

# Dagaktivitetstilbud i kommunen

For personer med demens og personer med utviklingshemming

---

Rapport

**PUBLIKASJONSNUMMER: IS-2885**



# Innhold

Forord	4
Sammendrag	5
<b>1. Innledning</b>	<b>6</b>
1.1 Bakgrunn for rapporten	7
1.2 Hva er kommunale dagaktivitetstilbud?	7
1.3 Avgrensninger	9
1.4 Rapportens oppbygging	9
<b>2. Metode</b>	<b>10</b>
2.1 Hva skal undersøkes og hvordan	11
2.2 Datagrunnlag	11
2.3 Forbehold ved tolkning av resultater	13
<b>3. Brukere av dagaktivitetstilbud</b>	<b>14</b>
3.1 Dagaktivitetstilbud generelt	15
3.2 Kommunenes tilbud	16
3.3 Utvikling i ventetid	16
3.4 Andre tjenester	17
3.5 Oppsummering	19
<b>4. Dagaktivitetstilbudet for personer med demens</b>	<b>21</b>
4.1 Dagaktivitet og demensplan 2020	22
4.2 Tilgjengelig og rettferdig fordelt?	24
4.3 Mulige årsaker til variasjon i dekningsgrad mellom kommunene	25
4.4 Analyse av variasjon i dagaktivitetstilbud til hjemmeboende med demens	30
4.5 Oppsummering	33
<b>5. Dagaktivitetstilbudet for personer med utviklingshemming</b>	<b>34</b>
5.1 Dagaktivitetstilbud som aktiv omsorg og selvbestemmelse	35
5.2 Tilgjengelig og rettferdig fordelt?	36
5.3 Mulige årsaker til variasjon	37
5.4 Analyse av variasjon i dagaktivitet til hjemmeboende med utviklingshemming	43
5.5 Oppsummering	44

<b>Litteraturliste</b>	<b>46</b>
<b>Vedlegg</b>	<b>50</b>
Datakvalitet	50

# Forord

Helsedirektoratet ønsker å bidra til et bedre kunnskapsgrunnlag for helse- og omsorgssektoren. Kunnskapsløftet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er en av fem hovedprioriteringer i forsknings- og innovasjonsstrategien for helse- og omsorgssektoren, HelseOmsorg21.

Temaet for denne rapporten er kommunens dagaktivitetstilbud for personer med utviklingshemming og personer med demens. Helsedirektoratet håper at rapporten kan være til nytte og informasjon for kommuner, helsemyndigheter og andre som har interesse for kommunale helse- og omsorgstjenester og variasjon i tjenestetilbudet.

# Sammendrag

Denne rapporten undersøker dagaktivitetstilbudet for personer med demens og personer med utviklingshemming. Målet er å se om dagaktivitetstilbudene er tilgjengelige og rettferdig fordelt, og hva som kan forklare eventuelle forskjeller mellom kommuner. Dagaktivitetstilbudet til personer med demens har økt det siste året, mens tilbudet til personer med utviklingshemming har holdt seg stabilt.

## **Størst økning i andelen som får dagaktivitetstilbud blant personer med demens**

Dagaktivitetstilbudet i kommunene er på vei oppover innenfor området demens. Fra 2017 til 2018 er andelen med vedtak økt ett prosentpoeng til 29 prosent. Antallet kommuner med tilbud har økt, fra 308 i 2014 til 354 i 2018. Andelen med vedtak om støttekontakt er lav (12 prosent) men antallet øker.

For personer med utviklingshemming er andelen med vedtak ligget stabilt på 33 prosent fra 2017. I 2016 var det 317 kommuner som rapporterte at de hadde dagaktivitetstilbud for personer med utviklingshemming. Andelen med støttekontakt for gruppen er høy (45 prosent), og uendret fra 2017. Det er flere personer med utviklingshemming som er registrert med helt eller delvis udekkede behov for arbeid, utdanning eller fritidsaktivitet, noe som kan tyde på at ivaretagelsen av gruppens behov for meningsfylt aktivitet fortsatt kan forbedres.

## **Kommunal variasjon**

Stadig flere kommuner har etablert dagaktivitetstilbud. Samtidig viser rapporten at det er store kommunale forskjeller i dagaktivitetstilbud for personer med demens og utviklingshemming. Med tanke på hva som ligger bak ulikhetene, kan det virke som befolkningsstørrelse, sentralitet, prioritering av utgifter og alternative tilbud spiller inn. Små og lite sentrale kommuner har langt oftere lav dekningsgrad for dagaktivitetstilbud enn større, mer sentrale kommuner. Analysen indikerer også ulik organisering av tjenester til demente ved at lav andel personer med dagaktivitetstilbud til dels samvarierer med høyere registrert bruk av dagopphold i institusjon.

## **Datakvalitet og registreringspraksis**

Kommuner der antallet hjemmeboende med diagnose eller antall med vedtak er under 5, blir av personvern hensyn prikket i datasettet. Dette gjelder ofte en stor andel av kommunene, og spesielt små kommuner, noe som utgjør et problem når funnene skal generaliseres.

I mange kommuner er dagaktivitetstilbudet for personer med demens lokalisert i samme bygg som sykehjem. Dette kan føre til at vedtak om dagaktivitetstilbud i mange tilfeller blir registrert som vedtak om dagopphold, fordi dagopphold er noe man har på sykehjem. Antallet med reelt tilbud om dagaktivitet kan i enkelte kommuner være høyere enn tallene rapportert inn til KPR. Resultatene i denne rapporten er gyldig i den grad vedtakene er riktig registrert i KPR.

# 1. Innledning

## **1.1 Bakgrunn for rapporten**

Denne rapporten har som mål å undersøke tilgang på dagaktivitet for personer med demens og personer med psykisk utviklingshemming over 18 år, hvordan tilbudet er fordelt og hva som kan forklare forskjeller mellom fylker og kommuner. Tilbudene blir vurdert ut fra om de er *tilgjengelige og rettferdig fordelt*, en kvalitetsdimensjon innenfor rammeverket for nasjonalt kvalitetsindikatorsystem<sup>1(s9)</sup>.

Å bo hjemme så lenge som mulig, og å være del av sitt lokalsamfunn er noe de fleste ønsker. Dette forutsetter en meningsfylt hverdag for personer med demens eller utviklingshemming, og god avlastning for de nærmeste pårørende. Å leve meningsfulle liv på tross av alvorlig sykdom eller lidelser har vært et mål i omsorg 2020<sup>2(s27)</sup>. Dagaktivitetstilbud utgjør et av tiltakene som kan bringe meningsfylt aktivitet inn i menneskers liv, samtidig som pårørende får avlastning.

Dagaktivitetssenter tilbyr aktivisering, mestring og forebygging som er sentralt i å motvirke for tidlig eller unødig institusjonsinnleggelse, og er en del av kommunenes sørge-for ansvar. I tillegg har det en lavere samfunnsøkonomisk kostnad enn heldøgnsopphold på institusjon. Demografiske endringer med en aldrende befolkning og samtidig flere yngre med behov for omsorgstjenester fører til et stort press på de kommunale helsetjenestene. Mangel på helsepersonell kombinert med økning i behovet for omsorgstjenester forutsetter gode tjenester som tillater brukere å bo hjemme lenger.

Styrking av demensomsorgen har vært et fokusområde fra Demensplan 2015 kom, og er videreført i Demensplan 2020. Som en del av denne satsningen ble det derfor fra 1. januar 2020 lovpålagt at alle kommuner skal ha et dagaktivitetstilbud for personer med demens. Fra Omsorgsplan 2015 trådte i kraft i 2008<sup>3</sup> har mestring, aktivisering, og meningsfylte liv for dem med alvorlig sykdom og lidelse, samt større grad av selvbestemmelse for pasienter og pårørende vært prioriterte målsettinger.

Tilbudet for personer med utviklingshemming er ikke lovpålagt, men retten til meningsfull tilværelse ligger i helse- og omsorgstjenestelovens formålsparagraf. Retten er også vedtatt i Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne<sup>i</sup> spesielt i artikkel 26 om retten til habilitering og rehabilitering, og artikkel 27 om retten til arbeid og sysselsetting<sup>4</sup>. Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene §3<sup>23</sup>, viser at kommunens ansvar også omfatter tjenester som skal dekke den enkeltes behov for aktivitet<sup>6</sup>. Helse- og omsorgstjenesteloven §1-1<sup>38</sup> viser at kommunen har ansvar for at innbyggerne får muligheten til å ha et aktivt liv, delta i samfunnet og tillate mennesker utnytte sitt menneskelige potensiale så fullt ut som mulig<sup>5(s17)</sup>. Tilbud om dagaktiviteter er derfor også en del av det kommunale omsorgstjenestetilbudet<sup>6</sup>.

## **1.2 Hva er kommunale dagaktivitetstilbud?**

Dagaktivitetstilbud er en tjeneste som rettes mot hjemmeboende med behov for aktivisering, tilsyn og omsorg for å kunne bli boende hjemme lenger. Dagaktivitetstilbud bør inneholde aktiv omsorg med meningsfylte aktiviteter som er rettet inn mot deltakernes interesser og evner, som deltakerne mestrer. For personer med demens kan dagaktivitet innebære oppfølging av ernæring, personlig pleie og fungere som avlastning for pårørende<sup>7</sup>. For personer med utviklingshemming er dagaktivitetstilbudet ment å

---

<sup>i</sup> Ratifisert av Norge i 2013

skulle opprettholde en aktiv hverdag som oppleves som meningsfull og lystbetont for den enkelte, og som bygger opp under den enkeltes funksjonsnivå<sup>8</sup>.

### **Ulike brukergrupper**

Dagaktivitet kan tilbys til ulike målgrupper med behov for aktivisering, omsorg og oppfølging. Blant annet personer med psykiske lidelser, personer med rusproblemer, personer med fysiske begrensninger, personer med demens, og med utviklingshemming<sup>9</sup>.

Et dagaktivitetstilbud kan rette seg mot ulike målgrupper i samme lokale – på samme, eller forskjellig tidspunkt<sup>9(s24)</sup>. Det er altså ikke uvanlig at tilbudet rettes mot flere målgrupper, og at gruppene blandes. I 2016 fant Statistisk sentralbyrå at litt under halvparten av tilbudene hadde to eller flere målgrupper. De fleste tilbud retter seg i hovedsak mot personer med demens eller med utviklingshemming, og disse gruppene er i minst grad kombinert med andre. For utviklingshemming hadde 54,5 prosent av virksomhetene med vedtak om dagaktivitetstilbud kun disse som målgruppe. Det var 31,8 prosent av virksomhetene som kun hadde tilbud utelukkende rettet mot personer med demens<sup>9(s24–28)</sup>.

### **Demens**

Demens er en fellesbetegnelse på ikke-smittsomme, organiske sykdommer i hjernen som har det til felles at de går utover evnen til å fungere i dagliglivet; evnen til å huske eller gjennomføre sammensatte oppgaver, evnen til å uttrykke seg språklig, til å tenke logisk, eller orientere seg i rom kan bli kraftig redusert utover i sykdomsforløpet. Demens er i de fleste tilfeller progredierende – det vil si at sykdommen forverres over tid, og fører til økende grad av funksjonssvikt<sup>10</sup>. For å best kunne ivareta denne voksende gruppen og deres behov, vil regjeringen fra 1. januar 2020 lovfeste at alle kommuner skal ha et dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens.

### **Utviklingshemming**

Utviklingshemming er en diagnose i det medisinske kodeverket ICD-10<sup>13</sup>, som gis til personer som har en medfødt- eller tidlig har fått en kognitiv svikt som innebærer svekkelse av blant annet kognitive og språklige ferdigheter, so kan gjøre dagliglivet utfordrende. Årsaken til utviklingshemmingen kan inntreffe både før- under- og etter fødsel, og utviklingshemming regnes som en livslang tilstand<sup>14</sup>. For å møte kriteriene for utviklingshemming i ICD-10 må man gjennom tester kunne avdekke en IQ på under 70, og tilstanden må ha oppstått før fylte 18 år. I tillegg til IQ-tester undersøkes også andre ferdigheter, slik som språk, evne til egenomsorg, sosial kompetanse og motoriske ferdigheter. Definisjonen i ICD-10 viser utviklingshemming som en samlebetegnelse for flere tilstander som har det til felles at de innebærer kognitive funksjonsnedsettelse<sup>13</sup>. Det betyr at personer med utviklingshemming kan ha veldig ulike utfordringer, og derfor behøver ulike tilbud og former for tilrettelegging<sup>14</sup>.

### **Aktiv omsorg og bruker- og pårørende- orientering**

Aktiv omsorg med vekt på kultur, sosiale forhold og inkludering, var en langsiktig strategi i omsorgsplan 2015. Dette er videreført i Omsorg 2020, der fokuset har vært på aktiv omsorgs rolle i å forebygge forverret helsetilstand og funksjonsevne, og utsette institusjonsinnleggelse<sup>2(s25)</sup>. Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene § 3<sup>23</sup>, viser at kommunens ansvar også omfatter tjenester som skal dekke den enkeltes behov for aktivitet<sup>6</sup>. I Stortingsmelding 29 (2012-2013)<sup>18</sup> uttrykkes det et behov for bedre ivaretagelse av pårørende med stort omsorgsansvar. Med økte omsorgsbehov i årene som kommer, og



en forventet knapphet i fagutdannet og frivillig personell, er det viktig å legge til rette for at pårørende skal kunne og yte omsorg uten å måtte forlate arbeidet<sup>2(s16)</sup>.

Aktiv omsorg er altså en viktig satsing, både for personer med demens og med utviklingshemming. Å ha et tilbud om meningsfylt aktivitet på dagtid oppleves som positivt og kan bidra til høyere livskvalitet. Dagaktivitet er et tilbud som kan hjelpe kommunen å oppfylle sitt ansvar om å tilby aktiv omsorg for begge disse brukergruppene samtidig som brukernes behov og ønsker blir ivaretatt. I tillegg kan dagaktivitet gi god avlastning for de nærmeste pårørende, og slik bidra til bedre pårørendeorientering i årene som kommer.

### **1.3 Avgrensninger**

Dagaktivitet har stor variasjon i innhold og omfang – innad og mellom kommuner, og kan derfor fort forveksles med andre kommunale omsorgstjenester. Spesielt uklar er forskjellen mellom "dagopphold" på institusjon og "dagaktivisering"<sup>9(s9)</sup>. Dagopphold innebærer som oftest behandling og stell, mens dagaktivitet handler om aktivisering og sosiale samvær. Likevel er det ikke alltid et entydig skille, og enkelte tilbud kan ha elementer fra både dagopphold og dagaktivitet<sup>9</sup>. Dagaktivitet kan ofte også fungere som avlastning for pårørende. Likevel er dagaktivitet noe mer enn ren avlastning, og skal inneholde meningsfull aktivitet utover tilsyn og omsorg fra helsepersonell eller frivillige<sup>9</sup>. I denne rapporten vil vi se på dagaktivitet, og derfor vil hovedfokus være tilbudene der personer har fått registrert enkeltvedtak om dagaktivitet i KPR<sup>22</sup>. Det betyr at lavterskeltilbud der personer kan komme og gå uten et vedtak eller en avtale ikke er inkludert<sup>7</sup> i analysene i kapittel 4 og 5.

Også *Varig tilrettelagt arbeid* (VTA) og *støttekontakt* er tjenester innenfor kommunalomsorgen som bidrar til økt trivsel, mestring og inkludering i samfunnet<sup>6</sup>. Av den grunn vil disse tjenestene også bli behandlet i rapporten, men på en mindre omfattende måte.

### **1.4 Rapportens oppbygging**

Kapittel én, legger rammene for rapporten, og definerer målgrupper og begreper. Kapittel to tar for seg datagrunnlaget, metoder og utfordringer ved undersøkelsen. Kapittel tre gir et generelt bilde av dagaktivitetstilbudet i kommunene, hvordan utviklingen i tilbudet og ulike brukergrupper ha vært, og om andre, potensielt supplerende tilbud som også gir aktiv omsorg. Kapittel fire og fem presenteres analyser av dagaktivitetstilbudet for henholdsvis personer med demens og personer med utviklingshemming. I disse kapitlene vurderes utviklingen i andel med vedtak om dagaktivitet de siste årene, hvordan tilbudet varierer mellom fylker og kommuner, og hva som er mulige årsaker til denne variasjonen.

## **2. Metode og data**

## **2.1 Hva skal undersøkes og hvordan**

Formålet med denne rapporten er å kartlegge dagaktivitetstilbudet til personer med demens og/eller personer med utviklingshemming. Vi ser også på om det er systematiske forskjeller mellom omfanget av tilbudet mellom fylkene og kommunene.

Hovedfokus for rapporten vil være å se på tilgjengelighet og variasjon i andel med vedtak om dagaktivitetstilbud for de to største brukergruppene – hjemmeboende personer over 18 år med diagnosen demens (21 774) og med diagnosen utviklingshemming (18 329) som er registrert i KPR. For å få et mer helhetlig bilde vil vi også trekke frem andre typer tilbud til de samme målgruppene, som for eksempel tilbud om støttekontakt og varig tilrettelagt arbeid (VTA). Dagaktivitetstilbudene blir vurdert utfra om de er *tilgjengelige og rettferdig fordelt*, en kvalitetsdimensjon innenfor rammeverket for nasjonalt kvalitetsindikatorsystem<sup>1</sup>. Analysene består av visualiserte trender og fordelinger. For å undersøke om trekk ved kommunene eller ulik utforming av helse- og omsorgstjenesten henger sammen med ulik andel med vedtak om dagaktivitetstilbud, vil variasjon mellom kommunene utføres korrelasjonsanalyser i IBM SPSS.

## **2.2 Datagrunnlag**

Datagrunnlaget omfatter, med noen få unntak spesifisert under, informasjon om 415 kommuner i perioden 2017 og 2018. Antallet kommuner i 2018 var 422, men etter data fra flere kilder er satt sammen, er det noen kommuner som ikke blir inkludert i datagrunnlaget på grunn av manglende informasjon på enkelte variabler.

### **Dagaktivitetstilbud for personer med demens og med utviklingshemming (KPR)**

To nasjonale kvalitetsindikatorer er av hovedinteresse. Disse er *dagaktivitetstilbud for personer med henholdsvis demens og utviklingshemming*. Antall og andel av hjemmeboende over 18 år med demens eller utviklingshemming som har vedtak om dagaktivitet, er hentet fra Kommunalt pasient og brukerregister (KPR). Personer er identifisert ved at de er registrert med en av disse diagnosene i data om omsorgstjenesten (IPLoS) som inngår i KPR. Dataene dekker perioden 2017 til 2018. Fra samme datagrunnlag er det også hentet informasjon om antall og andel hjemmeboende personer med demens og utviklingshemming med vedtak om støttekontakt.

### **Informasjon om unike brukere av dagaktivitetstilbud samlet og befolkningstall (SSB)**

I tillegg til Helsedirektoratets egne kvalitetsindikatorer, har vi hentet en rekke bakgrunnsvariabler fra ulike SSB-tabeller. I rapporten vises det innledningsvis til den generelle utviklingen i dagaktivitetstilbudet i kommunene. Informasjon om antall brukere av dagaktivitetstilbud etter alder fordelt på kommunene er hentet fra tabell **11642**<sup>27</sup>. Disse dataene spenner fra 2009 til 2018. Disse er satt sammen med befolkningstall per kommune fordelt på kjønn og alder, hentet fra tabell **07459**<sup>28</sup>. Disse tallene dekker Norges befolkning fra 2009 - 2018.

### **Ventetid på dagaktivitetstilbud (KPR)**

Rapporten viser utvikling i ventetid på dagaktivitetstilbud for alle brukergrupper samlet. Tallene for ventetid på dagaktivitetstilbud dekker perioden 2009 til 2018 og er hentet fra IPLoS-data i KPR. Ventetiden måler hvor lang tid det tar fra vedtaket om dagaktivitetstilbud er fattet, til tjenesten er mottatt for første gang. Måltallene er hvor stor andel av alle som har et vedtak som mottar tjenesten etter 0-15

dager, 16-31 dager eller mer enn 31. dager<sup>25</sup>. Variabelen viser gjennomsnittlig ventetid for hele landet samlet i perioden 2009 til 2018.

### **Data om forhold som kan påvirke omfang av tilbud i kommunene**

Andel brukere som har dagaktivitetstilbud kan påvirkes av en rekke forhold i kommunene. Nedenfor beskrives forhold (variable) som inngår i denne rapporten.

#### **Befolkningsstørrelse (6-delt)**

Ut fra befolkningstallene, lages en kategorisk variabel med 6 kategorier: Befolkningsstørrelse. Denne er delt inn slik at de minste kommunene har under 1500 innbyggere, neste gruppe har 1500-2999 innbyggere, neste har 3000-4999 innbyggere, neste gruppe har 5000-9999 innbyggere, de nest største kommunene har 10 000-25 000 innbyggere, og de største har over 25 000 innbyggere. Disse tallene gjelder kun 2018.

#### **Sentraliseringsindeks**

SSB har utviklet sentralitetsindeks, som gir kommuner en verdi fra 0 til 1000, der 0 er minst sentral, og 1000 er mest sentral<sup>31</sup>. Verdiene er blant annet basert på hvor mange arbeidsplasser som er tilgjengelig innen en 90-minutters biltur fra der folk bor, og hvor mange varer og tjenester som ligger innenfor samme radius<sup>32</sup>. Alle kommuner er delt inn i grupper etter sentralitetsverdiene fra 2018 – og variabelen brukes ikke til å studere endringer i sentralitet over tid.

#### **Økonomi og utgifter**

I tillegg til informasjon om brukere og befolkning, er to økonomiske variabler inkludert fra tabell **12362**<sup>30</sup>. Den ene viser utgifter per innbygger til KOSTRA-funksjon 234 "Aktiverings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse", hvor dagaktivitetstilbud regnskapsføres. Funksjonen inkluderer blant annet eldresentre, matombringing og støttekontakt i tillegg til dagaktivitetstilbud<sup>9(s45)</sup>. Den andre variabelen viser hvor stor andel av totalbudsjettet som brukes på KOSTRA-funksjon 234.

#### **Helse- og omsorgstjenester i institusjon**

Fra tabell **11642**<sup>27</sup> er ulike omsorgstjenester hentet som kontroll. Den ene er andel eldre som bor på institusjon (langtidsopphold i institusjon). Fra denne er en andel eldre over 67 år regnet ut basert på befolkningstall fra tabell **07459**<sup>28</sup>. En tilsvarende andel er regnet ut for eldre over 67 og antall yngre under 67 med dagopphold på institusjon (dagopphold i institusjon). To ytterligere variabler er også hentet fra tabell **11642**, avlastning i institusjon – rullerende, og avlastning i institusjon – ikke rullerende. Alle variablene er for perioden 2018.

#### **Varig tilrettelagt arbeid (VTA)**

For å supplere bildet av kommunenes tilbud om aktiv omsorg, hentes også informasjon om hvor mange som har varig tilrettelagt arbeid på fylkesnivå. Det hadde vært ønskelig om informasjon om antall med VTA på kommunenivå fordelt på brukergrupper, men dette var ikke tilgjengelig i tabellen **11606**<sup>33</sup>. Tabellen viser sysselsatte innenfor ulike næringer på fylkesnivå, inkludert VTA. Denne variabelen skiller ikke mellom brukere etter diagnose, slik at resultatene må tolkes med varsomhet.

## **2.3 Forbehold ved tolkning av resultater**

Indikatorer for personer med demens som inngår i analysen viser kun personer med kjent og registrert diagnose. Det betyr at personer som har demens, men som ikke har fått en diagnose, ikke er med. Personer som har mottatt en diagnose av sin fastlege, men der diagnosen ikke har blitt registrert i registeret for individbasert pleie- og omsorgstjenester (IPLoS) er heller ikke inkludert. Antallet personer som har mottatt en diagnose og som ikke er registrert i IPLoS antas å være svært lite. Personer med demens uten diagnose utgjør antagelig et mye større antall<sup>7</sup>. Diagnoser knyttet til utviklingshemming er i mindre grad underregistrert- eller rapportert, slik at registeret i større grad fanger opp de som har fått en slik diagnose<sup>17</sup>. Personer som er under utredning er ikke inkludert, og kan potensielt utgjøre en stor gruppe, da en slik prosess kan ta opptil to år<sup>24</sup>(kap. 6). Det forventes at enkeltvedtak om dagaktivitetstilbud i liten grad underrapporteres, slik at antallet med et tilbud gir et riktig inntrykk.

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) er nytt register som brukes til å beregne dekningsgrad av dagaktivitetstilbud for hjemmeboende personer med demens og utviklingshemming. Definisjonen av indikatorene har endret seg, slik at tallene for 2017 og 2018 ikke kan sammenlignes med tidligere år.

### **Anonymisering av kommuner etter kommunestørrelse**

Kommuner der antallet med vedtak eller antallet hjemmeboende er under 5, blir av personvern hensyn prikket i datasettet. Dette gjelder ofte en stor andel av kommunene, og spesielt små kommuner, noe som utgjør et problem når funnene skal generaliseres til å gjelde alle kommuner (se tabell V.1 og V.2 i vedlegget for mer innsikt i datakvaliteten). De anonymiserte tallene inngår likevel i fylkesgjennomsnittene, noe som kan veie opp for tapet av data. Av den grunn presenteres flere av forholdene på fylkesnivå for å supplere bildet.

### **Ulik registreringspraksis**

I mange kommuner er dagaktivitetstilbudet for personer med demens lokalisert i samme bygg som sykehjem. Dette kan føre til at vedtak om dagaktivitetstilbud i mange tilfeller blir registrert som vedtak om dagopphold, fordi dagopphold er noe man har på sykehjem. Antallet med reelt tilbud om dagaktivitet kan i enkelte kommuner være høyere enn tallene rapportert inn til KPR. Resultatene i denne rapporten er gyldig i den grad vedtakene er riktig registrert i KPR.

# 3. Dagaktivitetstilbud

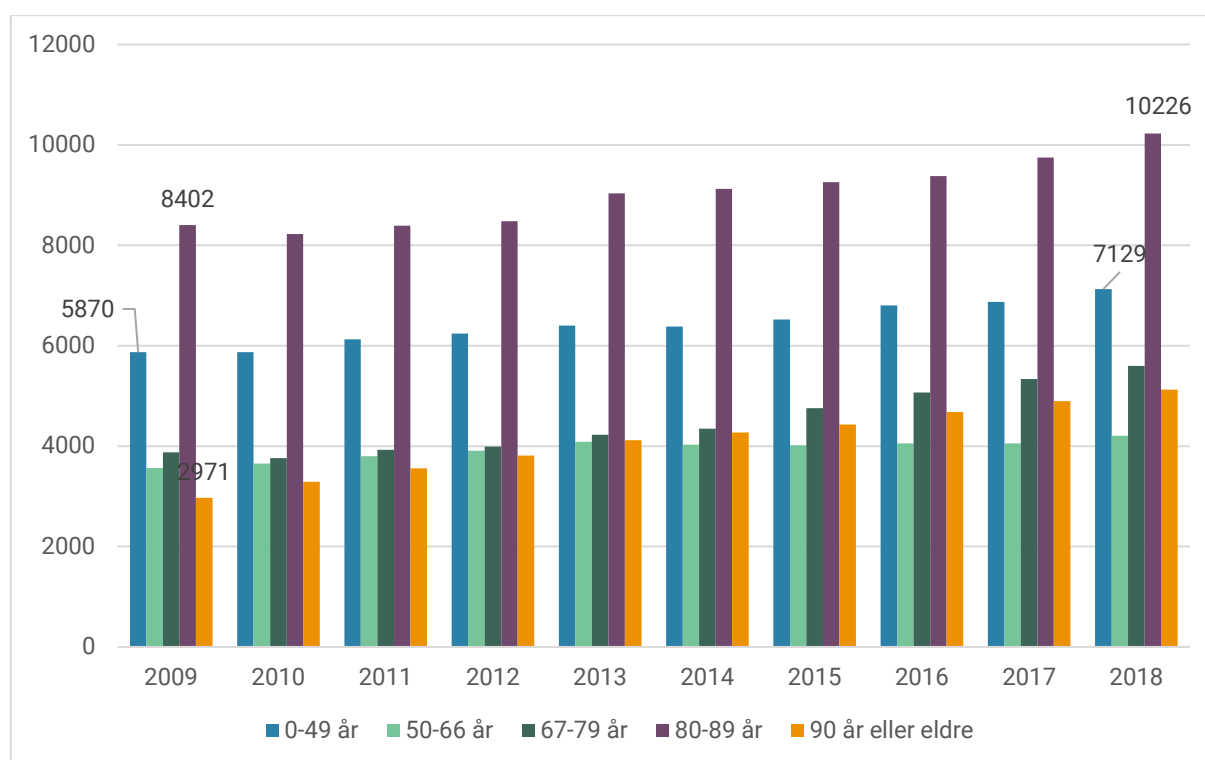
### 3.1 Dagaktivitetstilbud generelt

Dagaktivitetstilbud er en type aktiv omsorg som skal bidra til forhøyet livskvalitet og aktivitet hos personer som med nedsatt funksjonsevne. I 2015 hadde 419 av 428 kommuner et dagaktivitetstilbud. 344 kommuner hadde et tilbud for personer med demens, men 317 kommuner hadde et tilbud til personer med utviklingshemming<sup>5(s18)</sup>. I 2016 hadde norske kommuner i gjennomsnitt et dagaktivitetstilbud 4,5 dager i uken<sup>9</sup>. En del av dagaktivitetstilbudet omfatter også aktivitet på kveldstid for noen brukergrupper. Kveldsplasser utgjorde i 2016 om lag 6 prosent av alle dagaktivitetsplassene og ble tilbudt rundt to kvelder i uken<sup>9</sup>. Fra og med 1. januar 2020, er kommunene pålagt å ha et dagaktivitetstilbud for personer med demens etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2.

#### Brukergrupper og endring over tid

Den største brukergruppen av dagaktivitetstilbud er ifølge SSBs kartlegging personer med utviklingshemming<sup>9</sup>. Gruppen utgjør omtrent 28 prosent av plassene i dagaktivitetstilbud i 2015<sup>5,9</sup>. Personer med demens er den nest største brukergruppen sammen med eldre med fysiske begrensninger henholdsvis 13 og 14 prosent av plassene med<sup>9(s34)</sup>. 317 av de 419 kommunene som rapporterte oppga at de har et dagaktivitetstilbud til personer med utviklingshemming, noe som tilsvarer 76 prosent av kommunene<sup>5</sup>. 69 prosent av kommunene hadde på samme tidspunkt et tilbud for personer med demens.

Figur 3.1 Antall brukere av dagaktivitetstilbud etter aldersgruppe 2009-2018. Tall fra SSB.



Figur 3.1 viser at det totalt har vært en veldig stor økning i registrerte brukere av dagaktivitetstilbud for alle målgrupper samlet fra 2009 til 2018. Den absolutt største gruppen brukere er de mellom 80 og 89 år, etterfulgt av gruppen yngre på 0-49 år. Gruppen på 67-79 år har også fått en ganske bratt vekst de senere årene, med en økning på 44,39 prosent. Gruppen på 80-89 år som er den største, har hatt en vekst på 22 prosent. Brukerne på 90 år og over, som var den minste gruppen frem til 2012, har hatt en prosentvis

vekst på 72 prosent som utgjør 2152 flere brukere siden 2009. Totalt har det vært en økning i antall brukere på 31 prosent fra 2009 til 2018.

### **3.2 Kommunenes tilbud**

Målet om at alle kommuner skal ha et dagaktivitetstilbud for personer med demens ble fastsatt i Demensplan 2015. For at dette målet skulle nås innen 2015, opprettet Helse- og omsorgsdepartementet en tilskuddsordning øremerket etablering av dagaktivitet for personer med demens i 2012. Ordningen ble videreført i Demensplan 2020, og det er bevilget til 348 millioner for å videreføre plasser for 2018 og for opprettelsen av 450 nye plasser i 2019<sup>44</sup>. Helsedirektoratet har forvaltet ordningen, og i 2017 dekket helsedirektoratet omtrent 30 prosent av kostnadene for etablering og drift av slike plasser. I 2018 fikk nye plasser 50 prosent i tilskudd fra staten<sup>34(s97-98)</sup>. Tilskuddsordningen blir overført til kommunenes rammetilskudd fra 2020<sup>35</sup>.

Det finnes ikke en tilsvarende tilskuddsordning for etablering og drift av dagaktivitetstilbud for personer med utviklingshemming. Det finnes derimot en tilskuddsordning der kommunene kan få refundert 80% av lønnsutgiftene til personell knyttet til med særlig ressurskrevende brukere av helse- og omsorgstjenester. Kommunene får også om lag 670 tusen per person med utviklingshemming over rammetildelingen. Kravet er at en innbygger har utviklingshemming, har fylt 16 og mottar tjenester.

En av de inkluderte KOSTRA-funksjonene, er 234 "Aktivering og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse", som innbefatter dagaktivitet<sup>36</sup>. Da denne tilskuddsordningen kun gjelder personer under 67 år, kan man anta at den i mindre grad brukes til personer med demens. Dette er ordninger som skal fjerne hinderet for at dagaktivitet – og andre gode aktive omsorgstilbud skal kunne etableres og opprettholdes.

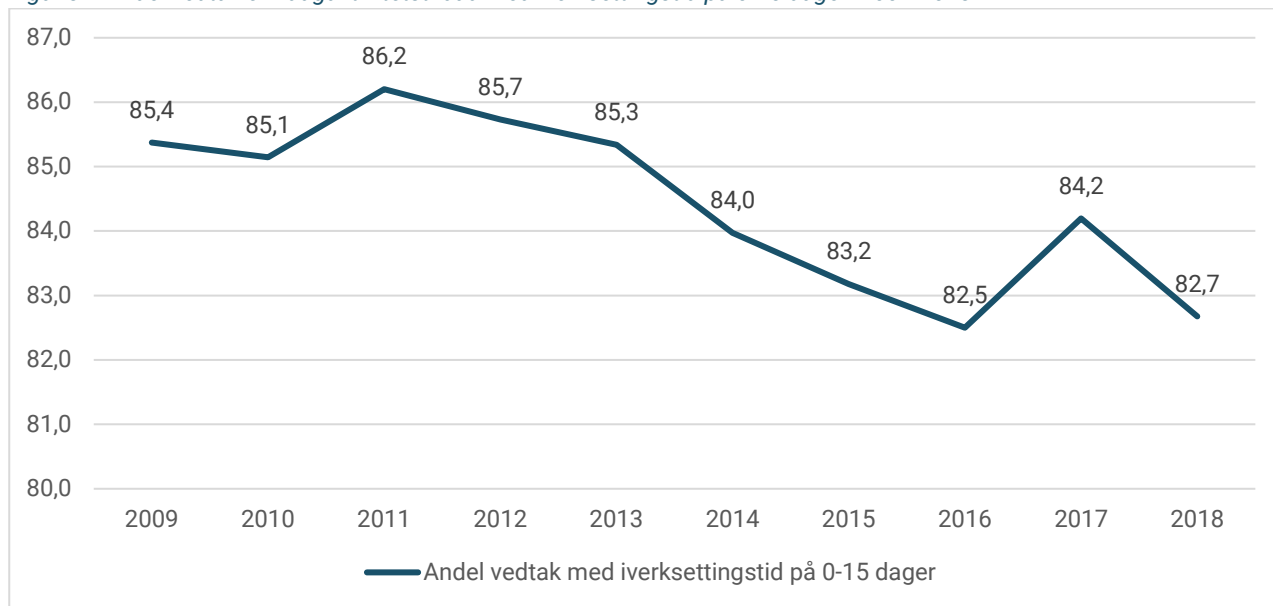
### **3.3 Utvikling i ventetid**

Hvor lenge man må vente for å motta en helse- og omsorgstjeneste sier noe om kvaliteten på tilbudet – og påvirker også den enkelte brukers opplevelse av kvalitet<sup>37</sup>. Iverksettingstid kan si noe om hvor tilgjengelige tjenestene er, og om forholdet mellom etterspørsel og tilbud. Dersom ventetiden er veldig lang, kan dette tyde på at behovet langt på vei overgår tilbudet. Derfor vil denne delen av rapporten se på fordelingen av ventetidsperioder, og hvordan iverksettingstiden for dagaktivitetstilbud har utviklet seg de siste 9 årene. Indikatoren viser bare nye vedtak, og deres iverksettingstid.

Andelen av vedtak med en ventetiden på 0-15 dager (inkludert negativ ventetid), er jevnt over høy, som vist i figur 3.2 og 3.3. Det har vært en nedgang de senere årene, men denne utgjør kun tre prosentpoeng. Andelen med ventetid på 16-31 dager har økt med omtrent to prosentpoeng, og andelen med ventetid over 31 dager har økt med om lag ett prosentpoeng. Det har altså ikke vært en stor endring, og en stor andel av vedtakene blir iverksatt i løpet av kort tid.



Figur 3.2 Andel vedtak om dagaktivitetstilbud med iverksettingstid på 0-15 dager. 2009-2018



Figur 3.3 Fordeling av ventetider til dagaktivitetstilbud. 2018



Tallene gir begrenset informasjon om tilgjengelighet, da søknader som ikke har fått et vedtak, ikke blir inkludert statistikken. Indikatoren viser bare ventetid for kommuner som har et dagaktivitetstilbud.

### 3.4 Andre tjenester

Meningsfylt aktivitet på dagtid (eller kveld) er et av hovedmålene med dagaktivitetstilbud til begge brukergruppene som omhandles i denne rapporten. Andre tilbud og tjenester kan også møte dette målet<sup>5(s17)</sup>. Nedenfor presenteres tall på utviklingen i bruk av støttekontakt blant hjemmeboende med demens og utviklingshemming, samt varig tilrettelagt arbeid blant dem med utviklingshemming.

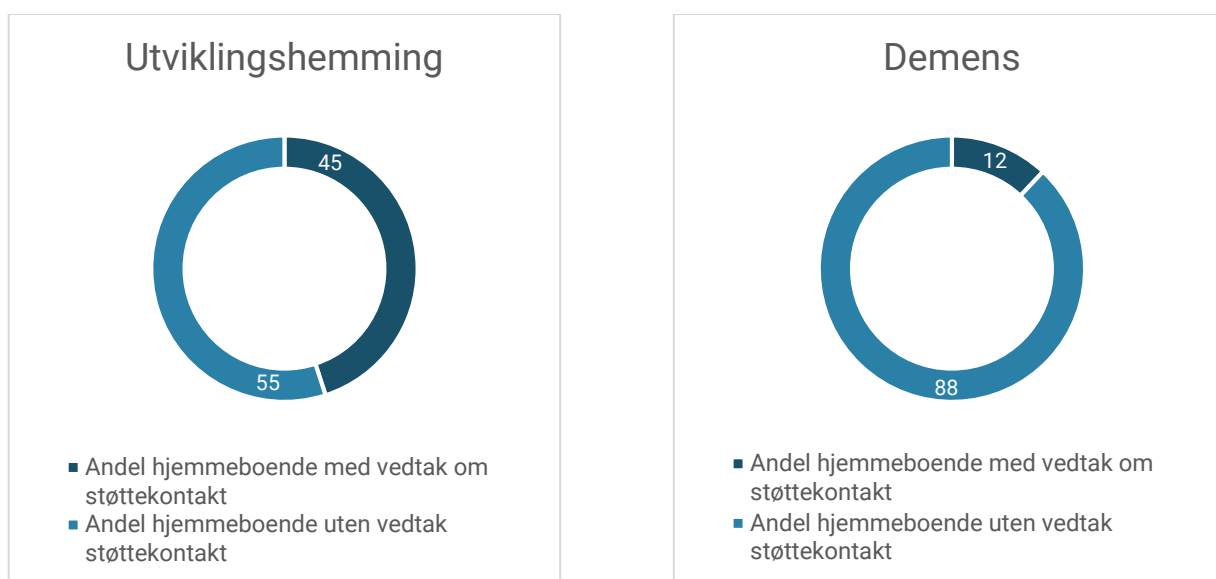
#### Støttekontakt

Støttekontakt er også et tilbud som bidrar til større mulighet for aktivitet og deltakelse, og kommunene er pålagt å organisere dette etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2<sup>38</sup>. Støttekontakt er noe kommunen kan tilby personer med demens, utviklingshemming eller andre som har behov for hjelp til

sosialt samvær og aktiviteter. Kommunen er pliktet å ha tilbud om støttekontakt. Hensikten er å hjelpe personer med behov til å kunne delta i aktiviteter og sosialt samvær på lik linje med andre<sup>5</sup>.

I 2018 hadde om lag 12 prosent av hjemmeboende personer med demens vedtak om støttekontakt<sup>12</sup>. For samme periode hadde 45 prosent av hjemmeboende personer med utviklingshemming vedtak om støttekontakt<sup>8</sup> (se figur 3.4). For personer med utviklingshemming økte andelen med vedtak om støttekontakt et prosentpoeng fra 2017 til 2018. I samme periode var det en økning på 341 personer med utviklingshemming som mottok tilbud om støttekontakt, mens økingen for personer med demens var 292.

Figur 3.4: Prosentandel hjemmeboende personer med demens og utviklingshemming som hadde vedtak om støttekontakt i 2018



Antall hjemmeboende (utviklingshemming) med vedtak om støttekontakt: **8 258**

Antall hjemmeboende (Demens) med vedtak om støttekontakt: **2 566**

### Frivillige organisasjoner og uformelle tilbud

Det finnes også ordninger fra frivillige og ideelle organisasjoner. Nasjonalforeningen for folkehelsen opprettet Aktivetsvenn i 2014<sup>46</sup>. Dette er et tilbud for personer med demens, og arbeidet drives i samarbeid med kommunen. Det er også andre frivillige organisasjoner, som Røde Kors og Kirkens bymisjon, som driver frivillige aktivitetstilbud overfor personer med demens. Det ser også ut til å være flere tilsvarende ordninger for personer med utviklingshemming<sup>57</sup>.

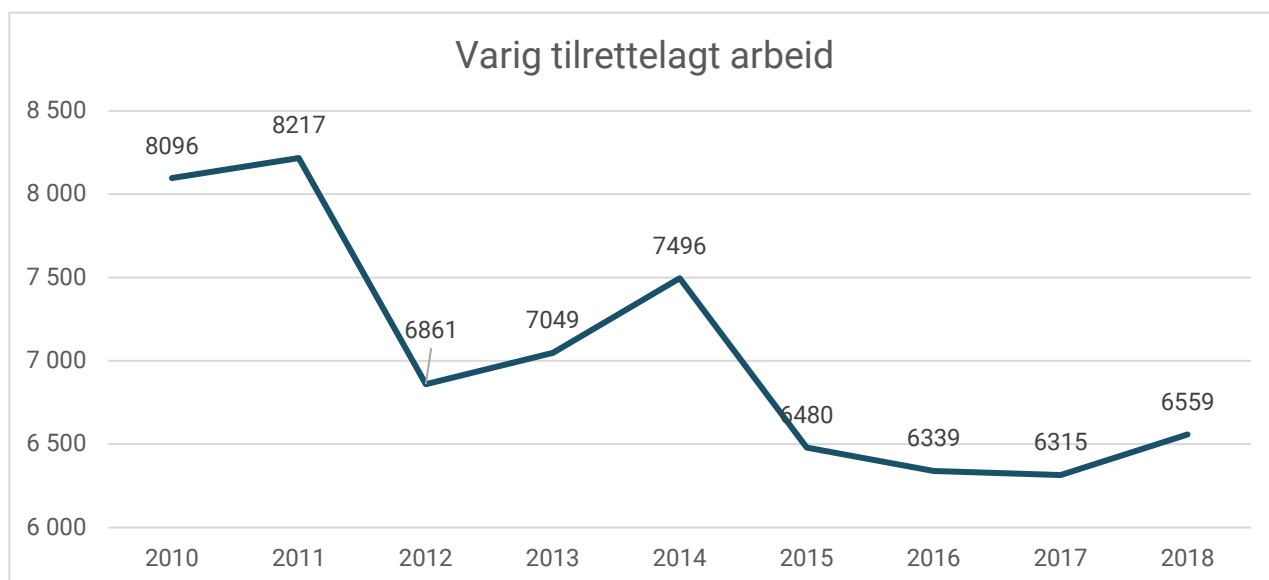
### Varig tilrettelagt arbeid

For gruppen med diagnosen utviklingshemming, er også varig tilrettelagt arbeid (VTA) en type meningsfull aktivitet på dagtid. Det kan i enkelte tilfeller være vanskelig å skille dette fra dagaktivitetstilbud. Særlig aktiviteter som arbeid på gård, håndarbeid og verksted er ligger i overgangen mellom arbeid og dagaktivitetstilbud. Likevel er det mulig å skille disse basert på hvordan de er registrert. Varig tilrettelagt arbeid har en egen funksjon i KOSTRA-registeret, 273 «Arbeidsrettede tiltak i kommunal regi»<sup>9</sup>.

VTA var i utgangspunktet et tilbud til personer med utviklingshemming over 18 år, men har i senere år blitt tilbudt en bredere voksen brukergruppe. Likevel er den største gruppen utviklingshemmede, selv om andelen er synkende<sup>39</sup>. Den nest største – og økende – gruppen er personer med psykiske lidelser. Söderström og Tøssebro fant at andelen voksne utviklingshemmede som hadde et tilbud om VTA, har gått ned fra 30 prosent i 2001 til 13 prosent i 2010<sup>39</sup>. Det finnes flere årsaker til at andelen med utviklingshemming har gått ned, blant annet at det stilles større krav til de varene og tjenestene som leveres, i tillegg til at det er færre veiledere per deltaker.

Kvaliteten i VTA-tilbudet er generelt vurdert som god, og deltakerne som fornøyd. På den andre siden har endringer i krav til produktivitet og arbeidsevne gjort at tilbudet i mindre grad passer de med mer enn lett utviklingshemming. Ifølge Reinertsen har personer som har et VTA-tilbud større livskvalitet enn de som har et dagsentertilbud. Han viser også til at mange av dem som har tilbud ved et dagsenter, kunne hatt tilrettelagt arbeid i stedet<sup>39</sup>.

Figur 3.5 Antall med Varig Tilrettelagt Arbeid (VTA) 2010-2018. Kilde SSB.



I dag fungerer ordningen slik at staten fastsetter VTA-plasser, og NAV styrer tildelingen av disse. VTA inngår på denne måten ikke direkte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, men kan ansees som et supplement i tilbudet til personer med utviklingshemming.

Figur 3.5 viser at det har vært en jevn nedgang i antall sysselsatte med VTA. Dette på tross av at det for 2018 ble bevilget midler for 9800 plasser. Årsaken til nedgangen kan være de ovennevnte med økte krav til kompetanse, og dermed vanskeligere å få tildelt plass, men det kan også være ordningen med 25% delfinansiering fra kommunene som gjør at ikke alle kommuner benytter seg av muligheten til å tilby VTA-plasser<sup>39</sup>. Varig tilrettelagt arbeid er et knapphetsgode, der mange flere ønsker plass, enn de som får det. Det ville derfor være en fordel om de tilgjengelige midlene ble brukt til å skape flere plasser.

### 3.5 Oppsummering

Det har vært en generelt stor økning i brukere av dagaktivitetstilbud de senere årene. Med flere eldre og generell befolkningsvekst, er dette også å forvente. Ventetiden på dagaktivitetstilbud er generelt kort.

Tallene inkluderer ikke de vedtakene som ikke er behandlet. I tillegg finnes de som "venter" på at deres kommune skal få et slikt tilbud, eller de som ikke kjenner til tilbudet og derfor ikke etterspør det.

Bruken av støttekontakt er utbredt for personer med utviklingshemming, men ikke i like stor grad for personer med demens. Det er en økning i antall med støttekontakt for begge grupper, selv om andelen hjemmeboende med støttekontakt er relativt uendret for begge grupper.

Varig tilrettelagt arbeid (VTA) ser ut til å være en ettertraktet og knapp tjeneste som likevel har hatt en ganske stor nedgang i antall brukere. Andelen av brukere med utviklingshemming er på vei ned, slik at VTA i minkende grad utgjør en stor del av tilbudet til personer med utviklingshemming. Støttekontakt er dermed et mer sannsynlig alternativ eller supplement til dagaktivitetstilbud for hjemmeboende med utviklingshemming, der 45 prosent av hjemmeboende har et vedtak om støttekontakt. For personer med demens, har kun 12 prosent vedtak om støttekontakt, slik at dette i liten grad fungerer som et alternativ eller supplement til dagaktivitet.

## **4. Dagaktivitetstilbud for personer med demens**

## **4.1 Dagaktivitet og demensplan 2020**

Demensplan 2020 setter som mål at Norge skal bli et mer demensvennlig samfunn. Å få bo hjemme og være en aktiv del av lokalsamfunnet så lenge som mulig, vil styrke livskvaliteten til personer med demens. I tillegg vil dagaktivitetstilbud – ved å gi avlastning - kunne bidra til at flere pårørende får stå i jobb i tillegg til å yte omsorg for sine nærmeste<sup>20</sup>. Flere både fagpersoner og berørte har ytret at det er for lite oppfølging og for få tilbud etter en demensdiagnose. Spesielt tilbud om aktivitet og avlastning har blitt påpekt som mangelfullt<sup>21</sup>.

Et mål med Demensplan 2020, var å utvikle "fleksible og tilpassede kommunale helse- og omsorgstjenester"<sup>20(s8)</sup>. Det har altså vært et mål at innholdet i tilbud og aktiviteter i større grad skal bli tilpasset den enkelte, og bidra til å opprettholde et liv i overensstemmelse med de interesser, verdier og ønsker som personene med demens har, i samarbeid med pårørende<sup>2(s15)</sup>. Frem til 1.1.2020 sto kommunene fritt til å selv bestemme om de skulle ha et dagaktivitetstilbud. Etter 1. januar 2020 er alle kommuner pålagt å ha et slikt tilbud til personer med demens. Kommunene står i stor grad fritt til å bestemme innhold i dagaktivitetstilbudet. Utvikling i behov og tilbud

Det er usikre tall på hvor mange som har demens, og av den grunn kan det være vanskelig for kommuner og stat og planlegge demensomsorgen – og sørge for at aktivitet og tilbud står i forhold til behov<sup>43</sup>. Vi antar at det i dag lever mellom 80.000 og 100.000 personer med demens i Norge, med om lag 400.000 pårørende. De fleste som rammes i dag er i aldersgruppen 75 år og oppover. På grunn av en aldrende befolkning vil derfor antallet med demens og pårørende forventes å doble seg innen 2050. Demensplan 2020 opererer med det laveste estimatet på 80 000 personer med demens. Registerdata fra KUHR, NPR og IPLoS viser at 45 000 personer er registrert med en demens-diagnose. Det betyr at litt over halvparten<sup>ii</sup> av personer med demenssykdom er utredet og har fått en registrert demensdiagnose, dersom man forholder seg til det laveste estimatet<sup>11(s24)</sup>.

### **Variasjon i tilbud, eller variasjon i registrering?**

Som nevnt i kapittel to, er det ulik praksis mellom kommunene i hva slags tilbud man får vedtak om, dersom man er hjemmeboende med registrert demensdiagnose. Tidligere var skillet mellom dagaktivitet og dagopphold på sykehjem mindre tydelig. De som hadde dagopphold på sykehjem, fikk også ofte delta på dagaktivitetstilbudet som var lokalisert i samme bygg. Dette har ført til at det fortsatt nå er mange som får formelt vedtak om dagopphold, mens det i realiteten er dagaktivitet de får tilbud om. Et eksempel er Bodø kommune, der 218 personer hadde vedtak om dagopphold i 2018. I følge informanter fra kommunen, hadde alle disse fått dagaktivitetstilbud. Dette kan tenkes å gjelde flere kommuner. I analysene som følger, er det slik nevnt i kapittel én, kun de med vedtak om dagaktivitet som inngår i datamaterialet.

### **Flere kommuner med tilbud**

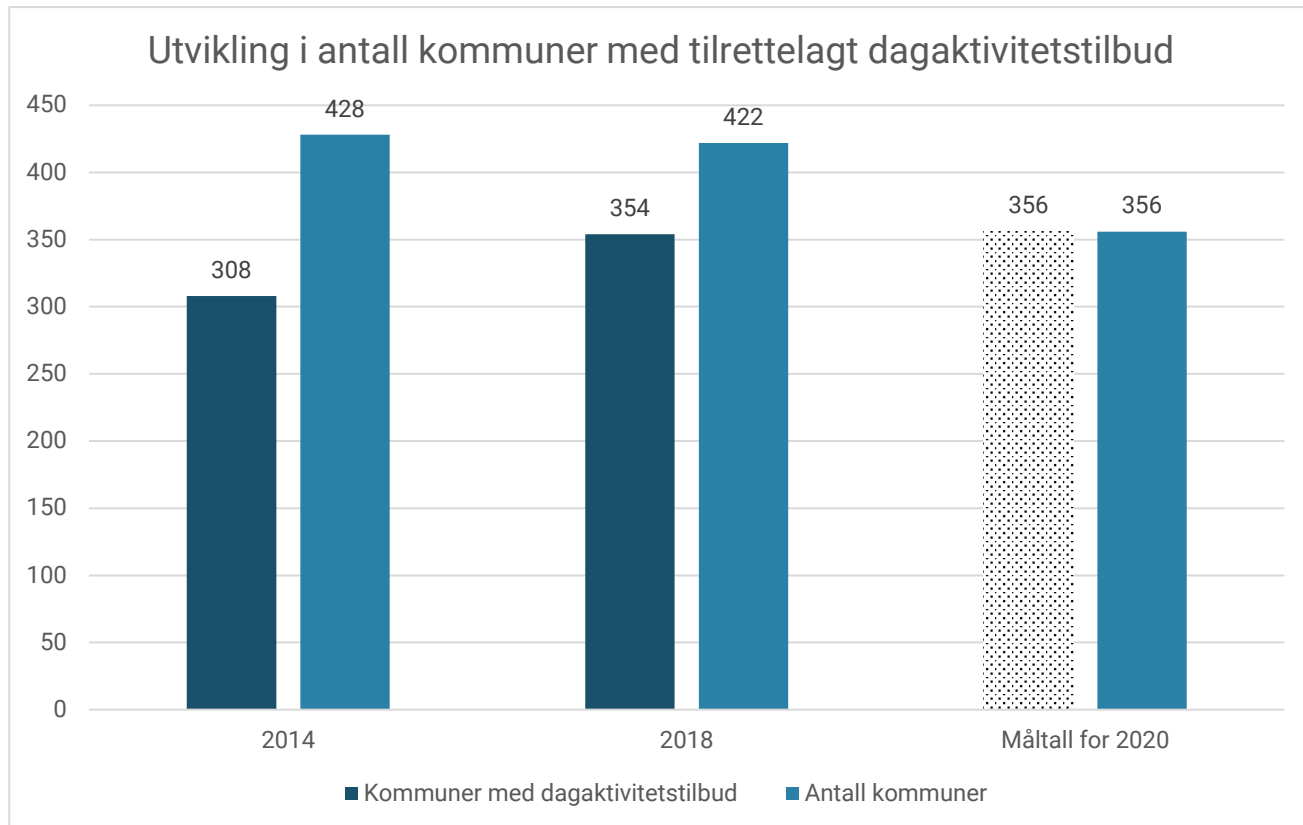
En kartlegging i 2018 viste at 354 kommuner hadde et dagaktivitetstilbud spesielt tilrettelagt for personer med demens, og at antallet kommuner med tilrettelagte tilbud ha doblet seg fra 2010<sup>11</sup>. Fra 1. januar 2020 er alle 356 kommuner pålagt å ha et slikt tilbud. I 2018 var det fortsatt 68 kommuner som ikke rapporterte å ha et dagaktivitetstilbud tilrettelagt for personer med demens. Dekningen i kommunene blir

---

<sup>ii</sup> 56% i 2018

bedre, men det er fortsatt et stykke igjen før målet i Demensplan 2020 er nådd. Figur 4.1 under viser utviklingen i antall kommuner som rapporterer å ha spesielt tilrettelagte tilbud til gruppen, og måltall for 2020.

Figur 4.1: Antall kommuner med dagaktivitetstilbud for hjemmeboende personer med demens. Tall fra Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demens 2014 og 2018.

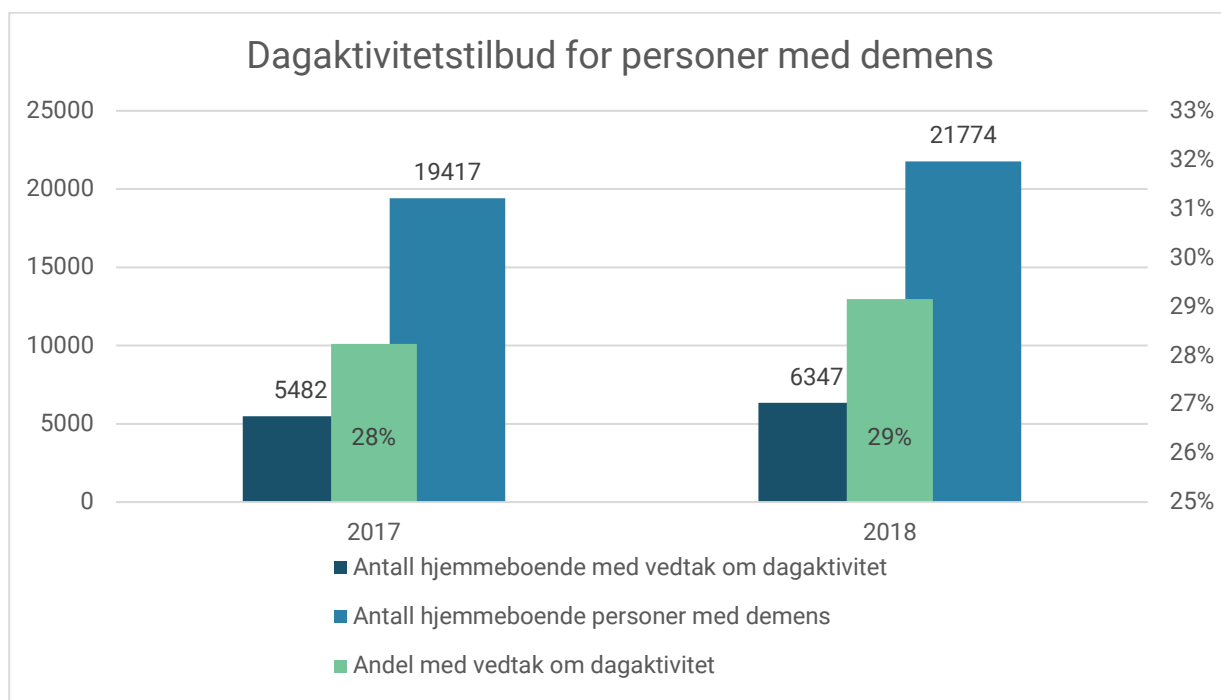


I 2014 oppga hver tredje kommune av de 403 som deltok i kartleggingen, at de hadde et lavterskeltilbud på dagtid spesielt tilrettelagt for personer med demens<sup>11</sup>. Denne typen tilbud inngår ikke i dataene fra KPR, fordi kun personer med et offisielt vedtak om dagaktivitet er registrert. Analysene under vil kun ta for seg variasjon mellom kommunene i andel diagnostiserte hjemmeboende med vedtak om dagaktivitet.

### Flere med demens og flere med vedtak

Figur 4.2 viser at både antall hjemmeboende med registrert demensdiagnose og antall med vedtak om dagaktivitetstilbud har gått opp. Antallet med vedtak gikk opp med 865 personer fra 2017 til 2018, mens antallet med kjente og registrerte demens-diagnoser økte med 2 357 personer i samme periode. I 2018 var det 29 prosent av diagnostiserte hjemmeboende som hadde et vedtak om dagaktivitetstilbud<sup>12</sup>. Dette er en økning på ett prosentpoeng fra 2017.

Figur 4.2: Antall og prosent hjemmeboende personer med registrert demensdiagnose som har vedtak om dagaktivitetstilbud, 2017-2018. Tall fra KPR.



### Utforming og administrasjon

Mange av dagaktivitetstilbudene er organisert i tilknytning til sykehjem eller omsorgsboliger for personer med demens<sup>45</sup>. Kun en liten andel av dagaktivitetstilbud er organisert under "inn på tunet" eller lignende ordninger, selv om det har vært en vekst i denne typen dagaktivitetstilbud de senere årene. En rapport fra 2015<sup>19</sup> fant at brukerne i gjennomsnitt oppholder seg på dagsenteret 1,5 til 2 dager i uken. Kostnadene for drift av dagaktivitetstilbudet var ifølge denne rapporten omtrent 1200 kroner per person i måneden<sup>23</sup>. Fra den nasjonale kartleggingen i 2018, var det 301 av 354 kommuner som oppga at de krevde egenandel for tilbudet. Prisen varierte mye, men snittet for egenandel var 133 kroner per dag, og inkluderte som regel transport, mat eller begge deler. Hva som kan kreves av egenbetaling for dagaktivitetstilbud avhenger av om tilbudet gis som dagopphold i sykehjem eller utenfor institusjon, samt hva som er formålet med tilbudet for den enkelte bruker. Kartleggingen gir derfor ikke grunnlag for å fastslå i hvilken grad kommunene forholder seg korrekt til reglene for egenbetaling.

Kun 55 kommuner hadde i 2018 dagaktivitetstilbud spesielt rettet mot yngre personer med demens, fordelt på 407 plasser<sup>11</sup>. Dette er en 77 prosents økning i antall plasser fra 2014, hvor 44 kommuner hadde 238 øremerkede plasser for denne gruppen<sup>45</sup>. Det er for det meste større kommuner som har tilbud rettet mot grupper med spesielle behov, selv om det finnes unntak. Ikke alle kommuner har mulighet til å tilpasse tilbud til mange ulike grupper, slik ideen om bruker- og pårørende-orientering forutsetter<sup>21</sup>. Å tilby dagaktivitet med innhold tilpasset ulike mennesker med ulik funksjonsevne kan derfor være en stor utfordring for enkelte, spesielt små, kommuner.

### 4.2 Tilgjengelig og rettferdig fordelt?

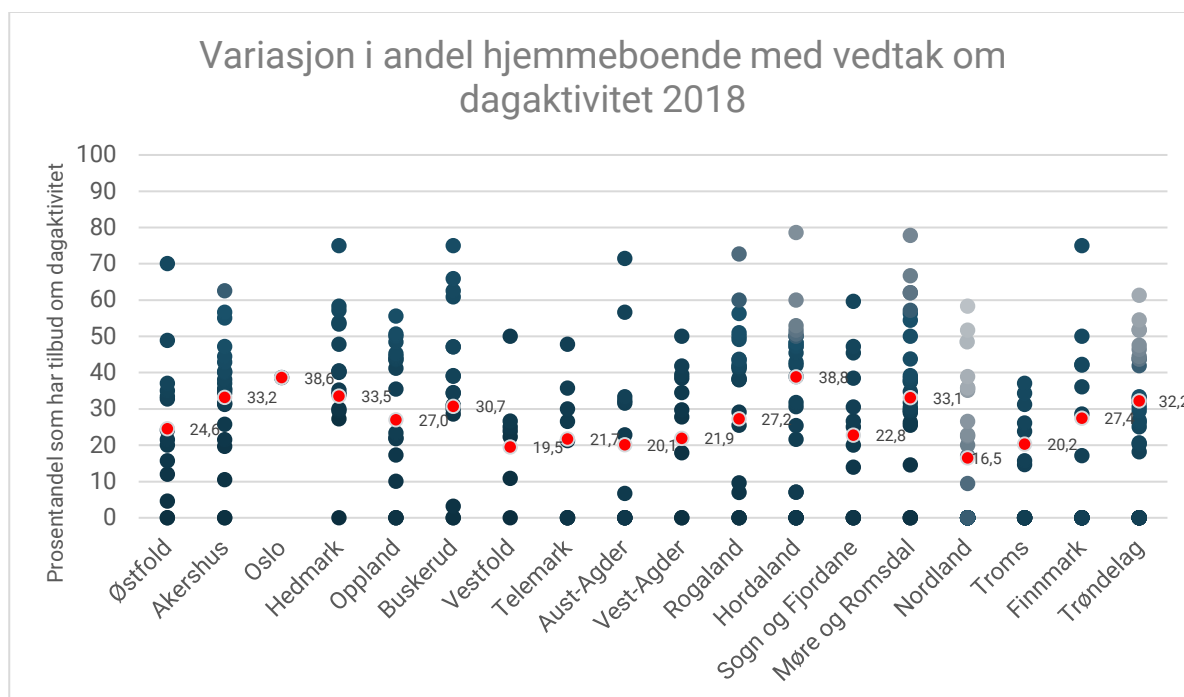
Andelen av hjemmeboende med dagaktivitetstilbud øker på landsbasis øker til tross for en stor vekst i antallet personer med registrerte demensdiagnoser de siste årene. Men selv om tilbudet har gått opp, er



det stor geografisk variasjon i hvor stor andel hjemmeboende som har et dagaktivitetstilbud. Figur 4.3 viser at det er store variasjoner i dekningsgraden på kommunenivå og fylkesnivå. Hordaland hadde høyest andel hjemmeboende med vedtak på 38,9 prosent. På den andre enden av skalaen er Nordland, hvor kun 16,5 prosent av hjemmeboende personer med demens har vedtak om et dagaktivitetstilbud.

På kommunenivå var variasjonen enda større enn på fylkesnivå. I 2018 var det 83 kommuner som hadde en andel med vedtak på null. Av kommunene med en andel med vedtak større enn null, varierte andelen fra 3,1 prosent til 78,6 prosent. Hvor man bor er altså av stor betydning for det tilbudet man kan forvente å få, både som pasient og pårørende.

Figur 4.3: Variasjon mellom kommuner i andel hjemmeboende med demens som har dagaktivitetstilbud. Fylkesvis fordeling 2018. Kilde KPR.



I 2018 var dataene for 130 kommuner (31 prosent) prikket. Dette skyldes at antall hjemmeboende med demens og/eller antallet med vedtak om dagaktivitet var mindre enn fem. I tillegg er det 7 kommuner som faller ut når data fra flere kilder settes sammen. Denne rapporten kan derfor utelukkende si noe om forholdet i de 285 kommunene som er inkludert i datagrunnlaget. Den gjennomsnittlige andelen i fylkene inkluderer informasjonen i de prikkede kommunene, slik at disse tallene inkluderer alle 422 kommuner fra 2018.

### 4.3 Mulige årsaker til variasjon i dekningsgrad mellom kommunene

Det kan være flere årsaker til variasjonen mellom kommuner i andel hjemmeboende med vedtak om dagaktivitetstilbud. Kommunens befolkningsstørrelse, alternative tilbud, ulik organisering av tjenestetilbud, variasjoner i antall eldre og ulik prioritering av kommunale ressurser til dette formålet står sentralt. Nedenfor undersøker vi om det er et mønster i variasjonen i hjemmeboende med registrert dagaktivitetstilbudet.

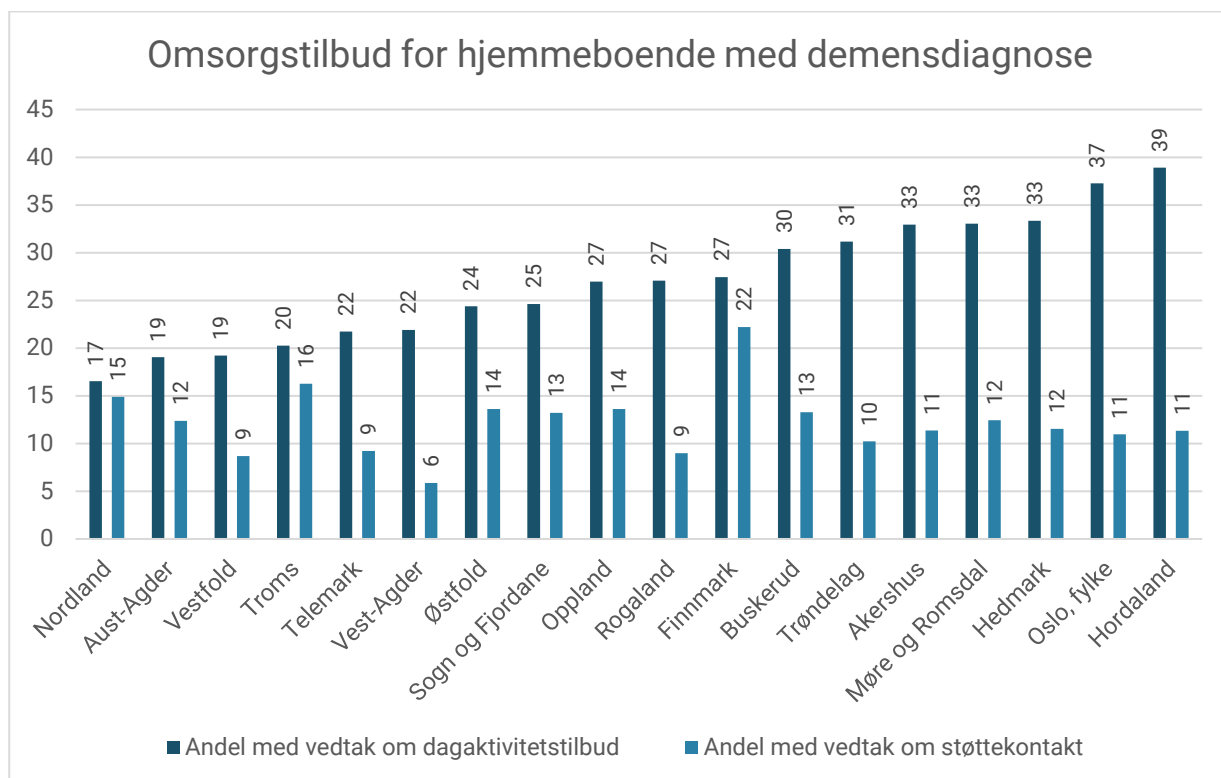
## Ulik organisering av omsorgstilbud

Det er forskjeller mellom kommuner i hvordan eldreomsorgen er utformet, både i organisering og innhold i tilbud. Noen kommuner utformer sin eldre- og demensomsorg annerledes, og legger større vekt på sykehjemsplasser og andre former for heldøgns omsorgstilbud, og dagopphold på sykehjem slik det er definert i avgrensningen. Disse tilbudene kan også oppleves som alternativer for pårørende som trenger avlastning, selv om tilbudene ikke nødvendigvis innebærer aktiv omsorg.

### Støttekontakt som alternativ til dagaktivitetstilbud?

Som nevnt i kapittel tre, er støttekontakt er også et tilbud som bidrar til aktivitet og deltakelse for personer med demens. Støttekontakt vil derfor kunne fungere som et alternativ eller supplement der tilbudet om dagaktivitet er lavt. Gjennomgangen i kapittel tre, viste at det på landsbasis er en lav prosent av hjemmeboende personer med demens som har vedtak om støttekontakt (12 prosent), og at tilbudet antagelig i liten grad fungerer som alternativ til dagaktivitet. Likevel kan det tenkes å være ulikt fra kommune til kommune og fylke til fylke. Av de 83 kommunene der *ingen hjemmeboende hadde vedtak om dagaktivitet*, var det 16 kommuner som hadde flere hjemmeboende med vedtak om støttekontakt.

Figur 4.4: Fylkesvis fordeling av andel med tilbud om dagaktivitet, og andel med vedtak om støttekontakt, 2018. KPR.



Figur 4.4 viser den fylkesvise fordelingen av andel med vedtak om henholdsvis dagaktivitetstilbud og støttekontakt. Det ser ikke ut til å være noen systematisk variasjon i andel med vedtak om støttekontakt etter hvor stor andel som har vedtak om dagaktivitet. Andelen varierer noe, men holder seg lavt mellom 6 og 16 prosent.

Aktivetsvenn er et annet, frivillig initiativ fra Nasjonalforeningen for folkehelsen opprettet i 2014<sup>46</sup>. Dette er, ifølge organisasjonens nettside, et tilbud som drives i over 220 kommuner, og et tilbud som vokser

raskt<sup>47</sup>. Arbeidet drives i samarbeid med kommunen gjennom en arbeidsgruppe, og aktivitetsvennene er frivillige. Aktiviteter som er vanlige å gjøre med en aktivitetsvenn er gåturer, cafébesøk og samtaler – men også gruppeaktiviteter med andre aktivitetsvenner og personer med demens<sup>46</sup>. Til forskjell fra støttekontaktordningen, krever ikke aktivitetsvenn vedtak, og arbeidet utført av aktivitetsvennen er ulønnet, i motsetning til støttekontaktens arbeid. Organisasjonen fremstiller ordningen som et tillegg til kommunale tilbud. Hvor mange personer med demens som har en aktivitetsvenn finnes det ikke tall på. Det virker som også dette tilbudet vokser – noe som er positivt for personer med demens og deres pårørende. Det er også andre frivillige organisasjoner, som Røde Kors og Kirkens bymisjon, som driver frivillige aktivitetstilbud overfor personer med demens.

### *Andre former for omsorg*

En rapport om personer med demens sin bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester i 2015, viste at mer enn to av tre med diagnosen demens hadde langtidsopphold i institusjon, og at denne tjenesten ble mer vanlig, jo eldre personen med demens var<sup>26(s.5)</sup>. Rapporten viste også at over 80 prosent av hjemmeboende med demens mottok helsetjeneste i hjemmet, enten med eller uten praktisk bistand i tillegg<sup>26(s. 9)</sup>. Dette er tjenester som hjemmeboende personer med demens kan få, og som kan bidra til å øke livskvaliteten, avlaste pårørende og utsette institusjonsinnleggelse. De fleste med en demensdiagnose har, eller får etter hvert langtidsopphold på institusjon. Disse brukerne mottar også ulike aktivitetstilbud, men dette registreres ikke i data.

Som nevnt i kapittel én, er dagopphold (dersom det er riktig registrert), noe annet enn dagaktivitet. Dagopphold er likevel noe som kan tilbys hjemmeboende personer med demens, dersom de trenger stell, behandling eller tilsyn. Dette kan fungere som et alternativ for pårørende som trenger støtte og avlastning. Det er også flere kommuner som gir vedtak om dagopphold, når det egentlige tilbudet er dagaktivitet, slik nevnt innledningsvis i dette kapitlet. Det kan derfor se ut til at dagaktivitet registreres annerledes i enkelte kommuner, uten at denne rapporten kan slå fast at det gjelder flere enn Bodø kommune.

Grunnen til dette kan være at forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester gir hjemmel til å ta egenbetaling for dagopphold på sykehjem, mens regelverket knyttet til aktivitetstilbud i eller utenfor institusjon er mer sammensatt. Dersom hovedformålet er aktivisering, kan kommunen ta betaling inntil kost. Dersom hovedformålet er avlastning for pårørende, kan kommunen ikke ta betaling. Nå som dagaktivitetstilbud for personer med demens er inne i lovverket som en helse- og omsorgstjeneste, trenger man en hjemmel for å ta egenbetaling for tjenesten. Vurderingen av hva som er hovedformålet med tjenesten for den enkelte, kan være komplisert, og bidra til ulik registrering.

### **Ulike forutsetninger**

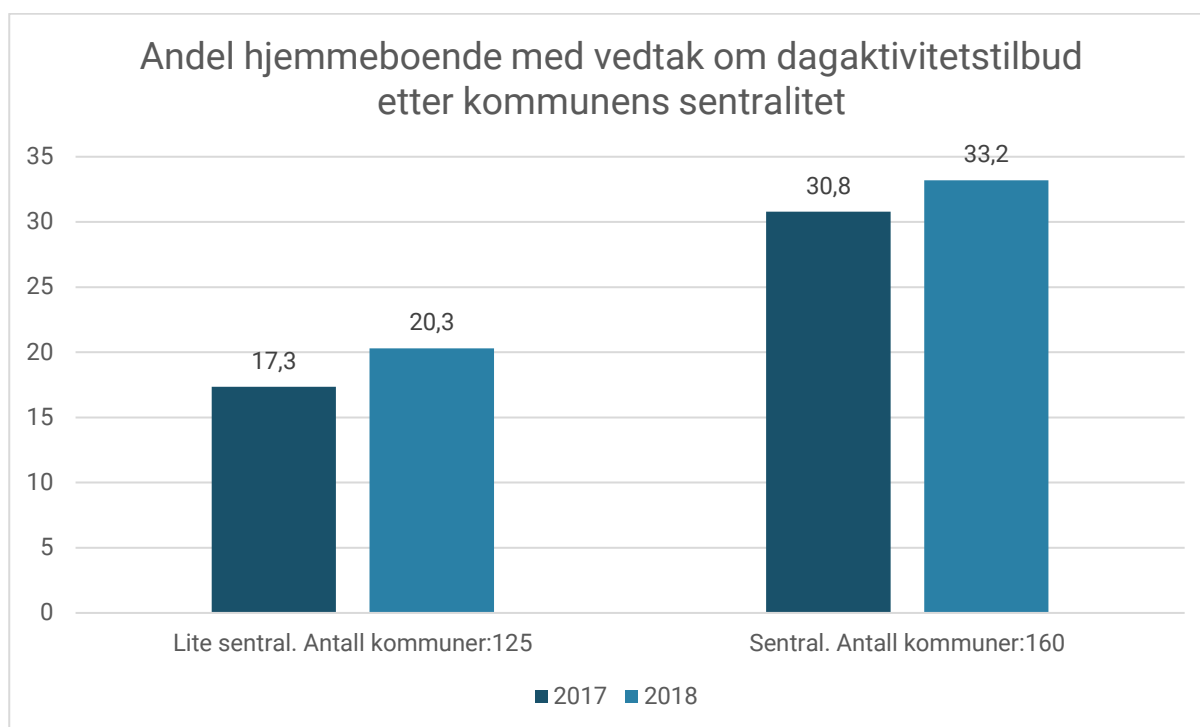
Kommunestørrelse og sentralitet kan antas å kunne påvirke dekningsgraden av dagaktivitetstilbud og skape variasjon. Små kommuner med spredt bosetting har generelt høyere kostnadsnivå for sine helse- og omsorgstjenester<sup>50</sup>. Få innbyggere og lange transportavstander bidrar til at kostnaden per bruker blir høy. Dette kan gi vansker med å drifte dagaktivitetstilbud, og spesielt tilbud rettet mot spesifikke målgrupper med få brukere<sup>51</sup>. Tallene på hvor mange som har – og kommer til å få diagnosen demens er også usikre, noe som kan gjøre kommunenes planleggingsarbeid vanskelig<sup>41</sup>.

Det er også påpekt av forskere at det kan være sosiale skiller i bruk av tjenestene. Lina Ellingsen-Dalskau, forsker ved NMBU hevder at "Det er personer med de mest ressurssterke pårørende, altså med høy utdanning og god økonomi, som oftest tar i bruk tilbudene"<sup>52</sup>. Noen hevder at ressurssterke personer i større grad søker – og får tilbud – om dagaktivitet.

### Sentralitet

Figur 4.5 viser tydelig at andelen personer men dagaktivitet er høyere for de som bor i sentrale kommuner versus mindre sentrale kommuner. For den mest sentrale gruppen kommuner, var det 13 prosent flere av hjemmeboende med demens som hadde vedtak om dagaktivitetstilbudet sammenlignet med de mindre sentrale kommunene. Fra 2017 til 2018 er det en økning i andelen hjemmeboende med vedtak om dagaktivitetstilbud i både i sentrale og lite sentrale kommuner. De lite sentrale kommunene har i snitt en prosentmessig større økning i tilbud enn de mer sentrale kommunene. 13 prosent er en betydelig forskjell, og korrelasjonsanalysen under viser også at sammenhengen er statistisk signifikant. Lite sentrale kommuner har et skår fra 0 til 655,5, mens sentrale kommuner har et skår over 655,5 til 1 000. Sentralitetsindeksen er definert i kapittel to.

Figur 4.5: Gjennomsnittlig andel med vedtak om dagaktivitet etter sentralitetsindeks. Kilde KOSTRA og SSB. 2018.



Sentralitet og antall innbyggere i kommunene er svært sammenfallende. Sentralitetsindeksen er blant annet basert på antall arbeidsplasser tilgjengelig innenfor et visst geografisk område, og antall arbeidsplasser og befolkningsstørrelse vil være nært forbundet.

### Befolkningsstørrelse

En stor kommunebefolkning kan gjøre det billigere og enklere og opprette og drifte helse- og omsorgstjenester. Ifølge nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens i 2018, hadde så godt som alle kommuner med over 10 000 innbyggere et dagaktivitetstilbud, mens andelen kommuner med

tilbud sank med synkende innbyggertall<sup>11</sup>. Tabell 4.1 under illustrerer tydelig at det er ulik dekningsgrad avhengig av innbyggertall i kommunene. De minste kommunene har en gjennomsnittlig dekning på 8 prosent, mens de mellomstore og store kommunene har en dekning på over 28 prosent. Dette utgjør en forskjell på 20-25 prosentpoeng mellom de største og minste kommunene. Befolkningsstørrelse er altså av stor betydning for hvor godt tilbudet i kommunen er.

#### Andel eldre

Tabell 4.1 under viser at små kommuner har en høyere andel eldre enn store kommuner. Kommunens andel eldre har også betydning for økonomien i kommunen, både på inntekts- og utgiftssiden. Flere eldre i pensjonsalder, betyr færre skatteinntekter og flere utgifter til helse- og omsorgstjenester for denne gruppen. Små kommuner har også en høyere andel eldre på sykehjem – selv om forskjellene ikke er veldig store.

**Tabell 4.1 Befolkningsstørrelse**

Andel hjemmeboende med demens med dagaktivitetstilbud etter befolkningsstørrelse

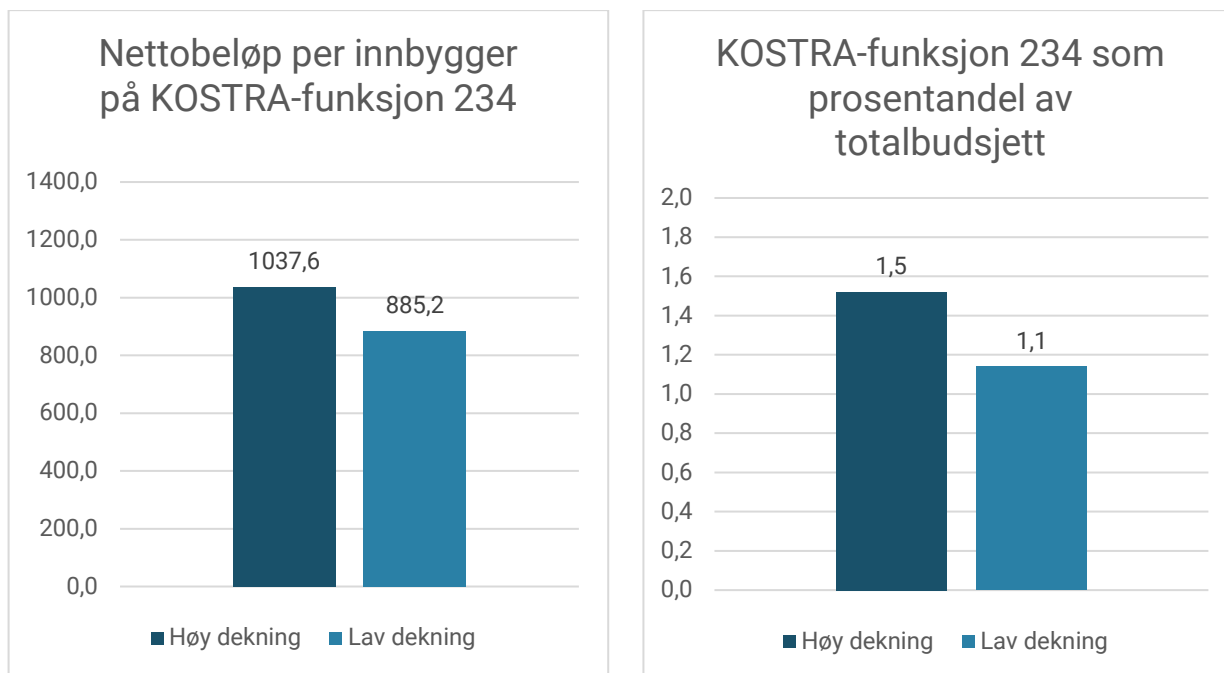
Befolkningsstørrelse	Andel hjemmeboende med dagaktivitetstilbud	Andel eldre 67+ som bor på sykehjem	Andel eldre (80+)	Antall kommuner
Under 1500 innbyggere	8,1	5,0	6,51	31
1500-2999	19,5	4,6	5,95	45
3000-4999	33,4	3,9	5,68	42
5000-9999	33,1	3,7	4,87	68
10 000-25 000	32,5	3,3	4,11	60
Over 25 000 innbyggere	28,6	3,6	4,09	39
<b>Totalsum/Gjennomsnitt</b>	<b>27,5</b>	<b>3,9</b>	<b>5,2</b>	<b>285</b>

#### Kommunens prioritering av utgifter

Det er en viss sammenheng mellom kostnader til dagaktivitet og andel hjemmeboende med demens med vedtak om dagaktivitetstilbud. Kommunene med 50 prosents høyest dekningsgrad bruker i gjennomsnitt omtrent 300 kroner mer per innbygger enn de med lavere dekningsgrad, vist i figur 4.5 under. De med høyest dekning i tilbudet bruker også om lag 0,4 prosentpoeng mer av totalbudsjettet på KOSTRA-funksjon 234. Selv om forskjellene er svært små, kan de utgjøre en stor forskjell dersom kommunebudsjettene er store, eller innbyggertallet er høyt.

Det er viktig å merke seg at deknningen i denne figuren kun gjelder personer med demens, mens utgifter knyttet til KOSTRA-funksjon 234 gjelder alle aktiviserings og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse. I tillegg er kostnader til omsorgstjenester påvirket av mange faktorer, som andel eldre i kommunen, befolkningsstørrelse og inntekter.

Figur 4.5: Bruk av midler etter dekningsgrad\* i andel hjemmeboende med vedtak. Kilde KOSTRA og SSB, 2018.



\* Dekningsgrad er inndelt etter kommuner med 50 prosent høyest og lavest dekning relativt.

#### 4.4 Analyse av variasjon i dagaktivitetstilbud til hjemmeboende med demens

Nedenfor presenteres en korrelasjonstabell (tabell 4.2) som viser samvariasjonen på kommunenivå mellom andel hjemmeboende med diagnostisert demens som har dagaktivitetstilbud og indikatorer for sentralitet, befolkningsstørrelse, alderssammensetning og andre omsorgstilbud. Et minustegn foran verdien i tabellen viser en negativ samvariasjon mellom et trekk ved kommunen og andel hjemmeboende med vedtak. Ingen tegn foran angir en positiv sammenheng.

Tabellen viser positiv samvariasjon mellom disse variablene og dagaktivitet:

- Sentralitet, der sentrale kommuner har bedre dekning
- Befolkningsstørrelse (kommunestørrelse) – større dekning i middels store og store kommuner.
- Beløp (netto) per innbygger ført på KOSTRA-funksjon 243. Dekningen øker med større utgifter.
- Andel av totalbudsjett (netto) som brukes på KOSTRA-funksjon 243. Jo flere prosent av budsjettet som brukes på posten, jo høyere dekning er forbundet med høyere andel med vedtak.

Tabellen viser negativ samvariasjon mellom disse variablene og dagaktivitet:

- Andelen eldre i kommunen mellom 80-89 år – større andel eldre, lavere dekning.
- Andelen eldre 67 pluss – større andel eldre, lavere dekning.
- Andel eldre som bor på institusjon – jo flere eldre på institusjon, jo lavere dekning.
- Andel eldre med dagopphold på institusjon, der større andel med dagopphold er forbundet med lavere andel personer med demens med dagaktivitet.

#### **Sentralitet, befolkningsstørrelse og alderssammensetning**

Korrelasjonstabellen viser dermed at store kommuner, sentrale kommuner som bruker en høyere andel av totalbudsjettet til dagaktivitet, i større grad har god dekningsgrad enn små og lite sentrale kommuner.

Sentralitet og befolkningsstørrelse henger gjerne sammen med en del andre trekk ved kommunene, slik som alderssammensetning, budsjetttrammer, tjenestenes kostnadsnivå, tilgang på arbeidskraft med mer. Mange av disse faktorene virker igjen inn på kommunenes evne til å tilby tjenester. Færre innbyggere, større andel pensjonister og pleietrengende sammenlignet med arbeidsføre, færre kvalifiserte arbeidere til helse- og omsorgssektoren, lange avstander og dårlig utbygd kollektivtransport kan alle føre til at tilbud om dagaktivitet blir dyrere å opprette, og vanskeligere å drifte<sup>53</sup>.

### **Alternative tilbud og utforming av eldreomsorgen**

Kommuner med lavere andel hjemmeboende med demens med vedtak om dagopphold har en større andel eldre med dagopphold i institusjon, og en større andel eldre som bor på institusjon. Det første kan være fordi dagopphold i noen tilfeller er det samme som dagaktivitetstilbud (feilregistrering), og i andre tilfeller fungerer som et alternativ eller supplement. Derfor er det naturlig at mer av det ene henger sammen med mindre av det andre. At sammenhengen mellom andel eldre på sykehjem og andel med vedtak om dagaktivitetstilbud er negativ, kan tyde på at kommunens midler prioriteres til andre formål. Dette illustreres også ved at kommuner med flere eldre på sykehjem, bruker en signifikant mindre andel av totalbudsjettet på dagaktivitetstilbud. Andelen med vedtak om støttekontakt er ikke signifikant forbundet med andelen med vedtak om dagaktivitetstilbud.

Analysen ovenfor har vist at sentralitet, kommunestørrelse, prioritering av midler, alderssammensetning og tilbudet av dagopphold i institusjon samt andel eldre på sykehjem varierer med dekningsgraden for dagaktivitet i kommunene.

**Tabell 4.2 Korrelasjonstabell**

Dagaktivitetstilbud for hjemmeboende personer med demens og kjennetegn ved kommunene

	Andel med vedtak om dagaktivitet	Sentralitet	Andel eldre 80-89 år	Andel eldre 67 pluss	Befolkningsstørrelse	Beløp per innbygger <sup>a</sup>	Andel av totalbudsjett <sup>b</sup>	Andel eldre som bor på institusjon	Andel eldre med dagopphold	Andel med vedtak om støttekontakt
Andel med vedtak om dagaktivitetstilbud	1									
N	280									
Sentralitet	,319**	1								
N	280	280								
Andel eldre 80-89 år	-,262**	-,508**	1							
N	280	280	280							
Andel eldre 67 pluss	-,317**	-,673**	,767**	1						
N	280	280	280	280						
Befolkningsstørrelse	,294**	,862**	-,525**	-,637**	1					
N	280	280	280	280	280					
Beløp per innbygger <sup>a</sup>	,142*	,066	-,026	-,078	,072	1				
N	280	280	280	280	280	280				
Andel av totalbudsjett <sup>b</sup>	,196**	,237**	-,131*	-,195**	,248**	,941**	1			
N	280	280	280	280	280	280	280			
Andel eldre som bor på institusjon	-,134*	-,371**	,204**	,258**	-,353**	-,073	-,182**	1		
N	280	280	280	280	280	280	280	280		
Andel eldre med dagopphold	-,288**	,198**	-,116	-,127*	,259**	,032	,072	-,010	1	
N	280	280	280	280	280	280	280	280	280	
Andel med vedtak om støttekontakt	,112	,026	-,006	-,007	,095	,228**	,238**	-,080	,017	1
N	165	165	165	165	165	165	165	165	165	165

\*\* . Korrelasjonen er signifikant på 0,01-nivå (2-halet).

\* . Korrelasjonen er signifikant på 0,05-nivå (2-halet).

a. Nettobeløp per innbygger på KOSTRA-funksjon 234.

b. Prosentandel av netto totalbudsjett brukt på KOSTRA-funksjon 234.



## 4.5 Oppsummering

De siste 30 årene har andelen eldre i Norge steget, og dermed antallet med demens. Antallet personer som i 2018 var hjemmeboende diagnostisert med demens, var 21 774. Av disse hadde 6 347 (29 prosent) et vedtak om dagaktivitet. Andelen hjemmeboende med demens med vedtak om dagaktivitet har i hele landet gått opp med om lag ett prosentpoeng fra 2017 til 2018, men det er stor variasjon mellom både fylker og kommuner. Det var 354 kommuner som i 2018 hadde dagaktivitetstilbud spesielt rettet mot personer med demens – 46 flere enn i 2014. Det er også verdt å merke seg at tilbudet til yngre personer med demens har økt, fra 44 kommuner i 2014 til 55 kommuner i 2018. Likevel er de plassene som finnes i dag ikke like tilgjengelig i små kommuner som i store<sup>11</sup>.

Det var 327 kommuner som hadde søkt og mottatt midler fra tilskuddsordningen til dagaktivitet ved utgangen av 2018. Dette er en stor økning fra 2013, hvor bare 183 kommuner søkte om midler. Hvorfor ikke alle kommuner har søkt om tilskuddsordningen er uklart. Dette vil kanskje kunne bedres når tilskuddsordningen for dagaktivitetstilbudet overføres til kommunenes rammetilskudd i 2020.

Selv om utviklingen i tilbudet av dagaktivitet generelt er positiv, er det stor variasjon mellom fylker og kommuner. Noen kommuner kan ha en andel med vedtak om dagaktivitet rett oppunder 80 prosent, mens andre igjen har under 5 prosent dekning – og noen null. Noen kommuner med lavere dekning i dagaktivitetstilbudet kompenserer med bruk av støttekontakt, men bildet er ikke entydig, og andel med vedtak om støttekontakt er ikke signifikant for andel med vedtak om dagaktivitet. Aktivitetsvenn er et annet, frivillig tilbud som arrangeres i samarbeid med 220 kommuner i landet. Hvor mange personer med demens som mottar dette og andre frivillige tilbud er ukjent, men antallet frivillige og kommuner med tilbud øker.

Med tanke på hva som ligger bak ulikhetene, kan det virke som befolkningsstørrelse, sentralitet, prioritering av utgifter og alternative tilbud spiller inn. Tilgjengeligheten er på vei opp, men hvor mange som får et tilbud er fortsatt svært avhengig av hvilken kommune man bor i. Årsaken til variasjon er i stor grad ukjent, men små, usentrale og kommuner med høy andel eldre kommer dårligere ut. Flere kommuner nevner at det kan være stigmatiserende for personer med demens å benytte seg av tilbudet. Dette kan bidra til at det er vanskelig å få nok deltakere til å kunne opprette og finansiere et dagaktivitetstilbud. I tillegg kan det være annerledes utforming av tilbud med prioritering av dagopphold på sykehjem og flere med langtidsopphold på sykehjem som gjør at noen kommuner har lavere dekning enn andre.

## **5. Dagaktivitetstilbud for personer med utviklingshemming**

## 5.1 Dagaktivitetstilbud som aktiv omsorg og selvbestemmelse

Dagaktivitetstilbudet er et av de viktigste tilbudene for personer med utviklingshemming<sup>55(s7)</sup>. Personer med utviklingshemming utgjør den største brukergruppen av dagaktivitetstilbud målt i antall plasser samt virksomheter med et tilbud spesielt rettet mot gruppen. Kommunen er ikke pålagt å ha et dagaktivitetstilbud til personer med utviklingshemming, og står fritt til å bestemme innholdet selv<sup>5</sup>. Likevel kan innbyggere ha rett til tjenesten etter Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene §3 og Helse- og omsorgstjenesteloven §1-1<sup>38</sup>.

Antallet personer med utviklingshemming i verden er ifølge WHO estimert til å være fra 1 til 3 prosent av befolkningen. Det antas at land med dårlig fødselstilbud og stor grad av fattigdom vil ha en høyere forekomst av utviklingshemming, og at andelen i land som Norge antagelig vil ligge lavere. Meld. St. nr.45 (2012-2013)<sup>15(s7)</sup> mener et rimelig anslag er at 1,5 prosent av befolkningen har en utviklingshemming<sup>16</sup>. 1,5 prosent av befolkningen<sup>iii</sup> vil tilsa 79 500 personer med utviklingshemming. Omtrent 24 000 personer er registrert med diagnose utviklingshemming<sup>16</sup>. Det kan bety at omtrent 30 prosent av personer med utviklingshemming har en diagnose.

### **Ansvarsreform og utvikling i dagaktivitetstilbud**

Etter ansvarsreformen i 1991<sup>58,59</sup> fikk kommunene ansvar for tjenester og og aktivitetstilbud til personer med utviklingshemming. Dette innebar en overgang fra omsorg gitt på institusjon til at flere flyttet til egen bolig, og ble brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester på linje med andre innbyggere<sup>60</sup>.

Ifølge Anna Kittelsaa og Jan Tøssebro<sup>60</sup> har det gjennomsnittlige antallet timer med dagaktivitet per person økt, og antallet som i liten grad er sysselsatt har sunket drastisk etter reformen. De fremhever at særlig personer med alvorlig utviklingshemming har fått et bedre tilbud. I 2012 fant Reinertsen at omtrent halvparten av alle utviklingshemmede i yrkesaktiv alder hadde et dagaktivitetstilbud å gå til, og at denne andelen hadde vært relativt konstant etter reformen<sup>60(s24)</sup>. En rapport av Jeanette Engeland og Ellen Melbye Langballe, fant at over halvparten av personer med utviklingshemming var registrert med hverken dagtilbud, utdanning eller i arbeidsmarkedstiltak i 2015<sup>65</sup>.

I 2016 var det 317 kommuner som rapporterte at de hadde dagaktivitetstilbud for personer med utviklingshemming (76 prosent av alle kommuner)<sup>9(s47)</sup>. I samme periode hadde 308 kommuner fattet enkeltvedtak om dagaktivitetstilbud<sup>5(s18)</sup>. Det er altså et litt større antall kommuner med et tilbud enn dem som blir fanget opp i KPR, dette kan skyldes lavterskeltilbud som ikke krever at man har vedtak. Det har i mindre grad blitt gjennomført kartlegginger av dagaktivitetstilbudet for personer med utviklingshemming, slik at det er vanskelig å si noe om utviklingen i hvor mange kommuner som har et tilbud i dag, og om dette har økt siden 2016.

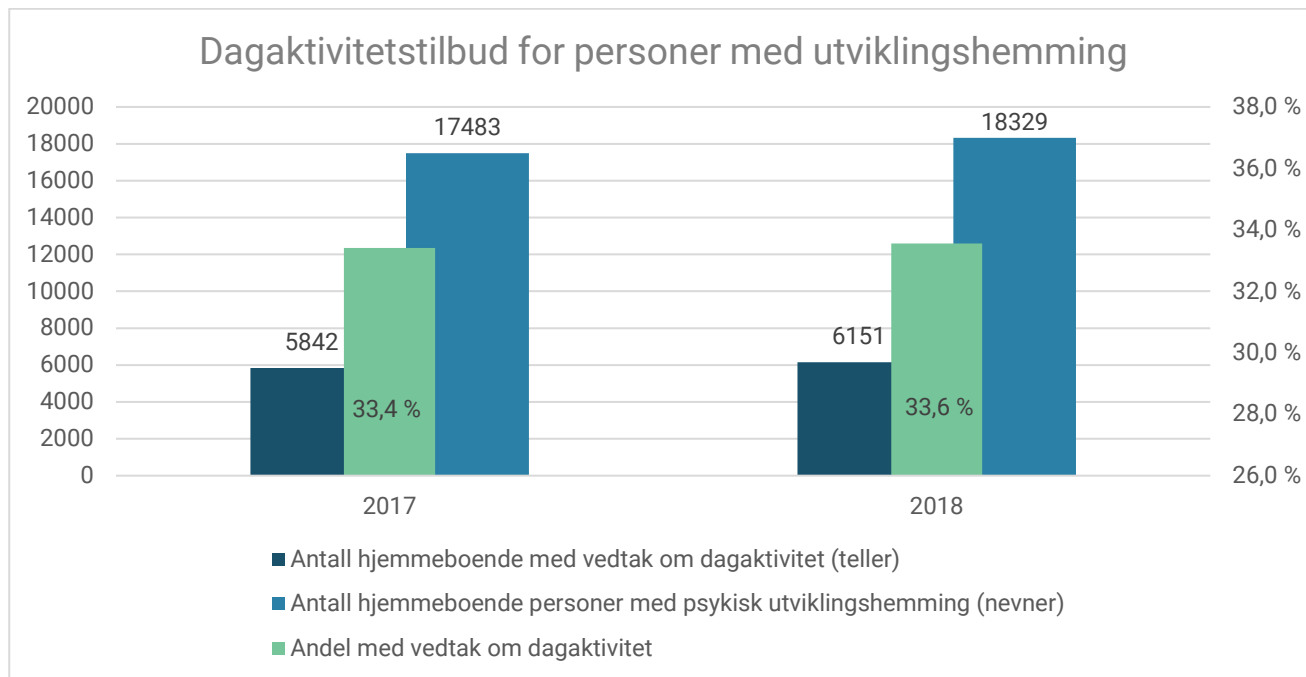
Figur 5.1 viser utviklingen i antallet med vedtak og antallet hjemmeboende med utviklingshemming respektivt. Antallet hjemmeboende personer med diagnosen utviklingshemming har økt med 846 personer fra 2017 til 2018<sup>iv</sup>. Antallet med vedtak om dagaktivitetstilbud har i samme periode økt med 309 personer. I 2018 var det 33,6 prosent hjemmeboende med utviklingshemming som hadde vedtak

<sup>iii</sup> som var 5,3 millioner i andre kvartal 2019<sup>68</sup>.

<sup>iv</sup> Årsaken er sannsynligvis bedre registrering av diagnosen i KPR.

om dagaktivitetstilbud. Dette er en økning på 0,2 prosent fra året før. Dekningsgraden har altså vært relativt stabil.

Figur 5.1: Antall hjemmeboende personer med utviklingshemming som har vedtak om dagaktivitetstilbud, 2017-2018. Tall fra KPR.



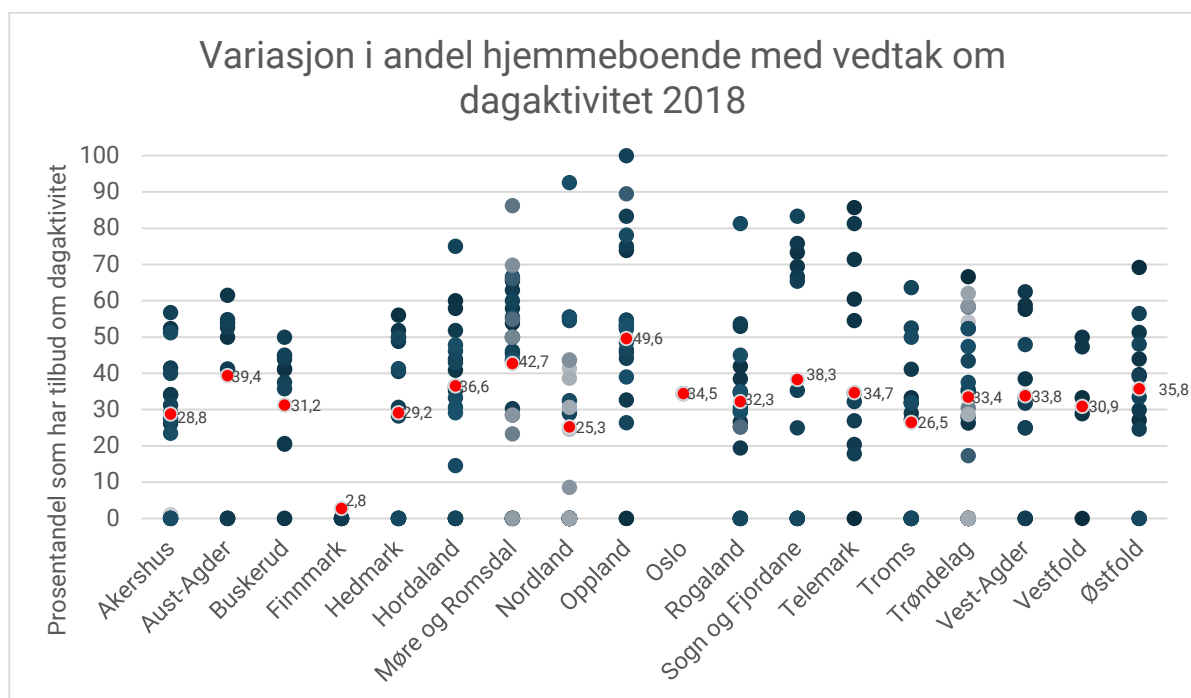
### Utforming og administrasjon

Dagaktivitetstilbudet for personer med utviklingshemming varierer mye i innhold, omfang og målgrupper. Noen er rettet utelukkende mot personer med utviklingshemming, og andre tilbud har blandede brukergrupper. Selve innholdet i dagaktivitetstilbudet varierer også. Noen tilbud er utformet mer som en vanlig arbeidsplass eller produksjonsverksted, mens andre vektlegger aktivisering, sosialt samvær, opplæring og habilitering. Dagtilbudene tilpasses ofte de enkelte brukernes interesser, ferdigheter og behov<sup>61</sup>. Det ser ut til å være vanlig med egenandel for dagtilbudene. Prisen varierer, og kan dekke mat, transport eller begge deler. Bergen har eksempelvis en sats på 34 kroner per dag som dekker transport<sup>62</sup>, mens Stavanger opererer med en egenandel på 85 kroner per dag<sup>63</sup>.

### 5.2 Tilgjengelig og rettferdig fordelt?

Andelen hjemmeboende med vedtak om dagaktivitetstilbud har vært relativt stabil de siste tre årene, men som figur 5.2 under viser, er det relativt stor variasjon mellom kommunene. Variasjonen mellom kommunene strekker seg fra 8,8 prosent til 100 prosent av hjemmeboende personer med utviklingshemming har et vedtak om dagaktivitet. Den fylkesvise variasjonen er også stor – og strekker seg fra 2,8 prosent med i Finnmark til 49,6 i Oppland. Det er altså en veldig stor variasjon mellom kommuner, men flertallet av kommunene har en andel på godt over 20 prosent.

Figur 5.2: Variasjon mellom kommuner i andel hjemmeboende personer over 18 år med utviklingshemming som har dagaktivitetstilbud. Fylkesvis fordeling 2018. Kilde KPR.



I 2018 var tallene for 125 kommuner (30 prosent) prikket, eller anonymisert. Årsaken kan være at antall hjemmeboende med utviklingshemming i kommunen og/eller antallet med vedtak om dagaktivitet var under fem. De prikkede kommunene er likevel inkludert i fylkesgjennomsnittene, noe som gjør at snittet i Finnmark for eksempel er på 2,8 selv om alle kommunene som er inkludert figuren har en andel på 0. En andel på null kan bety at tilbudet ikke finnes i kommunen, eller at ingen har enkeltvedtak om dagaktivitet. Alternativt kan det bety at det ikke finnes noen med en kjent utviklingshemmingsdiagnose i kommunen. Hvor man bor har som vist i figur 5.2 stor betydning for hvilket tilbud man kan forvente som hjemmeboende med utviklingshemming.

### 5.3 Mulige årsaker til variasjon

Det kan være flere årsaker til variasjon i andel hjemmeboende med dagaktivitetstilbud. Ulik organisering av tjenestetilbud, befolkningsstørrelse, geografisk avstand til tjenestesteder og arbeidsplasser, og prioritering av ressurser vil kunne påvirke dagaktivitetstilbud for personer med utviklingshemming. Nedenfor undersøker vi om det er et mønster i variasjonen i hjemmeboende med registrert dagaktivitetstilbud når dette ses sammen med ulike trekk ved kommunene og alternative tilbud.

#### Ulik organisering av omsorgstilbud

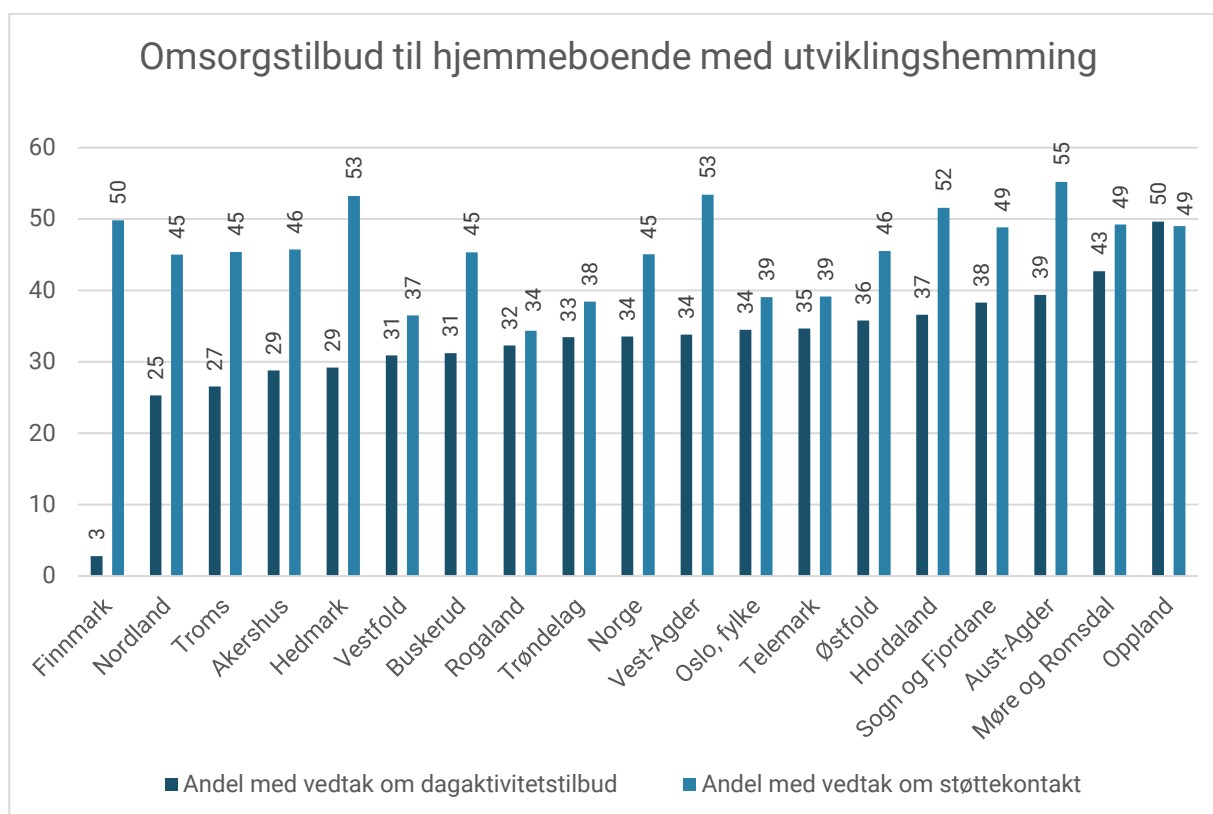
Selv om de kommunale dagtilbudene har hjemmel i Helse- og omsorgstjenesteloven, er ikke retten til dagaktivitet for personer med utviklingshemming en sterkt forankret rettighet. Det er dermed opp til den enkelte kommune hvordan de vil utforme sitt tilbud – og om de ønsker å prioritere ett. Lokale prioriteringer kan dermed mye å si for utbredelsen av aktivitetstilbudene<sup>61</sup>. Dermed kan den svake økningen i andelen hjemmeboende med dagaktivitetstilbud på landsbasis være fordi forankringen i lovverket er svak. Det kan også hende at kommunen prioriterer andre typer aktiv omsorg til denne

gruppen, noe som gjør at tilbudet ikke er like ettertraktet eller nødvendig som andre omsorgs- og aktivitetstilbud.

### Støttekontakt som alternativ til dagaktivitetstilbud?

Kapittel tre viste at støttekontakt er et vanlig tilbud for personer med utviklingshemming. Fordi støttekontakt er utbredt, kan dette fungere som et alternativ til dagaktivitetstilbud. I oversikten over kommunenes dagaktivitetstilbud i 2018, var det 96 kommuner (23 prosent) *der ingen hjemmeboende hadde vedtak om dagaktivitet*. Av disse hadde 44 kommuner flere med vedtak om støttekontakt. Dette øker antallet kommuner som samlet har et tilbud om aktiv omsorg for personer med demens. Figur 5.3 under viser at det generelt er mye høyere andel hjemmeboende med utviklingshemming som har vedtak om støttekontakt enn vedtak om dagaktivitetstilbud. Men andelen med vedtak om støttekontakt har gått ned 0,2 prosent fra 2017. Figur 5.3 viser at andel som har støttekontakt er jevnt høyt mellom fylkene, og ligger høyere enn dagaktivitetstilbudet.

Figur 5.3: Fylkesvis fordeling av andel hjemmeboende personer med utviklingshemming med tilbud om dagaktivitet, og andel med vedtak om støttekontakt blant, 2018. KPR.



Det ser ikke ut til å være noen systematisk sammenheng mellom andelen med dagaktivitetstilbud og andelen med vedtak om støttekontakt på fylkesnivå. Dette illustreres dette ved eksemplene Finnmark og Oppland. Finnmark har en veldig lav dekning i dagaktivitetstilbudet for hjemmeboende med utviklingshemming, men en andel på nesten 50 prosent som har vedtak om støttekontakt. Oppland har på den andre siden veldig høy dekning i både støttekontaktilbudet og dagaktivitetstilbudet.

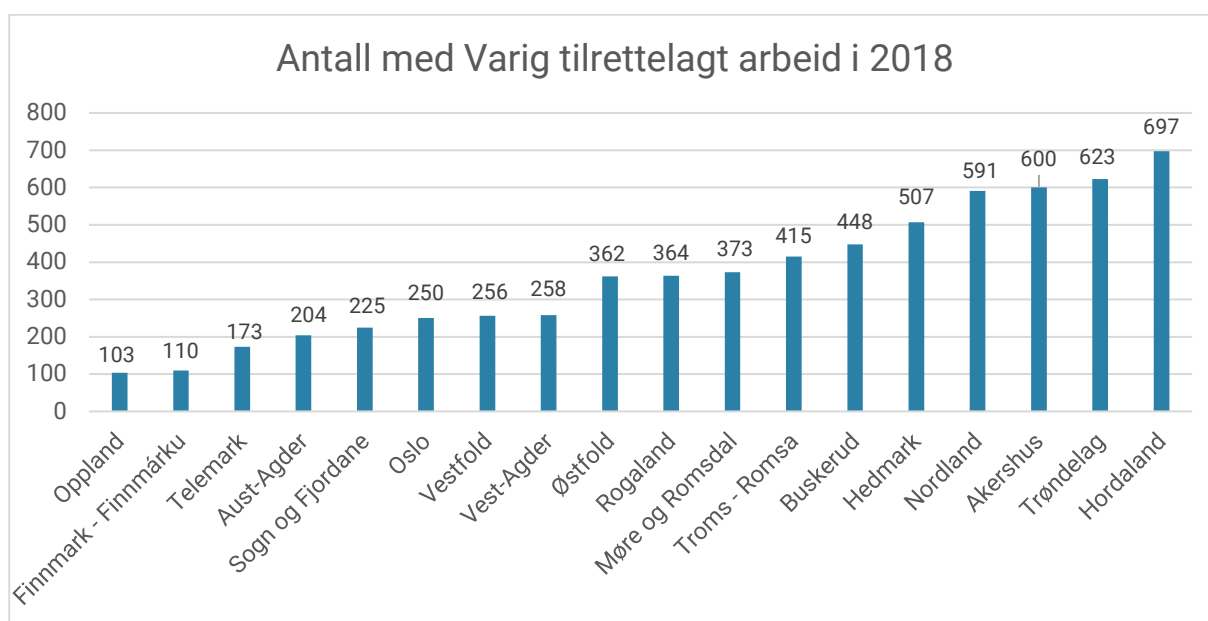
### Varig tilrettelagt arbeid (VTA)

Varig tilrettelagt arbeid er organisert gjennom NAV, og er avgrenset til å gjelde personer som kan produsere noe som kan selges for en høyere sum enn det tok å produsere det<sup>64</sup>. Dette kan være et vanskelig mål å nå for personer med større hjelpebehov. Kravet kan være årsaken til at flere med psykiske lidelser har fått tilbud om VTA de siste årene, mens andelen personer med utviklingshemming som er sysselsatt gjennom VTA synker. Større krav til produktivitet og et mer spesialisert og kunnskapsbasert arbeidsmarked har hevet terskelen for at personer med utviklingshemming kan delta<sup>55</sup>.

I følge Kittelsaa og Tøssebro, stiger andelen med utviklingshemming uten sysselsetting, fra 5 prosent i 1994 til 16 prosent i 2010<sup>60</sup>. I tillegg mener de at flere med utviklingshemming har blitt flyttet over fra VTA til dagsentrene, og at innholdet i dagsentrene har blitt mer orientert mot aktivisering, og mindre mot produksjon. Dette tegner et negativt bilde av det kommunale tilbudet for personer med utviklingshemming. Forfatterne mener det har vært en nedgang i andelen brukere med utviklingshemming sysselsatt gjennom VTA. 30 prosent av VTA-brukerne hadde i 2001 diagnosen utviklingshemming, mens bare 13 prosent av brukerne hadde denne diagnosen i 2010. Tall på hvor mange med utviklingshemming som er ansatt gjennom VTA i 2018 er dessverre ikke tilgjengelig for denne rapporten, kun antallet sysselsatt i VTA per fylke.

Totalsummen personer med VTA var 6559 i 2018. Basert på estimatet om at 13 prosent av deltakerne er personer med utviklingshemming, kan man anta at omtrent 853 personer med utviklingshemming var engasjert gjennom VTA i 2018. Et betydelig mindre antall enn de 6151 personene som har vedtak om dagaktivitetstilbud. VTA kan dermed ikke regnes som et reelt alternativ til dagaktivitet eller støttekontakt. Det har siden 2010 blitt omtrent 1500 færre brukere av VTA. Dersom det fortsatt er tilfelle at 20 prosent av utviklingshemmede med vedtak om dagaktivitetstilbud kunne ha vært i VTA<sup>55</sup>, så ville dette utgjort et behov for et totalt antall plasser på 1230 øremerket for denne gruppen. Dette er omtrent dobbelt så mange plasser som i dag, og dagens plasser er allerede fordelt på flere brukergrupper.

Figur 5.4: Antall med Varig tilrettelagt arbeid (VTA). Fylkesvis fordeling. Kilde, SSB. 2018.



Figur 5.4 over viser hvordan antallet med VTA fordeler seg mellom fylkene. Nordland, som lå i nedre ende av skalaen på dagaktivitetstilbudet, har et relativt høyt antall personer sysselsatt i VTA. Finnmark som lå dårligst an med tanke på dagaktivitetstilbudet, har også relativt få personer i VTA. Dersom det stemmer at det er mellom 13 og 34 prosent i VTA som har utviklingshemming, vil dette utgjøre mellom 14 og 37 personer – mellom 4 og 13 prosent av personer med utviklingshemming. På den andre siden var andelen med vedtak om støttekontakt i Finnmark i det øvre sjiktet, slik at et utbredt tilbud om aktiv omsorg finnes.

Oslo er det fylket med størst befolkning, men har likevel et relativt lavt antall personer i VTA. Det er altså hverken slik at antallet med VTA er spesielt høyt i fylker med lav andel med dagaktivitetstilbud, eller spesielt lavt i fylker med høy andel. Hordaland har som eksempel flest sysselsatt gjennom VTA, samtidig som de har god dekning i både støttekontakt og dagaktivitet.

### *Udekkede behov?*

Ifølge en rapport om tilbudet for personer med utviklingshemming, var inntil 17 prosent av personer med utviklingshemming registrert med udekkede behov for bistand til å delta i arbeid, utdanning eller fritid på en likestilt måte i 2015<sup>(s.19-20)</sup>. Som nevnt over, fant Engeland og Langballe at over halvparten av personer med utviklingshemming var registrert med hverken dagtilbud, utdanning eller i arbeidsmarkedstiltak i 2015<sup>65</sup>. Dette gir inntrykk at behovet for meningsfylt aktivitet på dagtid ikke er møtt for denne målgruppen. Ifølge en rapport av Stian Reinertsen<sup>55</sup> møter 20 prosent av deltakerne i kommunens dagaktivitetstilbud kriteriene for varig tilrettelagt arbeid (VTA). Dette er en annen form for udekket behov, nemlig feil type tilbud. Dette kan tyde på at det heller er et større behov for tilrettelagt arbeid, og mindre behov for dagaktivitetstilbud slik det er organisert i dag.

### *Andre former for omsorg i hjemmet og i institusjon*

Andre former for omsorg, slik som avlastning i institusjon, kan også tenkes å være et uttrykk for ulik utforming av omsorgstilbudet. Ulik utforming kan ha betydning for andelen hjemmeboende med vedtak om dagaktivitetstilbud, der andre tilbud kanskje bli prioritert over dagaktivitet i enkelte kommuner.

I følge en rapport om personer med utviklingshemming sin bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester fra 2017, mottok rett under halvparten av hjemmeboende personer med utviklingshemming helsetjenester i hjemmet<sup>5</sup>. Denne tjenesten er altså like vanlig som støttekontakt. Praktisk bistand til daglige gjøremål ble mottatt av 44 prosent av hjemmeboende. Av tjenester i institusjon, var avlastning i institusjon det vanligste, som 9 prosent av personer med utviklingshemming mottok. Tjenestene nevnt her er rettet mot hjemmeboende personer, og kan bidra til å øke livskvaliteten og mestring, og avlaste pårørende. Det var kun tre prosent av personer med utviklingshemming som i 2015 hadde langtidsopphold i institusjon. Om avlastning fungerer som et alternativ til mer aktiv omsorg i enkelte kommuner blir analysert i korrelasjonstabellen 5.2 i delkapittel 5.4.

### **Ulike forutsetninger**

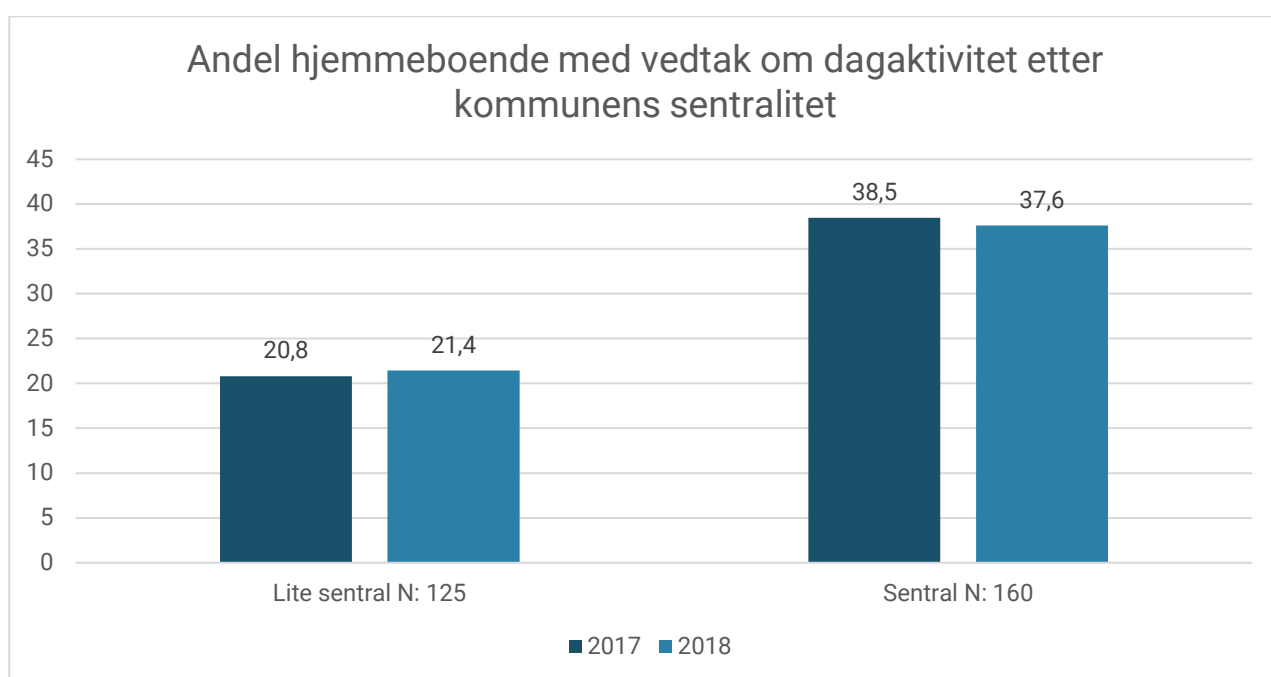
Kommunestørrelse og sentralitet kan påvirke andelen med vedtak om dagaktivitetstilbud og skape variasjon. Få innbyggere og lange transportavstander kan gjøre det dyrere å ha et tilbud fordi kostnaden per bruker blir høy<sup>50</sup>. Dette kan gi vansker med å drifte dagaktivitetstilbud, spesielt der det er få hjemmeboende med en utviklingshemmingsdiagnose<sup>51</sup>.



### Sentralitet

Figur 5.5 viser at det er en stor forskjell i andelen hjemmeboende med dagaktivitet for hjemmeboende i sentrale kommuner sammenlignet med de mindre sentrale kommuner. De mest sentrale kommunene har en gjennomsnittlig andel med vedtak på 38 prosent. I de minst sentrale kommunene var snittet på 21 prosent. Det er altså omtrent 16 prosent forskjell mellom de mest og minst sentrale kommunene. Det har vært en svak økning i de minst sentrale kommunene fra 2017 til 2018, mens det har vært en tilsvarende nedgang i de mest sentrale kommunene. Dette kan tyde på at tilbudet er i ferd med å bli mer tilgjengelig og rettferdig fordelt mellom sentrale og mindre sentrale kommuner. Selv om de sentrale kommunene har 16 prosent bedre dekning, har de minst sentrale kommunene i snitt også et ganske høy andel med vedtak om dagaktivitet på over 20 prosent. Lite sentrale kommuner har et skår fra 0 til 655,5, mens sentrale kommuner har et skår fra 655,5 til 1 000. Sentralitetsindeksen er definert i kapittel to.

Figur 5.5: Gjennomsnittlig andel med vedtak om dagaktivitet etter sentralitetsindeks. Kilde KOSTRA og SSB. 2018.



### Befolkningsstørrelse

Sentralitet og befolkningsstørrelse henger tydelig sammen. Sentralitetsindeksen er blant annet basert på antall arbeidsplasser tilgjengelig innenfor et visst geografisk område, og antall arbeidsplasser og befolkningsstørrelse vil være nært forbundet. Sammenhengen er illustrert ved en sterk og svært signifikant korrelasjon i tabell 5.2 under. Små kommuner kan slite med å få nok deltakere til å finansiere tilbudet<sup>50</sup>. Mindre kommuner har i tillegg færre skatteinntekter og en større andel eldre og pleietrengende enn store kommuner. Det gjør at det kan koste mer å prioritere tilbudet i små kommuner, da det ofte må gå på bekostning av noe annet.

Befolkningsstørrelse har i likhet med sentralitet en stor innvirkning på andelen hjemmeboende med utviklingshemming som har vedtak om dagaktivitetstilbud. Tabell 5.1 under viser hvordan befolkningsstørrelse samvarierer med andel hjemmeboende med utviklingshemming som har vedtak om dagaktivitetstilbud. De største kommunene har et snitt på mellom 34 og 40 prosent, mens de

minste kommunene har et snitt på mellom 10 og 16 prosent med vedtak om dagaktivitetstilbud. Dette utgjør en forskjell på minst 24 prosent mellom de minste og største kommunene, og er et tegn på at trekk ved kommunene kan ha mye å si for om kommunen tilbyr et dagaktivitetstilbud til hjemmeboende med utviklingshemming. Andelen hjemmeboende med dagaktivitetstilbud i de minste kommunene er også på vei nedover og er redusert med 4 prosentpoeng siden 2017. Dette tyder på større ulikhet mellom tilbudene i små og store kommuner vokser, og at tilbudet om dagaktivitetstilbud ikke er like tilgjengelig for alle.

### Tabell 5.1 Befolkningsstørrelse

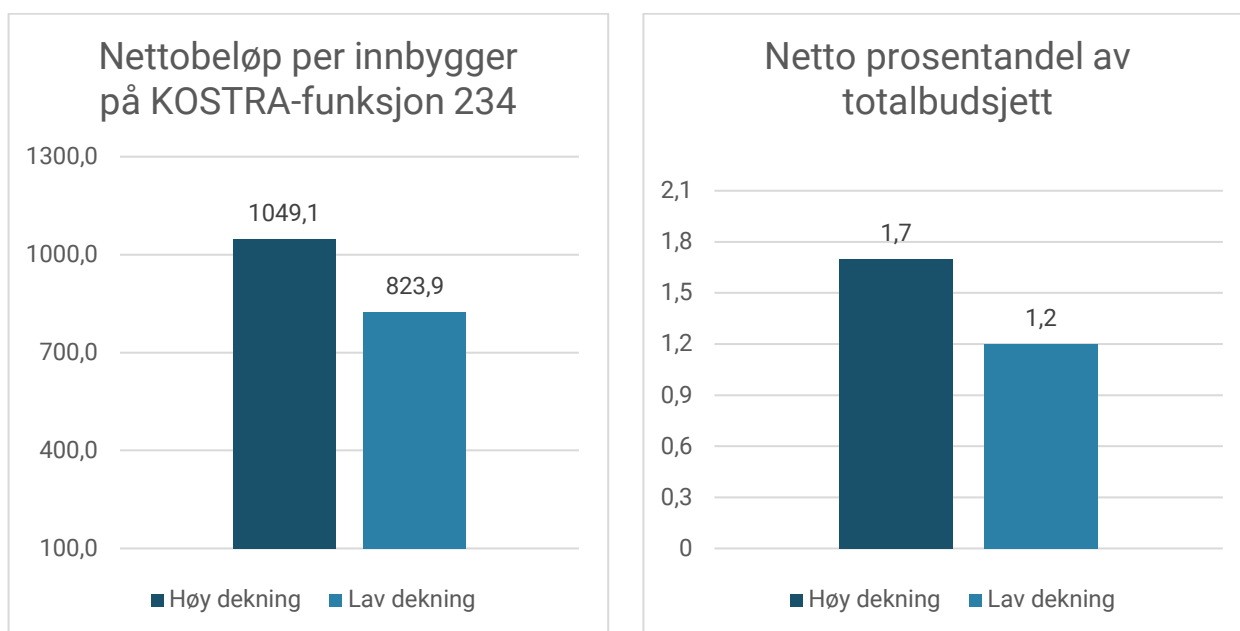
Andel hjemmeboende med utviklingshemming med dagaktivitetstilbud etter befolkningsstørrelse

Befolkningsstørrelse	Andel hjemmeboende med dagaktivitetstilbud	Andel hjemmeboende med støttekontakt	Antall kommuner
Under 1500 innbyggere	10,0	14,1	27
1500-2999	16,5	53,4	50
3000-4999	32,8	47,0	39
5000-9999	40,3	54,6	72
10 000-25 000	36,1	48,9	63
Over 25 000 innbyggere	34,4	43,5	39
<b>Totalsum/gjennomsnitt</b>	<b>30,6</b>	<b>47,6</b>	<b>290</b>

Både andel med vedtak om dagaktivitet og støttekontakt er bedre for store og mellomstore kommuner enn for små. Dekningen i dagaktivitetstilbud øker frem til 10 000 innbyggere, før den avtar litt mot 25 000 og over. Det er klart flere med vedtak om støttekontakt enn med vedtak om dagaktivitetstilbud, på tvers av befolkningsklasser.

### Kommunens prioritering av utgifter

Figur 5.6: Bruk av midler etter dekningsgrad. Kilde KOSTRA og SSB, 2018.



\* Dekningsgrad er inndelt etter kommuner med 50 prosent høyest og lavest dekning relativt.

Det er en viss sammenheng mellom kostnader til dagaktivitet og andel hjemmeboende med utviklingshemming med vedtak om dagaktivitetstilbud. Figur 5.6 viser at kommunene med høyest dekning bruker 225 kroner mer per innbygger på budsjettposten for «Aktiviserings og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse». Kommunene med høyest dekning bruker også en halv prosent mer av budsjettet på posten. Det er viktig å merke seg at dekningsgraden i denne figuren kun gjelder personer med utviklingshemming, mens utgifter knyttet til KOSTRA-funksjon 234 gjelder alle aktiviserings og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse. Utgifter til omsorgstjenester påvirket av mange faktorer, som andel eldre i kommunen, befolkningsstørrelse og inntekter.

#### **5.4 Analyse av variasjon i dagaktivitet til hjemmeboende med utviklingshemming**

Nedenfor presenteres en korrelasjonstabell (tabell 5.2) som viser samvariasjonen på kommunenivå mellom andel hjemmeboende med registrert utviklingshemming med dagaktivitet og ulike trekk ved kommunen. Tabellen under viser hvordan sentralitet, befolkningsstørrelse, prioritering av utgifter og andre omsorgstilbud henger sammen med andelen med vedtak om dagaktivitet. Et minustegn foran verdien i tabellen viser en negativ samvariasjon mellom et trekk ved kommunen og andel hjemmeboende med vedtak. Ingen tegn foran angir en positiv sammenheng.

Tabellen viser positiv samvariasjon mellom disse variablene og dagaktivitet:

- Sentralitet, der sentrale kommuner har bedre dekning
- Befolkningsstørrelse (kommunestørrelse) – større dekning i middels store og store kommuner.
- Beløp (netto) per innbygger ført på KOSTRA-funksjon 243. Dekningen øker med større utgifter.
- Andel av totalbudsjett (netto) som brukes på KOSTRA-funksjon 243. Jo flere prosent av budsjettet som brukes på posten, jo høyere dekning er forbundet med høyere andel med vedtak.
- Andel med støttekontakt – Jo flere personer med utviklingshemming som har vedtak om støttekontakt, jo flere har vedtak om dagaktivitet.

Tabellen viser ingen signifikant samvariasjon mellom disse variablene og dagaktivitet:

- Avlastning 0-66.
- Avlastning 0-66 rullerende.

#### **Alternative tilbud og ulik utforming av tjenestetilbud**

Fordi informasjon om VTA kun finnes på fylkesnivå, kan sammenhengen med dagaktivitetstilbudet i kommunene ikke undersøkes. Dette er en svakhet ved analysen, da dette kan henge sammen med andelen med vedtak om dagaktivitetstilbud i kommunen.

En større andel med vedtak om støttekontakt var forbundet med høyere andel med dagaktivitetstilbud. Det trenger ikke bety at mer av det ene tilbudet fører til mer av det andre, men heller at enkelte kommuner generelt har et bedre tilbud til hjemmeboende med utviklingshemming, og at kommuner som har en høy andel med vedtak om støttekontakt også ofte har en høy andel med vedtak om dagaktivitet. Ingen av avlastningsvariablene i korrelasjonstabell 5.2 var signifikante, men det kan tenkes at det er andre tjenestetilbud som ikke er inkludert i tabellen forklarer mer.

## **Sentralitet, befolkningsstørrelse og prioritering av utgifter**

Korrelasjonstabellen under viser at både befolkningsstørrelse og sentralitet er signifikant forbundet med Sentralitet er signifikant forbundet med andelen med dagaktivitetstilbud i korrelasjonstabellen. Dette bekrefter de punktvisse gjennomgangene over, som viste at det er stor variasjon mellom store og små kommuner, og mellom sentrale og mindre sentrale kommuner. Befolkningsstørrelse og sentralitet sammenfaller ofte med andre trekk ved kommunene, slik som tilgang på kvalifisert arbeidskraft, budsjettammer og tjenestenes kostnadsnivå. Større andel eldre og pleietrengende versus arbeidsføre, færre skatteinntekter og lange reiseavstander kan gjøre tjenestene dyrere å opprette og drifte<sup>53</sup>.

Beløp per innbygger og andelen av totalbudsjettet som brukes på funksjon 234 er sterkt signifikant forbundet med høyere andel med dagaktivitetstilbud. Dette kan tyde på at kommunens prioritering spiller en rolle for dagaktivitetstilbudet for personer med utviklingshemming. Hvor stor andel av budsjettet som brukes kan være en indikator på at tilbudet prioriteres, og vi ser at kommuner som bruker en større andel av budsjettet også bruker flere kroner per innbygger, vist ved en korrelasjon på 0,9.

Analysen over har vist at sentralitet, kommunestørrelse, prioritering av utgifter og andel med vedtak om støttekontakt varierer med andelen hjemmeboende med utviklingshemming som har vedtak om dagaktivitet i kommunen.

## **5.5 Oppsummering**

Etter ansvarsreformen i 1991 har aktivitets- og sysselsettingstilbudet for personer med utviklingshemming blitt bedre. Likevel er det flere som peker på at andelen som ikke er sysselsatt har økt de seneste årene. Det har også skjedd en prioritering av aktivitet i dagsenter over mer arbeidsrettet aktivitet. Det har de senere årene vært en relativt uendret andel personer med utviklingshemming som har fått vedtak om dagaktivitetstilbud i kommunene. Selv om andelen med vedtak generelt ligger høyt på 33,56 prosent, er variasjonen mellom kommuner stor. Noen kommuner og fylker har knapt noen med et vedtak, mens andre kommuner har tilbud for alle med utviklingshemming.

Andelen som har vedtak om støttekontakt er betydelig høyere, og ligger på 45 prosent av hjemmeboende. Det er altså et betydelig tilbud om aktiv omsorg til denne gruppen rundt om i landet. Et annet supplerende tilbud er VTA. Antallet brukere av VTA har gått gradvis nedover fra 2010, til dagens nivå på 6559 plasser. Dette på tross av at det i 2018 ble satt av midler i statsbudsjettet til 9800 plasser. Flere kilder viser til VTA som et spesielt ettertraktet tilbud for personer med utviklingshemming, men andelen av personer med utviklingshemming i dette tilbudet har bare gått ned de siste årene. VTA utgjør i rene plasser ikke et substansielt supplement til dagaktivitet. Dagaktivitet og VTA ser heller ut til å fungere som et supplement til støttekontaktordningen som er den største tjenesten i antall med vedtak. Selv om andelen er høy, det usikkert hvor ofte og mye man bruker støttekontakt sammenlignet med dagaktivitetstilbud som vanligvis tilbys ukentlig.

Årsakene til variasjon mellom kommunene er fortsatt ganske uklar. Likevel ser befolkningsstørrelse, sentralitet, prioritering av utgifter og prioritering av brukergruppen ut til å spille en rolle. Det kan tenkes at det er lokale forhold som ikke kan la seg fange opp i enkle variabler som er det mest avgjørende. Det kan også tenkes at det finnes andre tilgjengelige variabler om andre tjenestetilbud som forklarer mer.

**Tabell 5.2 Korrelasjonstabell**

Dagaktivitetstilbud for hjemmeboende personer med utviklingshemming og kjennetegn ved kommunen

	Andel med vedtak	Sentralitet	Befolkningsstørrelse	Beløp per innbygger <sup>a</sup>	Andel av totalbudsjett <sup>b</sup>	Andel med Støttekontakt	Avlastning på institusjon	Rullerende avlastning
Andel med vedtak om dagaktivitetstilbud	1							
N	241							
Sentralitetsindeks_2018	,213**	1						
N	241	241						
Befolkningsstørrelse	,265**	,859**	1					
N	241	241	241					
Beløp per innbygger <sup>a</sup>	,326**	,054	,060	1				
N	241	241	241	241				
Andel av totalbudsjett <sup>b</sup>	,352**	,273**	,276**	,937**	1			
N	241	241	241	241	241			
Andel med Støttekontakt	,228**	,161*	,152*	,216**	,224**	1		
N	241	241	241	241	241	241		
Avlastning på institusjon 0-66	,035	,371**	,331**	,036	,093	-,051	1	
N	241	241	241	241	241	241	241	
Avlastning på institusjon 0-66 (rullerende)	,002	,224**	,245**	,015	,062	-,029	,035	1
N	241	241	241	241	241	241	241	241

\*\* . Korrelasjonen er signifikant på 0,01-nivå (2-halet).

\* . Korrelasjonen er signifikant på 0,05-nivå (2-halet).

a. Nettobeløp per innbygger på KOSTRA-funksjon 234.

b. Prosentandel av netto totalbudsjett brukt på KOSTRA-funksjon 234.

# Litteraturliste

1. Shahzadi S, Narbuvoold H. *Rammeverk for nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helse- og omsorgstjenesten*. Oslo; 2018. [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no).
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Omsorg 2020. 2015:1–64.
3. Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld. nr. 25 (2005-2006). 048001-040003. september 2006.
4. Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet. Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne. april 2013.
5. Kjelvik J, Haugan L. *Personer med utviklingshemmings bruk av fylkeskommunale og kommunale helse- og omsorgstjenester*.; 2017. [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no).
6. Helse- og Omsorgsdepartementet. I-5/2007 - Aktiv omsorg – sentral del av et helhetlig omsorgstilbud. juni 2007. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rundskriv-i-2007---aktiv-omsorg--sentral/id471845/>.
7. Helsedirektoratet. *Kvalitetsindikatorbeskrivelse: Dagaktivitetstilbud til personer med demens og kognitiv svikt Andel*.; 2017. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer/>.
8. Helsedirektoratet. *Dagaktivitetstilbud til personer med utviklingshemming*. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/dagaktivitetstilbud-til-personer-med-utviklingshemming>.
9. Abrahamsen D, Allertsen og Othilde Skjøstad L. *Dagaktivitetstilbud i omsorgstjenesten. Målgrupper og innhold*. SSB-Rapport; 2016.
10. Store medisinske leksikon. Demens. <https://sml.snl.no/demens>.
11. Helsedirektoratet. Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demens 2018 - Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonalt-kartlegging-av-tilbudet-til-personer-med-demens>. Publisert 2018.
12. Helsedirektoratet. *Dagaktivitetstilbud til personer med demens*. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/dagaktivitetstilbud-til-personer-med-demens-og-kognitiv-svikt>.
13. Direktoratet for e-helse. Kodeverket ICD-10 (og ICD-11) - ehelse. <https://ehelse.no/kodeverk/kodeverket-icd-10-og-icd-11>.
14. NAKU. Diagnose: Psykisk utviklingshemming - ICD-10 | Naku. <https://naku.no/kunnskapsbanken/diagnose-psykisk-utviklingshemming-icd-10>. Publisert 2019.
15. Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet. Meld. St. 45 (2012–2013). juni 2013.
16. NAKU. Spørsmål: Antall personer med utviklingshemming. <https://naku.no/kunnskapsbanken/spørsmål-antall-personer-med-utviklingshemming>. Publisert

2018.

17. Helsedirektoratet. *Kvalitetsindikatorbeskrivelse: Dagaktivitetstilbud for personer med utviklingshemming.*; 2017. <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/opplegg-for-registrering-av-antall-personer-med->.
18. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 29 (2012–2013). april 2013.
19. Vossius, C., Selbæk, G., Ydstebo, A. E., Benth, J. S., Godager, G., og Luraas, H. Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC). Sykehuset Innlandet, Rapport. Utgitt 2015.
20. Helse- og omsorgsdepartementet. Demensplan 2020. desember 2015.
21. Aldring og helse. Ung med demens. <https://www.aldringoghelse.no/alle-artikler/ung-med-demens/>. Publisert 2017.
22. Helsedirektoratet. Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) . <https://www.helsedirektoratet.no/tema/statistikk-registre-og-rapporter/helsedata-og-helseregistre/kommunalt-pasient-og-brukerregister-kpr>.
23. Lovdata. Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. <https://lovdata.no/forskrift/2003-06-27-792/§3>
24. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for demens . I ; 2017. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>.
25. Helsedirektoratet. Ventetid på dagaktivitetstilbud. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/ventetid-pa-dagaktivitetstilbud>.
26. Helsedirektoratet. Diagnosestatistikk for kommunale helse- og omsorgstjenester. Tema: Demenssykdom; 2017. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/diagnosestatistikk-for-kommunale-helse-og-omsorgstjenester>.
27. Sentralbyrå S. 11642: Brukarar av omsorgstenester i løpet av året, etter alder og detaljert teneste (K) 2009 - 2018. Statistikkbanken. <https://www.ssb.no/statbank/table/11642/>.
28. Statistisk sentralbyrå. 07459: Alders- og kjønnsfordeling i kommuner, fylker og hele landets befolkning (K) 1986 - 2019. Statistikkbanken. <https://www.ssb.no/statbank/table/07459>.
29. Statistisk sentralbyrå. 12364: Finansielle grunnlagsdata, etter regnskapsbegrep (K) 2015 - 2018. Statistikkbanken. <https://www.ssb.no/statbank/table/12364>.
30. Statistisk sentralbyrå. 12362: Utgifter til tjenesteområdene, etter funksjon og art (K) 2015 - 2018. Statistikkbanken. <https://www.ssb.no/statbank/table/12362/>.
31. Statistisk sentralbyrå. Ny sentralitetsindeks for kommunene. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/ny-sentralitetsindeks-for-kommunene>. Publisert 2017.
32. Høydahl E. *Ny sentralitetsindeks for kommunene.*; 2017.
33. Statistisk sentralbyrå. 11606: Sysselsatte, etter bosted, arbeidssted, alder og næring (5-siffernivå, SN2007). 4. kvartal (F) 2010 - 2018. Statistikkbanken. <https://www.ssb.no/statbank/table/11606>.
34. Riksrevisjonen. Undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen. <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2018-2019/Tilgjengelighet-og-kvalitet-i->

eldreomsorgen/. Publisert 2018.

35. Helsedirektoratet. Etablering og drift av dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens - Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/etablering-og-drift-av-dagaktivitetstilbud-til-hjemmeboende-personer-med-demens>. Publisert 2019.
36. Helsedirektoratet. Særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester . <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/saerlig-ressurskrevende-helse-og-omsorgstjenester>.
37. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 11 (2014-2015). desember 2014.
38. Lovdata. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30/>
39. NAKU. Varig tilrettelagt arbeid (VTA): Forskning. <https://naku.no/kunnskapsbanken/varig-tilrettelagt-arbeid-vta-forskning>. Publisert 2019.
40. tv2.no. På denne gården er demenssyke en ressurs: - Det er ikke noe tulle-arbeid. <https://www.tv2.no/a/8729920/>. Publisert 2016.
41. FHI. Demens. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/#datagrunnlag>. Publisert 2014.
42. NHI.no. Demens, ulike former. <https://nhi.no/sykdommer/eldre/demens/demens-ulike-former/>. Publisert 2019.
43. Forskning.no. Demensforekomst i Norge høyere enn tidligere antatt. <https://forskning.no/alzheimer-aldring/demensforekomst-i-norge-hoyere-enn-tidligere-antatt/295614>. Publisert 2018.
44. Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Prop. 113 S (2018–2019). mai 2019.
45. Gjøra L, Eek A, Kirkevold Ø. *Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens Demensplan 2015*; 2014. [www.aldringoghelse.no](http://www.aldringoghelse.no).
46. Sørvoll og Thomas Hansen J. *Aktivitetsvenn - en studie med vekt på de frivilliges erfaringer*. [www.oslomet.no/om/nova](http://www.oslomet.no/om/nova).
47. Nasjonalforeningen for folkehelsen. For kommunen: Aktivitetsvenn – dobbel glede. <https://nasjonalforeningen.no/tilbud/aktivitetsvenn-for-personer-med-demens/for-kommunen2/>.
48. Østlendingen. Lange ventelister på dagaktivitetstilbud: – Neste år kan vi ikke sommerstenge. <https://www.ostlendingen.no/eldreomsorg/elverum/nyheter/lange-ventelister-pa-dagaktivitetstilbud-neste-ar-kan-vi-ikke-sommerstenge/s/5-69-793681>. Publisert 2019.
49. Halden Arbeiderblad. Fancy bygg gir ikke automatisk godt innhold - Halden har en jobb å gjøre med demens. <https://www.ha-halden.no/ytring/malin-ostli/demens/fancy-bygg-gir-ikke-automatisk-godt-innhold-halden-har-en-jobb-a-gjore-med-demens/o/5-20-718521>. Publisert 2019.
50. Helsedirektoratet. SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2013 . <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samdata-spesialisthelsetjenesten>. Publisert 2013.
51. Strandli EHA, Ludviksen IM, Strand M. *Nasjonal håndbok: DAGAKTIVITETSTILBUD TILRETTELAGT FOR PERSONER MED DEMENS Inn på tunet*. Aldring og helse; 2016. [www.bk.no](http://www.bk.no). Åpnet desember 19, 2019.
52. Forskning.no. Turer, Fleksnes og frokost ute: En dag på gården gjør godt for personer med demens. <https://forskning.no/aldring-demens-nmbu-norges-miljo-og-biovitenskapelige-universitet/turer->



fleksnes-og-frokost-ute-en-dag-pa-garden-gjor-godt-for-personer-med-demens/1353144. Publisert 2019.

53. Osborg SO, Kaspersen S. *Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2013: Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon*. Trondheim; 2015.
54. NRK Sørlandet. – Minst 32.000 demente er fortsatt uten dagtilbud. [https://www.nrk.no/sorlandet/\\_-minst-32.000-demente-er-fortsatt-uten-dagtilbud-1.13646295](https://www.nrk.no/sorlandet/_-minst-32.000-demente-er-fortsatt-uten-dagtilbud-1.13646295). Publisert 2017.
55. Reinertsen S. *arbeids- og aktivitetssituasjonen blant personer med psykisk utviklingshemming.*; 2012. [www.naku.no](http://www.naku.no).
56. Lovdata. Rundskriv til Lov om sosiale tjenester i NAV. [https://lovdata.no/nav/rundskriv/r35-00#KAPITTEL\\_4-1](https://lovdata.no/nav/rundskriv/r35-00#KAPITTEL_4-1).
57. Frivillig.no. Bli med å øke deltagelsen innen kultur og fritidsaktiviteter for personer med utviklingshemming? <https://frivillig.no/vitalitetsenteret-frivilligsentral-sa/bli-med-ke-deltagelsen-innen-kultur-og-fritidsaktiviteter-for-personer-med-utviklingshemming>
58. Sosialdepartementet. St.meld nr. 67 (1986-87). <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1986-87&paid=3&wid=d&psid=DIVL812>. Publisert 1985.
59. Sosialdepartementet. St.meld nr. 47 (1989-90). <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1989-90&paid=3&wid=c&psid=DIVL1083&s=True>. Publisert 1989.
60. Kittelsaa A, Tøssebro J. *Kommunal praksis og personer med utviklingshemming*. Trondheim; 2013. [www.samforsk.no](http://www.samforsk.no).
61. NAKU. Dagsenter. <https://naku.no/kunnskapsbanken/dagsenter>. Publisert 2019.
62. Kommune B. Oversikt over vedtatte avgifter og egenbetalinger 2019. Styringsdokumenter. <https://www.bergen.kommune.no/styringsdokument/1335907>.
63. Stavanger kommune. Egenbetaling for helse- og omsorgstjenester . <https://www.stavanger.kommune.no/helse-og-omsorg/alders-og-sykehjem/Egenbetalingforhelseogomsorgstjenester/#egenbetaling-for-dagsenter>. Publisert 2019.
64. NAKU. Arbeid og aktivitet: Lovverk og statlige føringer. <https://naku.no/kunnskapsbanken/arbeid-og-aktivitet-lovverk-og-statlige-føringer#main-content>. Publisert 2019.
65. Egeland J, Langballe EM. *Voksne og eldre med utviklingshemning og dagens bruk av samarbeidsfora i kommunene.*; 2017.
66. Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Prop. 96 S (2016–2017). april 2017.
67. Tingvold L, Romøren TI. *Tjenestens innhold og fordeling: Evaluering av omsorgsplan 2015 Ferdig tekst-før grafisk ombrekking.*; 2015.
68. Befolkningen - SSB. <https://www.ssb.no/befolkning/faktaside/befolkningen>. Publisert 2019.

# Vedlegg

## Datakvalitet

Datakvaliteten varierer avhengig av kommunestørrelse. Tabell v.1 og v.2 under viser hvordan andelen kommuner som forsvinner på grunn av anonymisering øker ettersom antall innbyggere synker. Mellom 38 og 61 prosent av kommuner under 5000 innbyggere er anonymisert. Det ser *ikke* ut til å være betydelig forskjell i registreringspraksis mellom små og store kommuner. Andelen hjemmeboende med registrert demensdiagnose er ikke betydelig større i små kommuner enn i store (se tabell v.1 kolonne 4).

### Tabell v.1

Datakvalitet, dagaktivitetstilbud for personer med demens

Befolkningsstørrelse	Antall kommuner med anonymisert andel med vedtak	Antall kommuner med en andel på 0	Andel hjemmeboende med demens av personer 67+	Antall kommuner
Under 1500 innbyggere	39 (55 prosent)	27 (38 prosent)	3,2	70
1500-2999	39 (46 prosent)	26 (31 prosent)	2,8	84
3000-4999	21 (33 prosent)	11 (17 prosent)	2,8	63
5000-9999	19 (22 prosent)	5 (6 prosent)	3,2	87
10 000-25 000	10 (14 prosent)	5 (7 prosent)	3,0	70
Over 25 000 innbyggere	2 (5 prosent)	1 (2 prosent)	2,9	41

Tabellene viser også at andelen kommuner der ingen har vedtak (en andel på null) også er større for små kommuner. Over 30 prosent av kommuner under 3000 innbyggere har en andel på null. En andel på null kan bety at tilbudet ikke finnes i kommunen, eller at ingen har enkeltvedtak om dagaktivitet. Alternativt kan det bety at det ikke finnes noen med en kjent demens- eller utviklingshemmingsdiagnose i kommunen. Resultatene fra analysene i kapittel 4 og 5 representerer dermed hovedsakelig kommuner over 5000 innbyggere.

### Tabell v.2

Datakvalitet, dagaktivitetstilbud for personer med utviklingshemming

Befolkningsstørrelse	Antall kommuner med anonymisert resultat	Antall kommuner med en andel på 0	Antall kommuner
Under 1500 innbyggere	43 (61 prosent)	23 (32 prosent)	70
1500-2999	34 (40 prosent)	36 (43 prosent)	84
3000-4999	24 (38 prosent)	16 (25 prosent)	63
5000-9999	15 (17 prosent)	11 (13 prosent)	87
10 000-25 000	7 (10 prosent)	5 (7 prosent)	70
Over 25 000 innbyggere	2 (5 prosent)	3 (7 prosent)	41

## Dagaktivitetstilbud i kommunen

### Utgitt

[Dato]

Publikasjonsnummer: IS-2885

### Forfatter

Ingebjørg Bærø

### Utgitt av

Helsedirektoratet

Telefon: 47 47 20 20

(fra utlandet: +47 477 06 366)

### Oslo

Helsedirektoratet

#### Postadresse

Pb. 220 Skøyen, 0213 Oslo

#### Besøksadresse

Vitaminveien 4, 0483 Oslo

### Trondheim

#### Helsedirektoratet

avd. Helseregistre

avd. Komparativ statistikk og  
styringsinformasjon

Postboks 6173, Torgarden

7435 Trondheim

Besøksadresse

### Forsidefoto

Yana Tatevosian

### Design

Itera as

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)