ikke i forhold til tilførte oppgaver.
 - b Veiledning, aktivering og opptrening er mer tidkrevende enn å overta oppgaver for brukerne.
 - c Mer forebyggende, rehabiliterende og tidlig innsats-tjenester skal utføres *samtidig* med at de som er avhengige av daglig bistand eller akutte tiltak, må ivaretas.
 - d Tjenestene kommer for sent inn.
 - e Proaktive tiltak blir prioritert til dem med bedringspotensial, ikke til dem uten.

Venstreforskyvningsambisjoner

Både de faglig ansatte og mellomlederne erfarte at pasienter skrives tidligere ut fra sykehuse-ene enn det som var vanlig for få år siden. De som får hjemmetjenester, ble generelt ansett å være sykere og skrøpeligere, hvilket medførte behov for mer personellressurser og medisinsk kompetanse. Informantene støttet intensjonen om å tilrettelegge for at også personer med betydelige funksjonsnedsettelse skal få bo i sitt eget hjem så lenge de selv ønsker det med nødvendige omsorgstjenester.

I tillegg til den vertikale forskyvningen av oppgaver fra spesialist- til kommunehelsetjenesten som følge av samhandlingsreformen uttrykte informantene at det foregår en parallell *prioriteringsambisjon* om en horisontal venstreforskyvning av ressursinnsatsen internt i kommunene: fra kompenserende og ressurskrevende pleie og omsorg til mer forebygging, tidlig innsats og rehabilitering. Mellomlederne i kommunene gav uttrykk for at dette er en tydelig forventning formidlet fra øverste faglige ledernivå, som en helt nødvendig dreining for at kommunen skal være økonomisk bærekraftig i framtiden. Lederen for rehabiliteringstjenesten i en av kommunene uttrykte det slik:

«Vi i rehabiliteringstjenesten har fått beskjed om at vi skal ha en venstreforskyvning av våre tjenester, sånn at vi skal gå mer på forebygging og mindre på behandling, ikke sant ... Vi er jo pålagt å drive forebyggende arbeid, det er et pålegg ovenfra, så det er ikke noe vi bare kan prioritere vekk» (mellomleder i kommune A).

Økt vekt på velferdsteknologi og hverdagsrehabilitering var to konkrete uttrykk for forskyvningen mot venstre i tjenesteforløpene. Mens alle kommunene hadde hatt en flerårig satsing på hverdagsrehabilitering, var satsingen på velferdsteknologi ulik. I kommune A hadde de i flere år hatt en omfattende utlevering av trygghetsalarmer med utvidete funksjoner knyttet til varsling, lokalisering og sensorer samt kompensasjonsbasert teknologi, for eksempel knyttet til medikamentstøtte.

«Vi skal jo ha spesielt vekt på både hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi, det er jo veldig inn i tiden» (ansatt fra tildelingskontoret i kommune A).

Faglig ansatte opplevde at det ble prioritert ressurser til kompetanseheving på disse områdene, i motsetning til hva som var tilfellet på andre fagområder. Særlig mellomlederne var opptatt av mulighetene de så i økt bruk av velferdsteknologi.

«Vi jobber mot å snu tankegangen til de ansatte. Jobbe litt annerledes og smartere. Nå er velferdsteknologi kommet inn» (mellomleder i kommune C).

Aktiverings- og mestringsambisjoner

Mens venstreforskyvningsambisjonen handler om tjeneste- og systemnivå, dreier aktiverings- og mestringsambisjonen seg om møtet mellom de ansatte og brukerne på individnivå. Både de faglig ansatte og mellomlederne var tydelig i sin støtte til en forsterket ambisjon om å aktivere brukerne. Mellomlederne var tydelig på at dette er en ambisjon som bør gjennomsyre alle helse- og omsorgstjenester. Uttrykk som «å arbeide med hendene på ryggen» ble brukt for å vise betydningen av å trene og veilede brukerne i stedet for å «overta» grunnleggende oppgaver og funksjoner. Dette er en tilnærming de mente var i samsvar med og delvis påvirket av tenkningen innen hverdagsrehabilitering. Integrasjonen av denne tenkningen i tjenestene framsto tydeligst i den minste kommunen (kommune C) og mindre tydelig i den største (kommune A).

«Vi er flinke til å se brukerne sine sider, at vi ikke overhjelper dem. At de må gjøre ting selv. Av og til så må vi være litt strenge med dem også, og si at dette må du klare selv, liksom. 'Arbeid med hendene på ryggen', som de sier. Brukeren får mestringsfølelse og begynner å gjøre ting selv. Så ser en at de trives bedre også, enn at vi skal inn og hjelpe, ofte med ting som de greier selv» (ansatt i hjemmesykepleien i kommune C).

Følgedilemmaer i kjølvannet av venstreforskyvnings- og aktiveringsambisjonene

Informantene uttrykte i hovedsak forståelse for både den vertikale oppgavedreiningen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten og den horisontale aktiverings- og venstreforskyvningsambisjonen i kommunen. Like fullt ble gruppesamtalene preget av en rekke opplevde utfordringer og dilemmaer i kjølvannet av disse endringene:

a) Tilførte ressurser står ikke i forhold til tilførte oppgaver

Et sentralt tema var opplevelsen av at nye oppgaver ikke er etterfulgt av et tilstrekkelig nivå av ressurser. Dette gjelder både nye oppgaver som følge av den vertikale dreiningen mellom helsetjenestenivåene og nye oppgaver knyttet til den interne horisontale venstreforskyvningen. Når det gjelder den vertikale endringen, ble særlig økt ressursbehov for personell og kompetanse trukket fram:

«Etter denne nye reformen om at de skal hjem fortest mulig fra sykehuset og ivaretas hjemme, så har vi ikke fått økt bemanning eller spesiell videreutdanning. Det er ikke noe fokus på å få opp kompetansen i forhold til hvor syke de vi får hjem er» (ansatt i hjemmesykepleien i kommune C).

Unntaket her var den økte satsingen på velferdsteknologi. Men heller ikke prioriteringen av velferdsteknologi framsto uten dilemmaer. Spesielt pekte informantene på ressurskre-

vende oppfølging av de teknologiske løsningene, omfattende bruker- og ansattveiledning og mange utløste alarmer.

b) Veiledning, aktivering og opptrening er mer tidkrevende enn å overta oppgaver for brukerne. Informantene opplevde dreiningen mot mer forebygging, tidlig innsats og aktivering som krevende å gjennomføre innenfor arbeidets tidsramme.

«Det er mye fortere for oss å bare ta den vasken om morgenen enn å la dem få tid til å gjøre det selv, ... Så det er litt med ressurser og tid. Jeg tror det er mange som kunne klart å ta morgenstellet selv, hadde vi hatt tid til det. Men det er tidsbesparende å bare ta den vasken for dem» (ansatt i hjemmesykepleien i kommune B).

Dette tidspresset ble sammenlignet med arbeidssituasjonen for dem som arbeider i hverdagsrehabiliteringsteamene. Det var en klar oppfatning at disse teamene har langt bedre tid og rammebetingelser for å realisere ambisjonen om aktivering, hverdagsmestring og målrettet rehabilitering enn de tradisjonelle hjemmetjenestene.

c) Mer av forebyggende, rehabiliterende og tidlig innsats-tjenester skal utføres samtidig med at de som er avhengige av daglig bistand eller akutte tiltak, må ivaretas. Informantene pekte på flere samtidighetskonflikter knyttet til det å snu ressursbruken i kommunene. De trakk fram som et betydelig dilemma at man skal bruke mer tid på forebygging og tidlig innsats, *samtidig* som man skal gi nødvendige tjenester til alle dem som er avhengig av daglig bistand eller akutte tiltak, og som ikke kan vente. Dette er utfordrende å få til uten å få tilført ekstraressurser.

«Nå skulle vi egentlig ha kjørt to løp ... Vi har jo den driften som vi har drevet med, og så er det å greie å snu det, ikke sant. Og da må en kanskje putte inn litt ekstra akkurat i den omsnuingen» (mellomleder i kommune C).

En faglig ansatt fra rehabiliteringstjenesten brukte uttrykket «en elv som kommer inn til oss» som en metafor for å beskrive de kontinuerlige behovene som må dekkes først, og som derfor vanskeliggjør en samtidig dreining mot forebygging og gjenopptrening:

«Vi må snu skuten, og det ...» (intervjuer bryter inn: «gjør dere det?»), «vi forsøker, men det er jo et kunstverk å få til dette når tilgangen på pasienter som har behov for hjelpemidler og behandling er like stor eller økende. Og så skal man snu! Hva skal vi gjøre? For problemet er at vi ikke får noen signaler om hvilke pasienter vi *ikke* skal ta. Altså, vi har en elv som kommer inn til oss, og i tillegg til denne elven så skal vi gjøre mer at den forebyggende biten» (ansatt i rehabiliteringstjenesten i kommune C).

Det var de faglig ansatte som sterkest uttrykte at de står i en stri «elv» av daglige og akutte behov. De overlates til selv å prioritere ettersom det sjelden blir sagt fra lederhold hvem som skal få mindre når noen får mer og når ressursbruken skal dreies til venstre i tjenesteforløpet. De faglig ansatte var tydelig på at det er den kompenserende bistanden overfor de sykeste og dem med akutte behov som blir prioritert i slike samtidighetskonflikter. Uttrykk som «nødvendig hjelp», «brannslukning» og «førstehjelp» ble brukt om denne daglige driften. Dermed ble den offisielle aktiverings- og venstreforskyvningsambisjonen som de fikk høre om fra leder- og myndighetshold, vanskelig å forene med realitetene i deres arbeidssituasjon.

Mellomlederne var også velkjent med dette dilemmaet, men holdt likevel i større grad fram nødvendigheten av å dreie tjenestene og ressursinnsatsen mot venstre. Like fullt uttrykte også de frustrasjon over avstanden mellom overordnede ambisjoner og muligheter for realisering:

«Ja, altså i oppdragsnotater som vi får fra overordnet leder, har det i hvert fall i to år stått veldig tydelig at man skal drive med en venstreforskyvning, og man skal ha økt satsing eller dreining mot den forebyggende biten. Det er på en måte det som står der. Men ressursene er ikke der, det står ikke hva mer skal man gjøre og hva skal man legge bort?» (mellomleder fra kommune A).

d) Tjenestene kommer for sent inn

Et annet forhold som vanskeliggjorde ambisjonen om forebygging og tidlig innsats, var at tjenestene vanligvis ikke kommer i kontakt med målgruppene i befolkningen før bistandsbehovet faktisk er til stede og man søker om konkret hjelp. Da kan behovet være så stort allerede at både forebygging og gjenopptrening blir vanskelig å realisere.

«Det er veldig få som kommer til oss uten å ha et konkret pleiebehov, veldig få ... Så det er vanskelig å forvente å kunne rehabilitere en veldig skrøpelig pasient på tre til fire uker, det er egentlig ikke gjennomførbart. ... Vi kommer inn altfor sent. ... Eller falleringen har på en måte begynt før dette lårhalsbruddet. ... Ja, det er det jeg mener med at vi kommer for sent til å forebygge ytterligere funksjonstap, vi klarer ikke å stoppe det før de trenger omfattende hjelp» (leder kommune A).

e) Proaktive tiltak blir prioritert til dem med bedringspotensial, ikke til dem uten

Et annet prioriteringsdilemma som ble trukket fram var fordelingen av fysioterapi- og ergoterapiressursene internt på sykehjemmene. Disse ble nesten utelukkende gitt til pasientene på korttids- og rehabiliteringsavdelingene, mens beboerne på langtidsavdelingene ikke fikk ta del i dem, til tross for at det ble påpekt at det ville bidratt til økt livskvalitet og vedlikehold av grunnleggende funksjoner for de fastboende. I kommune B hadde man dessuten fjernet aktivitørstillinger på avdelingene for langtidsbeboere. Det var et generelt inntrykk at brukere med potensial for bedring og rehabilitering blir prioritert framfor dem som ikke har det samme potensialet, både på sykehjemmene og i hjemmetjenestene. Det er illustrert her med et utsagn fra en ansatt på et tildelingskontor:

«Er det ikke en prioritering av tidlig intervensjon og rehabilitering? De med potensial. Der er det faglige fokuset, mens det i den høyeste delen av omsorgstrappen, for langtidspasientene som ikke har et potensial, ikke er *det* fokuset. ... Det har ikke vært fokus på livskvaliteten her, og det er et tankekors, tenker jeg. ... Hvis det skal settes inn en aktivitør på disse avdelingene, så betyr det økt livskvalitet for beboerne, og det ønsker vi gjerne at de skal ha. Men på en annen side vil de da kanskje leve lenger, og du får ikke den rulleringen på plassene, så da blir det en samfunnsøkonomisk utfordring. Altså, det kan være veldig vanskelig å finne den balansegangen, synes jeg» (ansatt på tildelingskontoret i kommune B).

Diskusjon

Både ansatte og mellomledere i casekommunene framhevet en ambisjon om å «snu tjenestekuten» ved å prioritere opp forebyggende, rehabiliterende og tidlig innsats-tjenester på systemnivå. På individnivå var det en uttalt ambisjon om å legge større vekt på aktivering og

brukermestring gjennom veiledning og ved å arbeide mer med «hendene på ryggen» framfor å «overta» oppgaver og funksjoner. Dette vil vi her utdype, nyansere og diskutere.

Forskjeller mellom informantgruppene

Begge disse ambisjonene synes altså å være rimelig godt integrert i alle kommunene og i de ulike deltjenestene vi hentet våre data fra. Dog så vi noen forskjeller. Ambisjonene var aller tydeligst blant mellomlederne, selv om de faglig ansatte også var vel kjent med dem. Mellomledere kan generelt ha større lojalitet mot kommuneledelsen og offisiell politikk enn faglig ansatte, hvilket kan forklare deres uforbeholdne støtte til ambisjonene. På sine kontorer er de trolig mindre eksponert for prioriteringsdilemmaene og samtidighetskonfliktene som de faglige førstelinjearbeiderne står i. Da er det lettere å holde oppe prinsipielle ambisjoner om venstredreining av tjenestene og omprioritering av ressurser. Prioriteringsdilemmaene delegeres i stedet nedover i systemet til de faglige ansatte, jf. studien til Vike et al. (2002) fra Makt- og demokratiutredningen og Lipskys (2010) klassiske beskrivelse av «bakkebyråkratens» kjernefunksjon knyttet til skjønnsutøvelse i fordeling av tjenester.

Blant de faglig ansatte synes myndighetsambisjonene å være mest uttalt i ergo- og fysioterapitjenesten og på tildelingskontorene og noe svakere blant de ansatte i hjemmesykepleien og på sykehjem. En forklaring kan være at ergo- og fysioterapitjenesten arbeider mer med tilrettelegging og gjenopptrening og ofte tidligere i tjenesteforløpet enn hjemmesykepleien og sykehjemmene, som i større grad arbeider med kompenserende omsorgstjenester. For de ansatte på tildelingskontorene kan deres tydelige støtte til prioriteringsambisjonene delforklares med at deres kjernefunksjon er knyttet til tildeling av tjenester, og at de derigjennom har en styrende rolle overfor hjemmesykepleien som utførere (Kassah & Tønnessen, 2016; Øydgard, 2018). I dette arbeidet står de nær kommunens helse- og omsorgsledelse ved langt på vei å effektivere deres politikk i sine vurderinger av brukerbehov sett i forhold til ressurser og tjenestekapasitet.

Forskjeller mellom kommunene

Vi så også noen forskjeller mellom kommunene. Av våre casekommuner var det i den minste kommunen at aktiverings- og mestringstenkningen syntes å være mest integrert, mens tenkningen syntes å være svakere integrert i den store kommunen. En mulig forklaring er at «små skuter er lettere å snu enn store». Avstanden mellom ansatte og ledelse er generelt kortere i små kommuner, og endringsprosesser kan være lettere å få til. I den minste kommunen hadde hverdagsrehabilitering vært lengt i drift, hvilket kan være en annen forklaring. Trening, aktivering og brukermestring er nemlig sentrale komponenter i hverdagsrehabilitering (Førland & Skumsnes, 2016; Metzeltin et al., 2020). I tillegg var hverdagsrehabiliteringen i den minste kommunen integrert med den øvrige hjemmetjenesten i motsetning til i bykommunen, der den var organisert i en spesialistmodell, jf. ulike modeller for hverdagsrehabilitering redegjort for i Langeland et al. (2016).

Har det virkelig foregått en venstreforskyvning, eller er det mest retorikk?

Selv om funnene våre beskriver noen forskjeller mellom informantgruppene og kommunene, anser vi det som et hovedfunn at prioriteringsambisjonene både på system- og individnivå synes å være rimelig godt integrert i alle kommunene og i de ulike deltjenestene i utvalget. Slik sett ser det ut til at statlige ambisjoner om en dreining av tjenestene mot venstre i tjenesteforløpet, mot større vekt på individuell aktivering og mestring, er blitt en del av den ideologiske tenkningen i disse kommunene, til forskjell fra hva Steihaug et al. (2016) fant i sin studie med data Oslo i 2010–2011.

Men verken ambisjoner eller tenkning er det samme som praksis. Finner vi disse ambisjonene *realisert* på utøvende tjenestenivå? Studier med tidsseriedata fra Statistisk sentralbyrå viser at andeler av eldre over 67 år som får omsorgstjenester, gradvis har gått ned helt siden tidlig på 1990-tallet. Dette gjelder i særlig grad bruk av sykehjem, der terskelen for å få plass er hevet (Borgan, 2013, s. 50–51), men også for hjemmetjenester. For hjemmetjenester er nedgangen særlig tydelig for hjemmehjelp (praktisk hjelp i hjemmet), mens andelen eldre med hjemmesykepleie / helsetjenester i hjemmet har holdt seg mer stabil (Borgan, 2013, s. 53–54). Nedgangen i sykehjemstilbudet nasjonalt er en indikasjon på en reell tjenestereining mot venstre, og man kunne da forvente at dette ble kompensert av økt prioritering av hjemmetjenester, hvilket vi ikke ser når det gjelder dekningsgrader og brukerrater. Det er kun for hjemmesykepleie blant de aller eldste (dem over 90 år) at vi ser svakt økte dekningsgrader nasjonalt (Borgan, 2013). Like fullt har de tre kommunene i vårt utvalg gjort noen grep som ikke fanges opp av slike registerdata, og som tyder på en viss venstreforskyvning internt i hjemmetjenestene. Den tydeligste indikasjonen på dette er implementeringen av hverdagsrehabilitering etter 2012. Vår studie har imidlertid ikke empiri som kan vise hvorvidt de ansatte i delvirksomhetene faktisk arbeider mer med «hendene på ryggen», og at brukeraktivering og brukermestring faktisk er mer praktisert nå, eller om dette primært handler om retorisk formulerte ambisjoner. Retorikk, prioriteringer og praksis henger imidlertid over tid ofte sammen (Haldar et al., 2020), og vi kan derfor kanskje forvente økt realisering av de uttalte ambisjonene i årene som kommer.

Hvorfor er venstreforskyvning så vanskelig å realisere?

Det kan være flere grunner til at ambisjonene like fullt er utfordrende å virkeliggjøre. Ansatte i casekommunene erfarte at de etter samhandlingsreformen må følge opp stadig sykere pasienter som ikke er ferdigbehandlet når de skrives ut fra sykehusene, og at det ikke har foregått en tilsvarende opptrapping av kompetanse og ressurser for å realisere dette. Lignende utfordringer er tidligere vist både i andre norske studier (Bing-Jonsson et al., 2015; Dale et al., 2015; Fjørtoft et al., 2020; Gautun & Syse, 2017) og i Riksrevisjonens undersøkelser (Riksrevisjonen, 2016, 2018).

Nødland og Rommetvedt (2019) påpeker på sin side på at mens samhandlingsreformen innførte visse økonomiske virkemidler relatert til kommunenes oppfølging av utskrivningsklare pasienter (det vil si betaling for utskrivningsklare pasienter som blir liggende på sykehus i påvente av et kommunalt tilbud), har reformen i liten grad virkemidler som har stimulert dreining mot forebygging og tidlig innsats-tiltak. Dermed har det blitt opp til den enkelte kommune å prioritere denne type tjenester innenfor ordinære rammer. Dette er en vanskelig prioritering ettersom kostnadene til slike tiltak kommer *før* eventuelle besparelser på lengre sikt. Det oppleves som utfordrende å prioritere en styrking av forebyggende, rehabiliterende og tidlig innsats-tjenester *samtidig* med at den daglige omsorgen for dem som er avhengig av langvarige kompenserende hjelpetiltak og akutt hjelp, skal ivaretas. Uttrykk som «brannslukning», «førstehjelp», «vi har en elv som kommer inn til oss» og «nå skulle vi egentlig ha kjørt to løp» illustrerer dilemmaet. Hjemmesykepleiernes påpekning av et stort tidspress og at det er mer tidkrevende å gi veiledning, aktivering og opptrening enn å overta oppgaver og funksjoner for brukerne, illustrerer dilemmaet.

Kun hverdagsrehabiliteringsteamene synes å være rigget for slik virksomhet, mens hjemmetjenestene for øvrig må prioritere der det «brenner». Til tross for at nesten alle applauderer ambisjonene, lar tenkningen seg vanskelig gjennomføre innenfor de ordinære store tjenestene, som i hjemmesykepleien. Ambisjoner og realiteter er i utakt. Spørsmålet er om det i en overgangsfase trengs sterkere statlige virkemidler eller øremerkede ressurser til

forebygging og tidlig innsats-tjenester hvis man skal klare å realisere ambisjonene lokalt (Førland et al., 2020, s. 117).

Venstreforskyvning, grunnleggende behov og potensialitet i et investeringsperspektiv

Kommunenes ambisjon om å venstreforskyve innsatsen og ressursbruken fra langvarige kompensierende tjenester til forebyggende og rehabiliterende tjenester (tidlig innsats) er forståelig både i et investerings- og folkehelseperspektiv. Like fullt utfordrer dreiningen åpnebare prioriteringsdilemmaer fordi det, i hvert fall på kort sikt, vanskelig lar seg gjøre å prioritere tilbud til venstre i forløpene uten at tilbudene til høyre blir svekket. Blankholm-utvalget mente i sin utredning at det går et fundamentalt skille mellom på den ene side tjenester som søker å forebygge og behandle sykdom, og på den annen side tjenester som har som sitt primære formål å ivareta innbyggernes grunnleggende behov. Som referert i innledningsdelen mente utvalget at samfunnet, uavhengig av kostnad, må prioritere tjenester som sikrer et «minstenivå» av «grunnleggende behov» (NOU 2018: 16, 2018, s. 106). Det ligger i uttrykkene «minstenivå» og «grunnleggende» at dette må dreie seg om fundamentale forutsetninger for liv og helse, som *tilstrekkelig* mat og drikke, hygiene, bevegelse, frisk luft og relasjoner, foruten grunnleggende helsetjenester ved sykdom og skrøpeligheit.

Dette aktualiserer etter vår oppfatning nevnte teorier om fordeling og prioritering av goder og velferd, som det å sikre «tilstrekkelighet» til en viss «terskel», (Crisp, 2003; Frankfurt, 2015; Huseby, 2010; Page, 2007) og prioritarianisme-teori knyttet til det å gi prioritet til dem med størst behov (Parfit, 1997). Videre aktualiseres kapabilitetsteorier knyttet til offentlig sektors bidrag for å sikre nødvendige «kapabiliteter» og muligheter til alle for å realisere grunnleggende funksjoner og gode liv (Nussbaum, 2011; Sen, 1980). Personer med omfattende og langvarige omsorgsbehov vil ikke ha mulighet til å realisere dette uten kompensierende hjelp.

Våre funn kan tyde på at fysioterapi- og ergoterapi, rehabilitering og aktiverende tiltak blir prioritert til dem med bedringspotensiale, mens langtidssyke uten slikt potensial ikke blir prioritert for vedlikeholdstrening, selv om ansatte påpekte at de ville hatt nytte av slik trening, og selv om forskningsoppsummeringer viser det samme (Chou et al., 2012; Valenzuela, 2012).

Det er etter vår oppfatning på sin plass å stille spørsmål om venstreforskyvningens ambisjoner er uttrykk for en økende investeringstankegang i de kommunale helse- og omsorgstjenester; det vil si at tjenester og brukergrupper som gir «avkastning» i form av økt egenmestring og selvhjelpenhet og dermed også besparelser på kommunebudsjettet, lettere blir prioritert enn tjenester og grupper uten slik potensialitet. I den offentlige prioriteringsdiskursen i Norge har nyttekriteriet lenge vært framtrødende. *Hva* som er «nyttig» innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og *for hvem*, bør diskuteres i lys av slike funn.

Dette er ikke nye debatter. Allerede på 1980-tallet introduserte Kari Wærness (1982, s. 33) og Kari Martinsen (1989, s. 78) uttrykkene «vekstomsorg» (omsorg der man kan forvente avkastning i form av større selvhjelpenhet), «vedlikeholdsomsorg» (omsorg rettet mot personer man ikke kan forvente slik bedring) og «tilbakegangsomsorg» (omsorg rettet mot personer som opplever uhelbredelig sykdom, for eksempel i livets slutfase). Herdis Alvsvåg (1981, s. 100–103) introduserte de to polemiske uttrykkene «resultatsikker sykepleie» (sykepleie til de som kan bli friske fra sin sykdom) og «resultatløs sykepleie» (sykepleie rettet til de som ikke kan bli friske, selvhjelpne og uavhengige av hjelp, men som vil forbli sterkt hjelpetregende). De advarte mot å prioritere vekstomsorg / resultatsikker sykepleie framfor vedlikeholdsomsorg, tilbakegangsomsorg og «resultatløs» sykepleie. Gjennom myndighetenes uttalte ambisjoner om aktiv aldring, egenmestring og venstreforskyvning av tjenestene bør

denne debatten på nytt aktualiseres. Spørsmålet er om pasienter med redusert bedringspotensial også vil bli prioritert, eller om de kompenserende omsorgstjenestene blir redusert. Det siste kan medføre «økt rullering av plassene», som det ble formulert i et våre intervju. Tjenestenes menneskesyn settes da på spill. Forholdet mellom enkeltpersoners bedringspotensial og «nytte for hvem» bør på nytt diskuteres i et etisk perspektiv.

Studiens styrke og begrensning

I fokusgrupper kan det oppstå en viss gruppekonformitet som vanskeliggjør avvikende synspunkter å komme fram. Både ambisjonen om venstreforskyvning av tjenestene og brukermestring er i tråd med offisiell norsk myndighets- og kommunepolitikk, og det kan tenkes at reelle motstemmer mot denne ville kommet sterkere fram hvis vi hadde gjort individuelle intervjuer. Det kan også tenkes at kritiske stemmer mot disse ambisjonene ikke ønsket å delta, og dermed ikke var blant informantene. For å stimulere til mest mulig åpenhet valgte vi å samle grupper som arbeider innenfor samme type virksomhet. I fellesintervjuene på tvers av virksomhetene valgte vi av samme grunn å ikke inkludere mellomlederne. Studien bygger på ansatteerfaringer fra tre kommuner, og det er ikke usannsynlig at et større utvalg kunne gitt andre funn.

Konklusjon

Denne studien viser at myndighetenes ambisjoner om økt venstreforskyvning på systemnivå og økt brukermestring på individnivå er vel etablert i de tre casekommunene. I kjølvannet av disse prioriteringene oppstår en rekke følgedilemmaer som de faglig ansatte nærmest brukerne må håndtere, ofte uten støtte fra ledelsen. Dilemmaene er knyttet til en presset ressursituasjon, samtidighetskonflikter mellom forebygging / tidlig innsats og måppgaver i daglig drift, og til ansattes vurderinger av brukernes potensialitet for bedring. Dette gjør det vanskelig å gjennomføre venstreforskyvningsambisjonene i praksis, og det er et åpent spørsmål om de så langt er mer retorikk enn realitet. Ambisjonene, enten de primært er retorikk, realitet eller begge deler, er etter vår vurdering uttrykk for en investeringstenkning i kommunene med vekt på potensialitet som et sentralt utøvende prioriteringskriterium. Det kan være en reell fare for at en slik form for nyttetenkning kan stå i motsetning til kriteriet «alvorlighet», forstått som grunnleggende behov. Dette aktualiserer fortsatte debatter om hvilke prioriteringskriterier som bør legges til grunn i helse- og omsorgstjenestene i kommunene, og til etiske debatter om hvilke pasientgrupper som blir tapere i en helse- og omsorgstjeneste der potensialitet blir et sterkere prioriteringskriterium.

Referanser

- Alvsvåg, H. (1981). *Har sykepleien en framtid? En kritikk av den teoretiske sykepleien*. Universitetsforlaget.
- Bing-Jonsson, P. C., Foss, C. & Bjørk, I. T. (2015). The competence gap in community care: Imbalance between expected and actual nursing staff competence. *Nordic Journal of Nursing Research*, 36(1), 27–37. <https://doi.org/10.1177/0107408315601814>
- Borgan, J.-K.. (2013). 50 år med offentlig eldreomsorg. I J. Ramm (Red.), *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester* (s. 49–54). Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/125965?ts=13f8b5b6898>

- Bærøe, K. (2018). Styringstiltak og rettferdighet i helse- og omsorgstjenesten: samspill og spenninger. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(2), 114–116. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-02-06>
- Chou, C.-H., Hwang, C.-L. & Wu, Y.-T. (2012). Effect of Exercise on Physical Function, Daily Living Activities, and Quality of Life in the Frail Older Adults: A Meta-Analysis. *Arch Phys Med Rehabil*, 93(2), 237–244. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.08.042>
- Crisp, R. (2003). Equality, Priority, and Compassion. *Ethics*, 113(4), 745–763. <https://doi.org/10.1086/373954>
- Dale, B., Folkestad, B., Førland, O., Hellesø, R., Moe, A. & Sogstad, M. (2015). Er tjenestene fortsatt «på strekk»? Om utviklingstrekk i helse- og omsorgstjenestene i kommunene fra 2003 til 2015. *Senter for omsorgsforskning Rapportserie*, (10). <http://hdl.handle.net/11250/2375414>
- Daniels, N. (2008). *Just health: meeting health needs fairly*. Cambridge University Press.
- Fjørtoft, A.-K., Oksholm, T., Førland, O., Delmar, C. & Alvsvåg, H. (2020). Balancing contradictory requirements in homecare nursing—A discourse analysis. *Nursing Open*. <https://doi.org/10.1002/nop2.473>
- Frankfurt, H. G. (2015). *On inequality*. Princeton University Press.
- Førland, O., Ambugo, E. A., Døhl, Ø., Folkestad, B., Rostad, H. M. & Sundsbø, A. O. (2020). *Variasjon i kvalitet i omsorgstjenestene. Et forskningsprosjekt som måler, kartlegger og analyserer variasjon i kvalitet i omsorgstjenester mellom kommuner og mellom offentlige og private tjenesteytere*. I Senter for omsorgsforskning rapportserie nr. 1-2020. <https://hdl.handle.net/11250/2658156>
- Førland, O. & Skumsnes, R. (2016). *Hverdagsrehabilitering. En oppsummering av kunnskap* (s. 76). Omsorgsbiblioteket. Senter for omsorgsforskning. <http://hdl.handle.net/11250/2412233>
- Gautun, H. & Syse, A. (2017). Earlier hospital discharge: a challenge for Norwegian municipalities. *Nordic Journal of Social Research*, 8. <https://doi.org/10.7577/njsr.2204>
- Green, J., Tones, K., Cross, R. & Woodall, J. (2019). *Health promotion : planning and strategies* (4th edition Jackie Green, Ruth Cross, James Woodall, Keith Tones. utg.). Sage.
- Haldar, M., Ødemark, J. & Engebretsen, E. (2020). Helseprioriteringer i endring. *Nytt Norsk Tidsskrift*, 37(3), 225–237. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3053-2020-03-04>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Meld. St. 29 (2012–2013). Morgendagens omsorg*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten* (vol. NOU 2014: 12). Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015a). *Folkehelsemeldingen: mestring og muligheter*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015b). *Meld. St. 26 (2014–2015). Fremtidens primærhelsetjeneste: nærhet og helhet*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015c). *Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020*. https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2fbc9cb7/omsorg_2020.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste — Melding om prioritering. Meld. St. 34 (2015–2016)*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021). *Meld. St. 38 (2020–2021) Nytte, ressurs og alvorlighet. Prioritering i helse- og omsorgstjenesten*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/85eb048de42342e4b789913cb8b1b218/no/pdfs/stm202020210038000dddpdfs.pdf>
- Hjelle, K. M., Tuntland, H., Førland, O., & Alvsvåg, H. (2016a). Driving forces for home-based reablement; a qualitative study of older adults' experiences. *Health & Social Care in the Community*. <http://dx.doi.org/10.1111/hsc.12324>
- Hjelle, K. M., Skutle, O., Førland, O., & Alvsvåg, H. (2016b). The reablement team's voice: a qualitative study of how an integrated multidisciplinary team experiences participation in reablement. *J Multidiscip Healthc*, 9. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S115588>
- Hjelle, K. M., Alvsvåg, H., & Førland, O. (2017). The relatives' voice: how do relatives experience participation in reablement? A qualitative study. *J Multidiscip Healthc*, 10, 1-11. <https://doi.org/10.2147/jmdh.s122385>
- Hjelle, K. M., Skutle, O., Alvsvåg, H., & Førland, O. (2018). Reablement teams' roles: a qualitative study of interdisciplinary teams' experiences. *J Multidiscip Healthc*, 11, 305. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S160480>
- Huseby, R. (2010). Sufficiency: Restated and Defended. *Journal of Political Philosophy*, 18(2), 178–197. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9760.2009.00338.x>
- Kassah, B. L. L. & Tønnessen, S. (2016). Samhandling i kommunale helse- og omsorgstjenester – en studie av hjemmesykepleieres erfaringer. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(4), 342–358. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2016-04-04>
- Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2015). *Focus groups: a practical guide for applied research*. Sage.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Interviews: learning the craft of qualitative research interviewing* (2. utg.). Sage.
- Langeland, E., Førland, O., Aas, E., Birkeland, A., Folkestad, B., Kjekken, I., ... Tuntland, H. (2016). *Modeller for hverdagsrehabilitering – en følgeevaluering i norske kommuner. Effekter for brukerne og gevinster for kommunene*. Senter for omsorgsforskning. <http://hdl.handle.net/11250/2389813>
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy : dilemmas of the individual in public services (30th anniversary expanded ed.)*. Russell Sage Foundation.
- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays*. TANO.
- Metzelthin, S. F., Rostgaard, T., Parsons, M. & Burton, E. (2020). Development of an internationally accepted definition of reablement: a Delphi study. *Ageing & Society*. <https://doi.org/10.1017/S0144686X20000999>
- NAOB. (2020). *Det Norske Akademis ordbok*. <https://www.naob.no/>
- NOU 2018: 16. (2018). *Det viktigste først: prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/9d3cc31cbdb14f7b8a7b11a58c3f6ef8/nou-2018-16-det-viktigste-forst.pdf>
- Nussbaum, M. C. (2011). *Creating capabilities: The human development approach*. Harvard University Press.
- Nødland, S. I. & Rommetvedt, H. (2019). Samhandlingsreformen i helsevesenet: Statlige insentiver og kommunale virkninger. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 60(2), 166–188. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-291X-2019-02-03>
- Page, E. A. (2007). Justice Between Generations: Investigating a Sufficentarian Approach. *Journal of Global Ethics*, 3(1), 3–20. <https://doi.org/10.1080/17449620600991960>

- Parfit, D. (1997). Equality and Priority. *Ratio*, 10(3), 202–221. <https://doi.org/10.1111/1467-9329.00041>
- Riksrevisjonen. (2016). *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*. Dokument 3:5 (2015–2016). Oslo.
- Riksrevisjonen. (2018). *Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen*. Dokument 3:5 (2018–2019). Oslo.
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health*, 23(4), 334–340. [https://doi.org/10.1002/1098-240x\(200008\)23:4<334::Aid-nur9>3.0.Co;2-g](https://doi.org/10.1002/1098-240x(200008)23:4<334::Aid-nur9>3.0.Co;2-g)
- Sen, A. (1980). Equality of what? *The Tanner lecture on human values*, 1, 197–220. <http://people.brandeis.edu/~teuber/Sen,%20Equality%20of%20What.pdf>
- Sosial- og helsedepartementet. (1987). *Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste* (vol. NOU 1987: 23). Oslo.
- Sosial- og helsedepartementet. (1997). *Prioritering på ny: gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste* (vol. NOU 1997: 18). Oslo.
- Sosialdepartementet. (1974). *St.meld. nr. 9 (1974–75) Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen*. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1974-75&paid=3&wid=b&psid=DIVL117&pgid=b_0061
- Steihaug, S., Lippestad, J.-W. & Werner, A. (2016). Between ideals and reality in home-based rehabilitation. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 34(1), 46–54. <https://doi.org/10.3109/02813432.2015.1132888>
- Ubel, P. A. & Goold, S. (1998). ‘Rationing’ Health Care: Not All Definitions Are Created Equal. *Archives of Internal Medicine*, 158(3), 209–214. <https://doi.org/10.1001/archinte.158.3.209>
- Valenzuela, T. (2012). Efficacy of Progressive Resistance Training Interventions in Older Adults in Nursing Homes: A Systematic Review. *Journal of American Medical Directors Association*, 13(5), 418–428. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2011.11.001>
- Vike, H., Bakken, R., Brinchmann, A., Haukelien, H. & Kroken, R. (2002). *Maktens samvittighet: om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Gyldendal akademisk.
- WHO. (1986). *Ottawa Charter for health promotion*. WHO.
- Wærness, K. (1982). *Kvinneperspektiver på sosialpolitikken*. Universitetsforlaget.
- Øydgard, G. (2018). Individuelle behovsvurderinger eller standardiserte tjenestetilbud? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(01), 27–39. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-01-04>