



Senter for
omsorgsforskning
S Ø R

Kommunal omsorg – i plan?

Status 2011 – utfordringer mot 2025
2. utgave



Einar Vetvik
Per Gunnar Disch



Senter for omsorgsforskning – Rapportserie nr. 6/2014

Kommunal omsorg – i plan?

Status 2011 – utfordringer mot 2025

2. utgave

Senter for omsorgsforskning, rapportserie – nr. 6/2014

Einar Vetvik
Per Gunnar Disch

Kommunal omsorg – i plan?

Status 2011 – utfordringer mot 2025
2. utgave

Senter for omsorgsforskning, Sør
Høgskolen i Telemark

2014

© Forfatteren/Senter for omsorgsforskning

Omslagsbilde: © Colourbox.com

Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr.6/2014

1. utgave (2013)

2. utgave (2014)

Tittel: Kommunal omsorg –i plan? Status 2011 –
utfordringer mot 2025. 2. utgave.

Forfattere: Einar Vetvik og Per Gunnar Disch

Satt med Georgia 10,5/14 (Lato)

ISBN (trykt utgave): 978-82-93269-67-0

ISBN (digital utgave): 978-82-93269-68-7

ISSN (trykt utgave): 1894-4213

ISSN (digital utgave): 1892-705X

Rapportserien finnes også digitalt:

www.omsorgsforskning.no

SAMMENDRAG

Senter for omsorgsforskning Sør, ved avdeling Høgskolen i Telemark fikk i oktober 2008 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å gjennomføre en kartlegging av status i omsorgsplanarbeidet i norske kommuner. Hovedspørsmålet var hvilken retning planarbeidet har og hvilke utfordringer som ligger i dette arbeidet. Data ble samlet inn i mai 2009 og presentert i Rapport nr. 1, 2009: Disch og Vetvik: Framtidas omsorgsbilde, slik det ser ut på tegnebrettet, Senter for omsorgsforskning-Sør.

Høsten 2011 utarbeidet vi et delvis nytt opplegg for å oppdatere status og drøfte vårt tema videre. Spørreskjema ble utsendt sent på høsten 2011. Vi brukte flere av de samme spørsmål som i 2009, men dels også nye som ble aktualisert av utviklingen og konklusjonene fra vårt første prosjektarbeid. Det viktigste nye er spørsmål knyttet til situasjonen fra 2020 da blir en stor økning i eldrebefolkningen, og en særlig sterk vekst i gruppen eldre over 80 år.

Begrensede ressurser, permisjoner mv. medførte dessverre at rapporten ikke ble ferdig i 2012, men først i august 2013.

Ny utgave i 2014 fant vi nødvendig pga. feil og mangler i tekst og tabeller i den første utgave. Vi har også valgt å supplere med utdypende tekst knyttet til forslaget om endret kommunestruktur med reduksjon av antallet kommuner. Vi har også gått nærmere inn på vårt forslag om å utvikle et verktøy for en

tilstandsanalyse i den kommunale omsorgssektor.

I kapittel to drøftes den demografiske utviklingen som sentralt premiss for kommunenes omsorgsplanarbeid. Den store økningen i eldrebefolkningen generelt fra 2020 understrekes, med en særlig sterk økning i gruppen over 80 år. Vi fremhever imidlertid den store variasjon som finnes mellom det gjennomsnittlige bildet i forhold til utviklingen i den enkelte kommune. Gjennom flere tabeller gis en illustrasjon av denne variasjonen.

I kapittel tre fremstilles de statlige signaler i ulike dokumenter som et annet hovedpremiss for studiens problemstillinger. Vi antyder at Helse- og omsorgsfeltet er overlesset med velmente, gode overordnede intensjoner. Men de blir for generelle og blir derfor ikke alltid fruktbare for den kommunale utvikling og tilpassing av omsorgsvirksomheten, særlig for de skrøpelige eldre. Deres behov synes nedtonet i et meget idealistisk bilde av utfordringene og situasjon for de eldre, nå og i fremtiden, fra Statens side.

I kapittel fire fremstilles våre hovedproblemstillinger på grunnlag demografi og statlige signaler. Tema og problemstillinger knyttes også til sentrale trekk ved kommunenes økonomi og en drøftelse av tilstanden i den kommunale eldreomsorg. Vår sentrale problemstilling er hvordan planarbeidet i kommunene samsvarer med utfordringene fra befolkningsutviklingen og de statlige intensjoner. I forlengelsen av dette spør vi om hvilken beredskap kommunene har for utfordringene fra 2020 og betingelsene for at planlegging kan spille en viktig rolle som botemiddel for problemene.

I kapittel fem ser vi nærmere på det kommunale plansystemet. Vi fremstiller også noen utvalgte trekk ved planleggingsteori i denne sammenheng. Den sentrale problemstilling handler om formålet med kommunal planlegging og hvilken planlegging som trengs i norske kommuner for å takle utfordringen i den kommunale helse- og omsorgssektor i årene framover.

Kapittel seks fremstiller undersøkelsesopplegget. Det er også denne gang i det vesentligste basert på et elektronisk spørreskjema til samtlige av landets kommuner. Vi fikk svar fra 53 % av kommunene. Dette

er lavere enn ønskelig, men ettersom vi ikke har en utvalgsundersøkelse, men sendte til alle kommuner, gir datamaterialet mulighet for å tegne et grovt helhetsbilde av situasjonen.

De kommunene som svarte har i det vesentligste samme fordeling som alle landets kommuner. Vi understreker likevel at representativiteten er noe usikker. Vi nevner også at det hadde vært nyttig med også andre typer data for å tegne et bedre bilde. Vi har også denne gang gjort visse studier av plandokumenter og brukt nasjonal statistikk fra SSB og offentlige utredninger som supplerende data.

I kapittel syv presenter vi data fra det kommunale omsorgsplanarbeidet slik det var ved årsskiftet 2011 – 2012. I forhold til 2009 undersøkelsen var det i 2011 betydelig flere kommuner som har et vedtatt plandokument. Dette var ventet ut i fra våre data fra 2009. Det viser at departementets oppfordringer om å drive planarbeid er blitt fulgt opp i mange kommunene. Men 5 år etter St.meld. nr. 25 var det fortsatt mindre enn 60 % av kommunene som hadde vedtatt omsorgsplan. Tallene synes å indikere en viss treghet med dette. I hver 6 kommune har en ennå ikke startet et slikt planarbeid.

Omsorgsplan er ikke lovpålagt plan. Dette sammen med uttalte kapasitetsproblemer fremheves som en hovedgrunn til manglende planarbeid. Men vi tenker at det her også finnes andre årsaker. Vi peker på muligheten for at det kan foreligge betydelige kompetanse problemer i mange kommuner, som ennå ikke er oppdaget ettersom planarbeidet er hemmet av manglende kapasitet.

Vi peker videre på at data viser en nokså haltende samordning mellom omsorgsplanleggingen og kommuneplan og økonomisk planlegging. Stikkprøver i Samfunnsdelen i nyere kommuneplaner støtter vår tolkning mht. dette.

Den kommunale oppfølging av de statlige signaler er tema for kapittel åtte. Generelt svarer 2/3 at de har fulgt opp de statlige signalene i sine planer mht. «Kompetanseutvikling og kvalitet» og mht. «kapasitet

og kompetanseheving». Dette indikerer en utbredt oppslutning om disse intensjonene. Vi bemerker dog at det ikke alltid er så lett å finne igjen dette i de konkrete plandokumentene som vi fikk tilsendt i vår undersøkelse i 2009.

Når det gjelder signalene om «aktiv omsorg» og «partnerskap med familie og lokalsamfunn» får vi klart mer forbeholdne svar fra kommunene. Det samme gjelder intensjonen om at kommunen skal utvikle avtaleverk med lokale helseforetak. Dette siste har imidlertid antakelig sammenheng med at dette var før iverksettingen av samhandlingsreformen.

Andre data i kapittel åtte viser at 75 % av kommunene peker på de nye brukerne under 67 år som den største utfordringen for egen kommune. Dette ser vi i sammenheng med den nye utviklingen av helse- og omsorgssektoren på 1980/90 tallet.

Mange peker også på samhandling og oppfølging som store utfordringer. Det samme gjelder tilgangen på omsorgsytere generelt. 1/3 av kommunene svarer at tilgangen på omsorgsytere er en «Meget stor utfordring».

Utfordringene fra de eldre over 67 år og økende antall eldre med store omsorgsbehov nevnes av ca. 50 % av kommunene som en stor utfordring. Bekymring for de eldste eldre, vurderes ikke like ofte som et stort problem som de andre utfordringene.

Når det gjelder å møte fremtidens utfordringer i tråd med St.meld.nr. 25 og Samhandlingsreformen, med perspektiv fra omsorgsplan 2015, er halvparten av kommunene relativt optimistiske og svarer at de i stor grad vil være i stand til å møte disse. Den andre halvparten svarer det mer forbeholdne «til en viss grad». På spørsmål om prioritering av innsatsen på de ulike utfordringene svarer kommunene jevnt over at innsatsen skal styrkes på alle områder. Fra 60 % til 90 % svarer at de ulike områdene skal styrkes.

Det svakeste uttrykk for prioritering av innsats kommer på området «aktiv omsorg». Her er det 59 % som svarer at innsatsen her skal styrkes i stor eller meget stor grad. Dette er jo ikke lite, men det er relativt minst sammenliknet med de andre områdene som samhandling og ulike medisinske tilbud.

Vi ser svarene som et uttrykk for at kommunene ønsker å strekke seg langt for å følge opp de statlige signalene og anser dem relevante. Som en ytterligere kommentar til dette vil vi sitere Goethe (Faust) med tilslutning: Die botschaft hör ich wohl – allein mir fehlt der glaube. Med andre ord – hvor realistisk er dette?

I kapittel ni er temaet plangrunnlaget for den kommunale omsorgsplanleggingen, med hensyn til behovsdekning, evaluering og økonomi. Her fremkommer det at 63 % vurderer kapasiteten som tilfredsstillende eller bedre mht. dekningen av sykehjemsplasser, men 59 % svarer det samme for omsorgsboliger. Dette er ikke noen stor forskjell. Vi merker også at ca 40 % finner kapasiteten mindre tilfredsstillende. Det er egentlig nokså mange.

Kapasiteten vurderes klart dårligere mht. antall ansatte og antall frivillige.

Når det gjelder situasjonen fremover mot 2015, svarer 29 % at det vil bli flere sykehjemsplasser. Dette er klart flere enn i 2009, noe som antakelig skyldes fokusering av behovet for sykehjemsplasser og regjeringens løfte om satsing her. Samlet ser vi tallene som uttrykk for en varierende situasjon, men også en varierende policy i kommunene. 12 % svarer at det vil bli færre sykehjemsplasser i 2015, noe som svarer til antallet som meldte om overkapasitet. Spørsmålet om interkommunalt samarbeid istedenfor reduksjon burde kunne vurderes. Men det er få slike vurderinger i planene.

Vi vurderer situasjonen samlet slik at det er en betydelig risiko for at mange kommuner vil få en betydelig underdekning på sykehjemsplasser i 2015. Det er de store kommunene som oftest melder om flere sykehjemsplasser i 2015, noe som kan antas å være i tråd med behovet. Om dette også er i tråd med den økonomiske bærekraften i disse kommunene er mer usikkert.

61 % av kommunene svarer at det vil bli flere omsorgsboliger i 2015. Dette tolker vi både som en prognose og en policy. Det antas å reflektere at kommunene både eksplisitt og implisitt har valgt satsning på omsorgsboliger som hovedløsning i tiden

fremover. Men vi spør: Hva er dette bygget på? Vi understreker behovet for en helhetlig analyse av hvordan utfordringene bør møtes.

Spørsmålet om hvor mange kommuner som fortsatt vil ha en manko på omsorgsboliger i 2015 kan ikke sikkert beregnes ut fra våre tall, men det kan antas å være forholdsvis mange.

Våre data om kommunenes plangrunnlag mht. behovsanalyse, demografisk analyse og evaluering viser en haltende praksis. Det fremkommer en lite systematisk praksis i kommunenes planer mht. dette i mange kommuner. Dette synet er basert på de analyser av plangrunnlaget som vi gjorde i 2009 av innholdet i tilsendte kommunale plandokumenter.

Når det gjelder det kommunaløkonomiske grunnlaget for omsorgsplanene, kommer det klart frem at flertallet av kommune (71 %) svarer at omsorgsoppgavene er for dyre i 2011. Dette øker til 83 % når spørsmålet blir stilt i forhold til antatt situasjon i 2015.

I kapittel 10 er temaet aktiv omsorg. «Aktiv omsorg» er i økende grad blitt fokusert viktig på eldre området. Dette har mye for seg ettersom forskning viser at aktivitet og helse og livskvalitet henger positivt sammen. Gjennom vår undersøkelse kommer det likevel frem at kommunene er noe forbeholdne her både mht. aktivitet og prioritering.

Vi har sett litt nærmere på dette. Svarene viser at det er ca. 1/3 som svarer at aktiv omsorg prioriteres høyt eller meget høyt. Det er praktisk talt helt lik svarfordeling mht. dette i institusjon og hjemmetjenester. Når det gjelder hvilke frivillige som gjør best innsats i aktiv innsats kommer «enkelt frivillige» oftest ut med god eller meget god innsats (61 %). Dernest følger familier og sosialt nettverk (51 %). Kommunen i egen regi (47 %) og frivillige organisasjoner (46 %).

Ser vi samlet på dette, fremtrer et inntrykk av at innsatsen mht. aktiv omsorg i klart høyere grad er båret oppe av sivilsamfunnet, dvs. enkeltpersoner, familie, nettverk og frivillige organisasjoner, enn av

den kommunale omsorgssektoren. Våre data viser også at et bare lite mindretall av kommunene har utviklet en egen frivillighetspolitikk (23 %). Av disse har ca. halvparten utviklet en egen frivillighetsplan, det betyr ca. 10 % av kommunene. Dette kan indikere at kommunene ikke har investert mye i et systematisk samarbeid med frivillige, til tross for de statlige signaler og egne meldinger om behov og manko her. Vi tolker dette som et resultat ikke bare av manglende kapasitet i kommunene, men like mye som en utbredt usikkerhet om hvordan dette skal gripes an (Vetvik og Disch 1999). En mobilisering av frivillige må uansett skje i samsvar med de frivilliges premisser, om den skal kunne gi resultater.

I kapittel 11 er tema den kommunale beredskap for det sterkt økende antall i gruppen 80 år og eldre fra 2020 – 2025. Vi fremholder at det er nødvendig å se nærmere på disse utfordringene nå fordi det ikke bare må legges planer og fattes beslutninger. Det må også sørges for å få disse implementert i tide. Vi peker på at samfunnsdelen i de kommuneplanene som nå utarbeides har et 12 års perspektiv – fram mot 2025.

Våre data viser at de fleste kommunene ved årsskiftet 2011 – 2012 hadde lite å vise til mht. dette. Bare 10 % av kommunen hadde laget konsekvensanalyse i forhold til disse utfordringene. Vi spurte også om kommunen så for seg utstrakt bruk av frivillige organisasjoner og kommersielle aktører i dette. Det var varierende svar på dette, og naturlig nok en utbredt usikkerhet mht. slike fremtidsvurderinger. Men samlet sett melder de fleste kommuner at de regner med at kommunen selv må stå ikke bare for hovedansvaret, men for mesteparten av omsorgen. Dette er i tråd med det bildet som presenteres i de statlige intensjonene på området.

Mange av kommunene er forholdsvis optimistisk mht. sin beredskap. 2/3 mener at deres planberedskap vil være tilfredsstillende eller høy.

Når det gjelder beredskap mht. til økonomi (40 %), personell (34 %), frivillige (25 %) og aktiv omsorg (26 %), ser vi et mer blandet og klart mindre optimistisk

bilde. Vi finner utbredt usikkerhet mht. disse områdene. Det er interessant at det er beredskapen i sivilsamfunnet som kommunene antar å være minst utbredt.

Det er et samlet inntrykk at alt for mange kommuner er mindre tilfreds med sin beredskap på ett eller flere områder.

I kapittel 12 avslutter vi rapporten med å fremheve noen hovedpunkter fra den tematiske gjennomgangen. Vi peker på en meget varierende status mht. tilstanden i kommunal eldreomsorg og omsorgsplanleggingen. Videre understreker vi prioriteringsutfordringene og policyvalgene som kommunene står overfor. Vi argumenterer for at vi trenger en styrket og mer sentralt ledet kommuneplanlegging for å møte utfordringene.

Plangrunnlaget må også styrkes. For å gjøre dette anser vi det fruktbart at alle kommuner lager en egen tilstandsanalyse for omsorgssektoren som integreres i den overordnede kommuneplanlegging.

Vi fremholder at en beredskapsholdning er nødvendig i alle kommuner, men at noen antakelig vil få større utfordringer enn de kan makte. Vi antar at det kan melde seg kriselignende tilstander i flere kommuner etter hvert som år 2020 nærmer seg.

Til sist peker vi på at triangelet Stat, kommune og sivilsamfunn må koples bedre for å skape den best mulige beredskap for fremtidens utfordringer på omsorgsområdet. Et bedre grunnlag for dette vil kunne skapes gjennom utarbeidelse av en nasjonal tilstandsrapport i 2016 på basis av de kommunale tilstandsrapporter. Slik kan staten få en samlet oversikt over den reelle statusen i forhold til det økende antall eldre som vil komme i årene etter 2020.

FORORD

Prosjektet: Kommunal omsorg – i plan? status i 2011 – utfordringer mot 2025, er en oppfølging av prosjektet: «Framtidas omsorgsbilde – slik det ser ut på tegnebrettet», Som Senter for omsorgsforskning gjennomførte på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2009. Prosjektet vi gjennomførte i 2009 hadde sitt utgangspunkt i St. meld. 25 (2005 – 2006) «Mestring, muligheter og mening, Framtidas omsorgsutfordringer, der Regjeringen oppsummerer strategier for å møte både dagens og framtidas omsorgsutfordringer.

Formålet med dette prosjektet, og denne rapporten, er å belyse status i 2011 og utfordringene kommunene ser fram mot 2025 for arbeidet med planlegging og gjennomføring av strategier for å møte omsorgsutfordringene som kommer, spesielt knyttet til gruppen eldre generelt og eldre over 80 år spesielt.

Hovedvekten i denne rapporten ligger på å framstille hovedtrekk i det datamaterialet som er samlet inn i 2011. Der det er naturlig vil vi sammenligne dem med data fra 2009 for å beskrive utviklingstrekk.

Prosjektet er gjennomført av Senter for omsorgsforskning Sør. Høgskolelektor Per Gunnar Disch har vært prosjektleder. Høgskoledosent Einar Vetvik, ved Diakonhjemmets Høgskole har vært prosjektmedarbeider.

Ingeniør/statistiker Martin Veel Svendsen ved Sykehuset Telemark HF har bistått i datainnsamling og analysearbeid. Sosiolog Sivert Urstad har bidratt med data fra SSB om eldrebefolkningen i kommunene.

Rapporten er i hovedsak skrevet av Einar Vetvik. Per Gunnar Disch har gitt nyttige bidrag til flere kapitler og særlig til kapittel 10 om aktiv omsorg og kapittel 12.

Prosjektet har bestemt at det er behov for en ny og revidert utgave av denne rapporten. Dette på bakgrunn av feil og mangler i tekst og enkelte tabeller. Vi har også valgt å supplere med utfyllende kommentarer og nytt stoff enkelte steder. Dette gjelder bl.a. forslaget om kommunesammenslåing og en modell for utvikling av en tilstandsanalyse i den kommunale omsorgssektor.

Prosjektleder vil rette en takk til respondentene i undersøkelsen for arbeidet med utfylling av spørreskjemaet.

Prosjektet er gjennomført i henhold til de retningslinjene Datatilsynet har for denne type undersøkelser.

Senter for omsorgsforskning Sør
Høgskolen i Telemark, 20. juni. 2014

Per Gunnar Disch
Prosjektleder

INNHold

SAMMENDRAG V

FORORD XIII

1 INNLEDNING 1

- 1.1 Noen sentrale spørsmål og perspektiver i studien 2
- 1.2 Bakgrunn og formål 2
- 1.3 Rapportens oppbygging 4

2 DEMOGRAFI SOM PREMISS FOR PLANLEGGINGEN 7

- 2.1 Den demografiske utviklingen 7
- 2.2 Befolkningens levealder 8
- 2.3 Utviklingen av «eldrebefolkningen, 80+» 9
- 2.4 Gjennomsnittstall og kommunale variasjoner i eldrebefolkningen 10

3 STATLIGE SIGNALER PÅ OMSORGSOMRÅDET 17

- 3.1 St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer. 18
- 3.2 St.meld.nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted –til rett tid 20
- 3.3 Meld. St.16 (2010–2011). Nasjonal helse- og omsorgsplan 2010–2015 22

3.4	NOU 2011:11. Innovasjon i Omsorg	23
3.5	Meld St.13 (2011–2012) Utdanning for velferd	24
3.6	Meld. St.29 (2012–2013) Morgendagens Omsorg	25
3.7	Kort samlet vurdering av de statlige signalene	26
4	TILSTANDEN I KOMMUNAL ELDREOMSORG SOM ET GRUNNLAG FOR VÅRE PROBLEMSTILLINGER	27
4.1	Demografiske ulikheter	28
4.2	Økonomiske ulikheter	29
4.3	Kommunene og omsorgssektoren	32
4.4	Status presens i omsorgssektoren –skisser til en tilstandsrapport.	33
4.5	Prioritering og økonomi –dystre utsikter?	36
5	DET KOMMUNALE PLANSYSTEMET OG NOEN PLANTEORETISKE MOMENTER	39
5.1	Utviklingen av det kommunale plansystemet	39
5.2	Status presens i det kommunale plansystemet	40
5.3	Planlegging – hva er det?	41
5.4	Aktuelle plantyper i kommunene	42
5.5	Noen utvalgte planteoretiske momenter	43
5.6	Tema og problemstilling utdypes	46
6	METODE OG DATAGRUNNLAG	51
6.1	Survey og spørreskjema	51
6.2	Spørreskjemaets utforming, metodekommentar	52
6.3	Respondentenes stilling	53
6.4	Svarprosent	54
6.5	Geografisk fordeling av respondentene	55
6.6	Svarfordelingen etter kommunestørrelse	57
6.7	Svargiverne etter ordførers partitilhørighet	58
6.8	Avsluttende kommentar til metode og representativitet	59

7	DET KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGS- PLANARBEIDET I 2011	61
7.1	Status i det kommunale omsorgsplanarbeidet i 2011	61
7.2	Årsaker til manglende plan	62
7.3	Integrering/samordning av planleggingen	65
8	KOMMUNENES OPPFØLGING AV STATLIGE SIGNALER	69
8.1	Oppfølging av signalene i de ferdige planer	70
8.2	Kommunenes vurdering av sine sentrale omsorgsutfordringer.	72
8.3	Kommunenes syn på prioritering og behovsdekning	75
9	PLANGRUNNLAGET: BEHOVSDEKNING, EVALUERING OG ØKONOMI	79
9.1	Behovsdekningen nå	79
9.2	Vurderingen av situasjonen i 2015	82
9.3	Behovsanalyser, evalueringer og demografisk analyse	85
9.4	Det økonomiske grunnlaget og omsorgsplanleggingen	88
10	AKTIV OMSORG	91
10.1	Prioritering av aktiv omsorg	92
10.2	Vurdering av ulike aktørers innsats i aktiv omsorg	93
10.3	Kommunal frivillighetspolitikk og plan for dette	94
10.4	Behov for kompetanseheving på feltet aktiv omsorg	95
10.5	Kommunens prioritering av utvalgte områder innen aktiv omsorg	96
10.6	Innovasjon i aktiv omsorg	98

11	KOMMUNENES BEREDSKAP FOR DET ØKENDE ANTALL ELDRE, 80+ FRA 2020	101
11.1	Plangrunnlaget	102
11.2	Kommunen og andre aktører	104
11.3	Hvordan vurderer kommunene sin beredskap for omsorgsutfordringene?	107
12	KONKLUSJON – NOEN MOMENTER TIL OVERVEIELSE	111
12.1	Status i omsorgsplanleggingen med hensyn til kapasitet og kvalitet	111
12.2	Prioriteringsutfordringene og policyvalg	113
12.3	Behov for en styrket helhetlig kommuneplanlegging	115
12.4	Beredskapsfokus i alle kommuner	116
12.5	Tilstandsrapport om omsorgstjenesten i kommunene	117
12.6	Felles utfordringer til omsorgstriangelet: Stat, kommune og sivilsamfunn	120
	LITTERATUR	125

1 INNLEDNING

Høsten 2008 og våren 2009 gjennomførte Senter for omsorgsforskning – Sør en kartleggingsstudie av omsorgsplanarbeidet, i alle landets kommuner. Den var motivert av de føringer som fremkommer i *Meld. St. 25 (2005 – 2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidens omsorgsutfordringer*. Studien konkluderte blant annet med at de planer som fantes og det planarbeid som ble utført var mangelfullt på flere måter i mange kommuner. Mange kommuner var usikre på økonomi og personelltilgang til å møte økende utfordringer.

I etterkant av denne studien har det kommet flere statlige intensjoner og føringer inn i omsorgspolitikken med konsekvenser for den kommunale helse- og omsorgssektor.

Vi nevner som sentrale premissleverandører:

Meld. St. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen,

Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse og omsorgsplan,

Meld. St. 13 (2011–2012) Utdanning for Velferd,

NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg,

Meld. St. 12 (2012–2013) Perspektivmeldingen 2013 og

Meld. St. 29 (2012–2013), Morgendagens omsorg.

Senter for omsorgsforskning – Sør har valgt å følge opp vår studie fra 2009 med en ny studie som vi gjennomførte høsten 2011 og våren 2012. I den nye studien har vi beholdt mange spørsmål og tema fra den forrige. Men vi har endret på en del spørsmål, laget nye og strøket andre. Hensikten er således både fornyelse og kontinuitet i arbeidet.

1.1 NOEN SENTRALE SPØRSMÅL OG PERSPEKTIVER I STUDIEN

Hvordan går det med planleggingen og de kommunale planene på omsorgsområdet?

Det er stor aktivitet i kommunenes helse- og omsorgssektor. Men hvordan er koplingen mellom handling og plan – og mellom plan og handling? Sagt på en annen måte – hvordan preger erfaringene fra praksis planleggingen – og hvordan preger planene den etterfølgende praksis? Vi tenker at god sammenheng med en kontinuerlig kopling mellom handling og plan vil bidra til bedre resultater enn skippertak fra tid til annen.

Her burde det derfor være dynamiske relasjoner mellom praksis og planlegging. Men er det slik i praksis? Dette er sentrale tema i vårt prosjekt. Vår studie er en studie av offentlig politikk i konteksten av økende utfordringer fra voksende samfunnsoppgaver. Analyseperspektivet er en studie av forholdet mellom intensjoner og realiteter (Jf Løchen 1968)

Prosjektet har gitt oss mulighet til å følge med på planprosessene i kommunene over tid.

Vi håper at studien kan gi resultater som er nyttige for arbeidet med de kommunale omsorgstjenestene og videre politikktutvikling, både på kommunalt og statlig nivå.

Skal vi lykkes med våre mål er det nødvendig å få mer kunnskap om relasjonene i det triangelet som bærer omsorgsoppgavene – det vil si: Velferdsstaten, kommunene og sivilsamfunnet. Vår forforståelse er at det er store mangler her.

1.2 BAKGRUNN OG FORMÅL

I Meld.St. 25 (2005 – 2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidens omsorgsutfordringer, oppsummerer regjeringen sin strategi for å møte

dagens og framtidens omsorgsutfordringer i den kommunale omsorgstjeneste. Gjennom meldingen blir kommunene bl.a. oppfordret til å ta tak i omsorgsutfordringene i et langsiktig perspektiv, gjennom bl.a. å utvikle handlingsorienterte og handlekraftige planer.

I perioden fram til 2015 viser statistikk fra SSB at landet har en relativt stabil demografisk situasjon. Denne bør benyttes til å forberede kommunene på omsorgsutfordringene som vil være økende spesielt etter 2020, fremholdes det i St. meld. nr. 25.

Gjennom Stortingsmeldingen oppfordres kommunene bl.a. til:

- Å komme på jour slik at en dekker de nåværende behovene med hensyn til kapasitet og kvalitet på tjenestetilbudet.
- Å forberede seg på å møte framtidige behov og krav til tjenestetilbudene både kvantitativt og kvalitativt.

På bakgrunn av dette og vårt tidligere prosjekt fra 2009, ønsker vi nå å se nærmere på status i planarbeidet i kommunene, hvilken retning planarbeidet har og hvilke utfordringer som ligger i dette arbeidet.

På bakgrunn av dette er prosjektets formål formulert slik:

- Undersøke i hvilken grad omsorgsutfordringene er satt på dagsorden i kommunal planlegging
- Å gi et bilde av hvordan framtidens omsorgstjenestetilbud vil se ut om kommunens planer på dette området blir gjennomført.
- Å gi data til analyser som kan bidra til å underbygge politiske beslutninger på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå.
- Å peke på forutsetninger og problemer for å nå de mål samfunnet har satt for en verdig omsorg for de eldre i samfunnet.
- Å drøfte om og hvordan den kommunale planleggingen kan bidra til bedre prioriteringer, beslutninger og handling på feltet.

Temaene vil bli beskrevet og utdypet i rapporten på bakgrunn av datamateriale som er samlet inn i form av spørreskjema og plandokumenter fra kommunene, samt offentlig statistikk.

1.3 RAPPORTENS OPPBYGGING

Etter dette innledende kapittelet beskriver og drøfter vi i kapittel to og tre kort to sentrale forutsetninger for tema og problemstilling i vårt prosjekt.

Det gjelder den demografiske situasjon (kapittel to) som utfordring med fokus på den eldre befolkning, men også på omsorgsbehovet i yngre deler av befolkningen. I kapittel tre gjelder det signalene fra statlige myndigheter om omsorgspolitikken fremover.

I kapittel fire gir vi først en kort fremstilling av noen betydelige ulikheter som finnes i norske kommuner mht. økonomi og ressurser. Deretter gir vi i kapittel fem et kort riss av det kommunale plansystemet, og noen viktige momenter fra planleggingsteori, før vi presiserer vårt tema og våre problemstillinger.

I kapittel seks redegjør vi for metode, metodekritikk og datagrunnlag, samt opplegget for og gjennomføring av vår datainnsamling. Vi presenterer også grunnlagsdata om våre informanter.

Kapittel syv presenterer data om status i planarbeidet på slutten av 2011.

Kapittel åtte er viet kommunenes oppfølging av de statlige signalene og intensjonene på de ulike områder. Vi finner stor lojalitet fra kommunenes side overfor disse målsettingene fra staten.

Så følger kapittel ni som handler om kommunenes vurdering av behov og behovsdekning ut fra deres egen vurdering av sin situasjon. Spørsmålet om det planmessige og økonomiske grunnlaget for utviklingen av omsorgstjenestene, er sentralt her.

Aktiv omsorg er temaet for kapittel 10. Et hovedpunkt her er klarheten om begrepet og

diskrepansen mellom den statlige retorikk og den faktiske situasjon. Det er med stor usikkerhet i kommunene om hvordan de skal gripe dette an. Få kommuner har en systematisk tilnærming til dette i form av policy og planer på området.

I kapittel 11 belyser vi momenter knyttet til den kommunale beredskap for perioden 2020 – 2025. Dette er første fase av den lenge varslede økningen av antall eldre. Vi fokuserer særlig på den raskt økende andel mennesker over 80 år i landet generelt og i mange kommuner. I dette kapittel reiser vi spørsmålet om den kommunale beredskap i forhold til de utfordringene en økning i antall eldre antas å medføre.

Rapporten avsluttes med oppsummering av hovedfunn og en kort drøftelse av disse i kapittel 12. Vi legger her vekt på at kommunene bør utarbeide en egen tilstandsrapport for håndteringen av sine helse- og omsorgsoppgaver til støtte for eget planarbeid. Dette anser vi også som et nyttig grunnlag for en samlet statlig politikk i forhold til de økende omsorgsoppgavene.

2 DEMOGRAFI SOM PREMISS FOR PLANLEGGINGEN

I dette kapittel skal vi se nærmere på demografien som utgjør en viktig kontekst for den kommunale omsorgsplanleggingen.

Vi ser på den demografiske utvikling av befolkningen, særlig med hensyn til de eldre. De «eldre» deles gjerne i gruppen «yngre eldre » fra 67 -79 år, mens de som er 80 år eller mer benevnes som «eldre eldre».

Befolkningsutviklingen gir behov for konkrete analyser av forholdet mellom behov og ressurser til omsorgsoppgavene i den enkelte kommune, som grunnlag for planlegging og beslutninger.

2.1 DEN DEMOGRAFISKE UTVIKLINGEN

Ett av flere viktige perspektiver i Samhandlingsreformen er bedre forebygging og behandling av helseproblemer. Demografisk utvikling og endringer av sykdomsbildet gjør det nødvendig å tenke nytt. Andelen eldre øker, og det fører med seg nye helsemessige og omsorgs-

politiske utfordringer. Det vil bli flere tilfeller av kroniske og sammensatte sykdomstilfeller fremover. Vekst i kroniske lidelser og et økende behov for mer differensierte helse- og omsorgstjenester er noen av utfordringene de kommunale omsorgstjenestene vil stå overfor de kommende årene.

Eldre bruker flere og mer helsetjenester enn yngre, og stadig flere pasienter er kronikere med langvarige og sammensatte sykdommer og lidelser. Parallelt med denne utviklingen øker samfunnets utgifter til helseformål og omsorg.

Bedre samhandling og aktiv omsorg er to av stikkordene for den videre satsningen på helse- og omsorgstjenestene.

2.2 BEFOLKNINGENS LEVEALDER

Den norske befolkning var pr 01.01.11 totalt på 4 920 305 innbyggere. Dette tallet har vært økende og våren 2012 passerte landet 5 mill. innbyggere.

Forventet levealder for menn var i år 2000 76,0 år. Dette steg til 79,4 år i 2012. Det var altså en økning fra år 2000 på 3,4 år.

Levealderen for kvinner var i år 2000 på 82,0 år. Det tilsvarende i år 2012 var 83,4 år. Det var således en økning på 1,4 år i perioden.

Forskjellen på menns og kvinners levealder har minket betydelig de siste 10 år, men fortsatt er det en forskjell på 4 år mht. dette. Vi vet ikke sikkert hvordan dette vil utvikle seg videre. Den ide at full likestilling eventuelt skal gi lik levealder for menn og kvinner anses ikke uten videre som holdbar.

Levealderen er forventet å stige i også i de nærmeste årene fremover. Det blir flere 90 og 100 åringer av dette. Men noen meldinger har overdrevet levealder økningen. Selv ikke «babyboomerne» vil leve evig – og det er ikke gitt at de vil være friskere og sprekere de 5 siste leveårene enn generasjonene før dem.

Slagordet: «Flere aktive, sunne år» er bra. Men det

kan bli brukt som en tilsløring fra det faktum at mange eldre også i fremtiden vil være skrøpelige i kortere eller lengre perioder og være meget hjelpetrengende (Daatland og Veenstra 2012).

Det blir en utfordring at en slik positiv retorikk ikke medfører et lavt fokus på den store samfunnsutfordringen det vil bli å møte et til dels sterkt økende omsorgsbehov fra flere skrøpelige eldre, i mange kommuner. Vi vet det blir flere eldre, og vi kan ikke regne med at det blir færre av de yngre omsorgstrengende i fremtiden.

2.3 UTVIKLINGEN AV «ELDREBEFOLKNINGEN, 80+»

Det fødes, årlig ca. 1500 flere gutter enn jenter i Norge. Høyere fødselstall for gutter enn for jenter er et stabilt demografisk trekk. På grunn av høyere dødelighet for menn på alle alderstrinn fra fødselen av blir det et stort «kvinneoverskudd» i «eldrebefolkningen».

Aldersgruppen 80 år og eldre var 1.1.2011 på 221 150 personer. Dette er 4.5 % av befolkningen. Av disse var 64.4 % kvinner og 35.6 % menn. Det er altså nesten dobbelt så mange kvinner som menn i denne aldersgruppen.

I tiden frem til 2020 øker ikke gruppen 80+ nevneverdig som andel av totalbefolkningen i landet. Men i absolutte tall er det en viss vekst. Det er imidlertid en betydelig vekst i gruppen av «yngre eldre» i perioden. Dessuten vokser gruppen over 90 år også en del i denne perioden.

Mellom 2020 og 2030 ser vi imidlertid en meget raskt økende antall eldre i gruppen 80+. I 2030 er det beregnet at aldersgruppen 80+ vil utgjøre «nesten 350 000» (Meld. St.29 2012- 2013, s. 40). Det blir ca. 55 % flere i løpet av disse 10 årene. Det er de såkalte «baby-boomerne», generasjonen fra 1945 og utover, som melder sin ankomst til gruppen 80+. Det er dette som er omtalt som «eldrebølgen». Begrepet er blitt

kritisert som stigmatiserende og uheldig, men kan også anses som en illustrerende betegnelse av en markant samfunnsutfordring.

Ser vi på de fem første årene fra 2020 – frem til 2025, ser vi at økningen er noe mer beskjeden der med ca. 18 % økning, enn i årene 2025 – 2030 hvor tallene stiger kraftigere, omtrent dobbelt så mye (36 %). Det er likevel slik at begynnelsen kan antas å bli vanskelig, særlig hvis kommunene møter den lite forberedt.

Denne generelle demografiske utviklingen medfører store utfordringer til kapasiteten i den kommunale omsorgstjenesten. Dersom utfordringene ikke blir møtt, vil kvaliteten i omsorgen for de eldre bli avtakende (Rattsø og Sørensen 2009).

2.4 GJENNOMSNITTSTALL OG KOMMUNALE VARIASJONER I ELDERBEFOLKNINGEN

For å få et riktig bilde av situasjonen for den enkelte kommune, må det generelle bildet nyanseres i forhold til landsgjennomsnittet. Situasjonen varierer betydelig fra kommune til kommune – fra de som ingen økning har til de som øker med nesten det dobbelte av gjennomsnittet. Enkelte kommuner får også en kraftigere stigning mellom 2010 og 2020, enn i perioden 2020 – 2030. For å illustrere dette poenget tydeligere har vi sett nærmere på SSB framskrivninger av folkemengden etter alder og basert oss på Mellomalternativet.

Vi finner for eksempel at en kommune som Rælingen i Akershus vil få en økning av antallet i 80+ gruppen på 46 % fra 2010 til 2020. Selv om folketallet i kommunen er beregnet til å øke med 15 % i denne perioden, er oppgangen stor både absolutt og relativt i en periode hvor landsgjennomsnittet er stabilt. For Rælingen øker dette ytterligere kraftig i perioden 2020 til 2025. Antallet i gruppen 80+ øker med 39 %, mens folketallet øker med 6 %. Økningen fortsetter med uforminsket takt til 2030.

Men enkelte andre kommuner har en beskjeden

økning også fra 2020 til 2025.

En oversikt over et tilfeldig utvalg av kommuner på Østlandet er vist i tabell 1.

Tabellen viser at noen kommuner har en forholdsvis

KOMMUNE	2010	2020	ENDRING (%) 2010–2020	2025	ENDRING (%) 2020–2025
Fredrikstad	3544	3800	7	4321	14
Eidsberg	537	517	-4	647	25
Sørum	478	614	28	749	22
Skedsmo	1712	2150	26	2660	24
Kongsberg	1112	1180	6	1423	21
Gol	261	260	0	293	13
Ullensaker	773	1105	43	1445	31
Hurum	382	424	11	552	31
Andebu	234	220	-6	253	15
Nøtterøy	1019	1121	10	1269	13
Rælingen	398	581	46	808	39

Tabell 1 Utviklingen i noen Østlandskommuner for befolkningen 80+, antall og prosent

kraftig vekst i perioden 2010 – 2020, selv om gjennomsnittet i landet ligger på 1,3 %. Noen av disse kommunene får som vi ser sterk vekst også fra 2020 av. Slike kommuner har mye å stri med allerede, og de får mer fra 2020 av.

I tillegg til Rælingen (46 %) som er spesiell, finner vi i perioden 2010 - 2020 betydelig vekst i Ullensaker (43 %) Sørum (28 %) og Skedsmo (26 %).

Men vi ser også noen Østlandskommuner hvor antallet eldre går ned i perioden 2010 – 2020. Østlandet har klart høyere folketallsvekst enn andre landsdeler.

Vi ser videre at flere av de kommunene som har en betydelig vekst i antallet fra 2010 til 2020 også har sterk vekst mellom 2020 og 2025. Det gjelder Sørum, Skedsmo og Ullensaker i tillegg til Rælingen. Alle disse har mer enn 20 % stigning i 2020 til 2025, i tillegg til stigningen i 2010 – 2020.

Flere kommuner følger trenden fra landsgjennomsnittet, f.eks. Eidsberg og Kongsberg og Fredrikstad. Mens andre, som Andebu og Gol, ligger noe lavere.

Vi har også laget en oversikt over enkelte

kommuner i Midt- Norge. Dette er vist i tabell 2.

Tabellen viser også her en betydelig variasjon i den

KOMMUNE	2010	2020	ENDRING (%) 2010–2020	2025	ENDRING (%) 2020–2025
Kristiansund	1082	1161	7	1435	24
Surnadal	354	360	2	425	18
Rindal	169	153	10		0
Rissa	411	336	-18	374	11
Melhus	545	642	18	824	28
Levanger	815	882	8	1078	22
Lierne	100	92	-8	106	16

kommunale demografiske utviklingen. Men vi ser at disse ligger mer på landets gjennomsnitt

Melhus kommune har imidlertid en betydelig stigning i disse årene, og også Surnadal ligger klart over gjennomsnittet, både i 2010–2020 og fra 2020–2025.

Fra 2020 – 2025 får de fleste en stigning på nivå med landsgjennomsnittet. Men fortsatt er det slik at en kommune, Rindal, ikke får økning heller i perioden 2020 – 2025.

Melhus derimot fortsetter økningen fra forrige periode og har en betydelig vekst. Denne kommunen har imidlertid også generell vekst i befolkningen i disse periodene relativ stor. Levanger kommune og Kristiansund har også betydelig økning i andelen 80+ i perioden 2020 – 2025.

Vi har også sett på utviklingen i noen kommuner i Nord- Norge. Oversikt over dette er gitt i tabell 3.

Tabell 2 Utviklingen i noen kommuner i Midt Norge for befolkningen 80 +, antall og prosent 2010 - 2025

KOMMUNE	2010	2020	ENDRING (%) 2010–2020	2025	ENDRING (%) 2020–2025
Vågan	478	468	-2	545	17
Lavangen	91	72	-21	75	4
Bardu	200	183	-9	229	25
Målselv	316	338	7	393	16
Skjervøy	121	143	18	200	40
Balsfjord	299	382	28	429	12
Salangen	94	113	20	152	35
Bodø	1580	1927	22	2377	23
Alstadhaug	294	370	26	451	22
Alta	496	663	34	727	15
Hammerfest	330	342	4	444	30
Karasjok	105	116	10	131	13
Fauske	498	513	3	622	21

Tabell 3 Utviklingen i noen kommuner i Nord-Norge for befolkningen 80 +, antall og prosent 2010 - 2025

Tabellen viser en betydelig variasjon i disse kommunene i forhold til landsgjennomsnittet. Vi finner noen kommuner som både har sterk vekst både i perioden 2010 – 2020 og i perioden 2020 – 2025. Skjervøy, Bodø, Salangen og Alstadhaug er eksempler på dette.

Enkelte kommuner har betydelig vekst mellom 2010 og 2020, men flater ut fra 2020 – 2025. Alta og Balsfjord er eksempler på dette. De opplever en kraftig vekst nå og i de nærmeste årene fremover, mens det ikke øker mer enn landsgjennomsnittet i perioden 2020 - 2025

Lavangen og til dels Karasjok har gjennomgående mindre utfordringer fra utviklingen av antallet eldre i gruppen 80+.

De store byene har en utvikling omtrent på det gjennomsnittsnivået som fremgår av de offentlige dokumenter. Vi viser tabell 4 som en illustrasjon av utviklingen der.

De aller fleste eldre bor i byer og tettbygde strøk.

KOMMUNE	2010	2020	ENDRING (%) 2010–2020	2030	ENDRING (%) 2020–2030
Oslo	23.000	20.900	- 9	32.700	56
Bergen	11.200	12.000	7	17.100	42
Trondheim	6.500	6.500	0	10.550	62
Stavanger	4.700	4.600	0	7.100	54
Kristiansand	3.400	3.700	9	5.250	42
Tromsø	1.800	2.100	17	3.850	83
Landet			1,3		53

I forhold til eldrebefolkningen vil de store folkerike kommuner i tettbygde strøk bære de største oppgaver med det sterkt økende antall skrøpelige eldre i landet.

Vi ser at Oslo har en gunstig utvikling frem til 2020 med 9 % synkende antall i aldersgruppen 80+. De andre store byene har ikke særlig avvik fra gjennomsnittet i denne perioden, men Tromsø har en økning på 17 % i denne perioden.

For perioden 2020 til 2030 ser vi at Trondheim ligger klart over landsgjennomsnittet med 62 %, Bergen og Kristiansand ligger tilsvarende under landsgjennomsnittet med 42 %, mens Oslo og Stavanger ligger praktisk talt på landsgjennomsnittet på 53 %.

I perioden 2020 til 2030 har imidlertid Tromsø hele 83 % økning. Samlet sett har derfor Tromsø betydelige utfordringer i hele perioden 2010 til 2030, med en akselererende stigning frem mot 2030.

Vi har ikke tatt mål av oss til å gi en helhetlig oversikt med sikker representativitet her. Som en vil se er for eksempel kommuner på Sør- og Vestlandet i mindre grad tatt med i oversiktene. Poenget med tabellene er å få fram de store variasjonene som illustreres i vårt utvalg av kommuner. Dette underbygger vår oppfatning av situasjonen og behovet for konkrete lokale analyser som grunnlag for kommunal planlegging og politikk.

En særlig oppmerksomhet bør rettes mot de kommuner, særlig i Nord- Norge, som har en stagnerende befolkning og samtidig en stor økning i aldersgruppen over 80 år.

Det er grunn til å understreke at også de

Tabell 4 Utviklingen i store byer av eldre over 80+ 2010 – 2030, antall og prosent

demografiske framskrivninger er usikre. Det er derfor behov for et kommunalt planarbeid som ser nærmere på de faktiske tall og framskrivninger i egen kommune.

Det er også et poeng å se på det absolutte antallet eldre i den enkelte kommune. I små kommuner kan en få store prosentvise utslag uten at det konkrete antallet i seg selv nødvendigvis medfører særlig store utfordringer.

3 STATLIGE SIGNALER PÅ OMSORGSOMRÅDET

Omsorgspolitiske signaler fra staten har stor betydning som policysignaler til kommunene. De gir både mål og retningslinjer. De danner grunnlag for de statlige økonomiske overføringene, som et bidrag til finansieringen av de kommunale oppgavene.

I det følgende skal vi kort omtale noen av de statlige signaler og føringer på omsorgsområdet. Dette blir en skissemessig fremstilling uten intensjoner om å være utfyllende. Hensikten er å peke på noen sentrale momenter som antas å ha betydning for den kommunale situasjonen mht. utvikling og planlegging av eldreomsorgen.

Omsorgen for eldre har blitt drøftet i en rekke offentlige dokumenter i de siste 20 år. Flere viktige meldinger som har behandlet utfordringene med et stigende antall eldre har kommet i de siste årene.

Et sentralt grunnlag er *Meld. St. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. I denne fremmet regjeringen «Omsorgsplan 2015». Deretter kom *Meld. St. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid, NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg, Meld. St. 13(2011-2012) Utdanning for velferd og Meld. St. 29(2012-2013) Morgendagens omsorg*.

3.1 ST.MELD. NR. 25 (2005–2006) MESTRING, MULIGHETER OG MENING. FRAMTIDAS OMSORGSUTFORDRINGER.

I denne Stortingsmeldingen legger regjeringen frem sitt syn på de fremtidige hovedutfordringene i den kommunale omsorgstjenesten og peker på ulike strategier for å møte dem. Det pekes på fem del-strategier for en opprustning av omsorgen frem mot 2020:

- Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging
- Kapasitetsvekst og kompetanseheving
- Bedre samhandling og medisinsk oppfølging
- Aktiv omsorg
- Partnerskap med familie og lokalsamfunn

Meldingen følger opp disse fem strategiske grepene som skal «gi den kommunale omsorgsplanleggingen retning og innhold» (side 15).

Meldingen forutsetter langsiktig planlegging av bygningsmessige investeringer, personellinnsats, kompetanseutvikling, utdanningskapasitet og tilrettelegging av fysiske og sosiale omgivelser. Dette planarbeidet må foregå både på statlig og kommunalt nivå, sies det.

Regjeringen peker på at det gjennom *Handlingsplan for Eldreomsorgen (St.meld. nr. 50. 1996 – 97)* ble gjort mye for å oppruste kapasiteten og kvaliteten på tjenestetilbudet. Samtidig medførte en rekke faktorer et økt press på omsorgstjenesten fra yngre brukere. Reformene på 1980 og 1990 tallet medførte desentralisering og avinstitusjonalisering. Det ble behov for tilrettelegging for mennesker med psykisk utviklingshemming og behov for styrket kommunal innsats for mennesker med psykiske lidelser. Dette medførte konkret at antallet yngre brukere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten ble nesten fordoblet på 10 år fra midten av 1990-tallet.

Regjeringens langsiktige hovedstrategi er å utnytte perioden frem mot 2020 til en forberedelse og gradvis utbygging av tjenestetilbudet for å møte eldrebølgen. Tanken var at siden antallet i aldersgruppen 80+ totalt sett omtrent står stille i denne perioden, skulle kommunen utnytte dette «pusterommet» til konsolidering og planarbeid. Her ble det konkret nevnt å øke rekruttering og utdanning av personell og frivillige.

I meldingen finnes det lite av konkrete vurderinger av tilstanden i dagens omsorgstilbud. Det finnes heller ingen vurdering av de store variasjoner som finnes i norske kommuner mht. utfordringer og økonomi til å løfte oppgavene på omsorgsfeltet. Men det erkjennes at det er behov for å oppruste omsorgen og ta igjen etterslep på utviklingen av tjenestetilbudet på ulike områder.

Det finnes imidlertid en interessant uttalelse som bør drøftes og undersøkes mer inngående enn vi kan gjøre i vår sammenheng: «En rekke undersøkelser tyder på at det er på det sosiale og kulturelle området dagens kommunale omsorgstjeneste kommer til kort» (Sitat fra side 9 i meldingen). Det er i forlengelsen av denne vurderingen at meldingen sterkt fremhever betydningen av «aktiv omsorg». Dette har i den seinere tid fått rang som kanskje det fremste mantra for statens signaler på området, sammen med begrepet «åpen omsorg».

Dette må følges opp med mer konkrete avklaringer mht. hva det innebærer. Kompetansebygging er nødvendig, noe Departementet i samarbeid med Helsedirektoratet har tatt tak i gjennom lanseringen av opplæringsprogram innen aktiv omsorg i alle landets kommuner. Et viktig poeng etter vår oppfatning er å få frem et variert bilde av hva som er behovet fordi dette varierer sterkt med de aktuelle ulikheter innen eldrebefolkningen både mht. preferanser og mht. livssituasjon.

For noen er kultur og aktivitet viktig for livskvalitet og helse. For andre vil andre behov være viktigere.

Stortingsmelding nr. 25 har et eget kapittel (kapittel 7) om «Kvalitetsutvikling, forskning og

planlegging». Her fremheves betydningen av å utvikle kvalitetskrav og etablere kvalitetssystemer og at det må planlegges for god kvalitet. Det politiske nivå i kommunene må fastsette lokale kvalitetsmål, heter det. Forøvrig finner vi veldig lite om planlegging og om hvordan en skal følge opp de viktige momentene som innleder Omsorgsplan 2015 mht. hva planleggingen bør omfatte.

3.2 ST.MELD.NR. 47 (2008 – 2009) SAMHANDLINGSREFORMEN. RETT BEHANDLING – PÅ RETT STED – TIL RETT TID

Samhandlingsreformen har et tydelig helsefaglig perspektiv og innebærer en videreutvikling av tendenser til å definere menneskelige problemer, herunder omsorgsoppgavene, primært som helse-spørsmål. Svaret blir derfor folkehelse og samhandling, mens det sosiale fokus blir uklart. Disse tendensene skal ikke drøftes nærmere her, men nevnes som en viktig bakgrunn for utviklingen av eldreomsorgen i kommunene. Reformen er kommet for å møte tre utfordringer som nedenfor kort skal nevnes.

- Den første utfordringen er at pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke møtes godt nok. Tjenestene er fragmenterte, sies det (side 13 i meldingen).
- Den andre utfordringen er at tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom. Den forebyggende innsats taper kampen mot behandlingsregimene medgis det.
- Den tredje utfordringen er at den demografiske utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne. Her pekes det ikke minst på de mange eldre med alvorlige og sammensatte lidelser.

Disse utfordringene kan sies å ha blitt klarere formulert i de seinere årene. Men nye er de ikke.

For å møte utfordringene er det skissert 5 strategiske hovedgrep. Det første grep er at vi må få en «klarere pasientrolle». Det som sies om dette, glimrer ikke med sin klarhet. Det sies noe om større «brukermedvirkning» og hjelp til pasientene til å mestre sitt eget liv og ta større ansvar for egen helse. Men rollens klarhet – fremstår den mer tydelig enn tidligere?

Det neste hovedgrep er en «Ny framtidig kommunerolle». Kommunene skal få en større rolle enn tidligere. De skal få øket ressurstildeling for å make en større innsats på det forebyggende felt. Det som før het Leon- prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå) skal nå erstattes med Beon som betyr «Beste effektive omsorgsnivå». Hvor mange som får øket innsikt og handlekraft av dette, vites ikke.

Generelt synes dette å innebære et skritt i forlengelse av den rådende policy med desentralisering av oppgaver i det offentlig politiske system.

Det tredje hovedgrep er etablering av økonomiske insentiver for å understøtte den beste oppgaveløsning slik at det lønner seg økonomisk å handle riktig. Dette har medført en drøftelse av ansvarsforhold mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten mht. økonomisk oppgjør. Dersom kommunene ikke er i stand til å ta sin nye rolle med mottak av ferdigbehandlede pasienter i spesialisthelsetjenesten, må de betale for det. Som med forrige hovedgrep er dette noe som ligger i forlengelsen av og som understøtter strategien om avinstitusjonalisering, dvs. at institusjonene brukes minst mulig.

Hovedgrep fire følger opp denne tenkningen med en intensjon om at spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse. Hva som mer konkret ligger i dette er ikke godt forklart utover det litt selvfølgelige poeng at en spesialist bør jobbe med spesialoppgaver og at det er fint om pasienter som har behov for det finner frem til disse spesialistene. Større og mer sentralt plasserte enheter for spesialisthelsetjenester står ikke nevnt konkret.

Det femte hovedgrep er at det skal tilrettelegges for tydeligere prioriteringer. Dette skal bidra til større helhet i pasientforløpene. Hva dette mer konkret betyr, vet vi ikke. Vi er ikke sikker på om de som skal planlegge i kommunene forstår det heller. Men behovet for bedre prioriteringer er ingen ny sak i Norsk helsepolitikk (jfr. Lønning utvalgene 1 og 2).

Samhandlingsmeldingen har et viktig anliggende om å skape mer samarbeid og samordning i tjenestetilbud og hjelpeapparat og mellom systemene og pasientene. Dette er viktige anliggender og en kan håpe at det blir stor kreativitet og handlingskraft i implementeringen av reformen.

3.3 MELD. ST.16 (2010–2011). NASJONAL HELSE- OG OMSORGSPLAN 2010–2015

I denne Stortingsmeldingen gis en bred fremstilling av politiske kursen for helse- og omsorgstjenesten og folkehelsearbeidet frem til 2015. Her omtales også «fremtidens kommunale helse – og omsorgstjeneste». Det skal arbeides videre med å implementere Omsorgsplan 2015, bl.a. ved å gi tilskudd til 12.000 sykehjemsplasser og heldøgns omsorgsplasser. Det satses også på styrket personelltilgang slik at det etableres 12000 nye fagårsverk i omsorgstjenestene i tiden fra 2008 til 2015.

Et sentralt punkt er at: «Regjeringen vil sikre full sykehjemsdekning innen 2015»

Dette er et viktig målsettingsutsagn. Hva det konkret innebærer kan kanskje diskuteres. Men det er rimelig å betrakte dette som et løfte om at alle som har behov for det og som ønsker en Sykehjemsplass skal få tildelt det. Men hvem som avgjør om det er behov for det og hvor lenge man må vente på plass, er ikke avklart.

Det er også problematisk at staten gir løfter som kommunene må oppfylle.

3.4 NOU 2011:11. INNOVASJON I OMSORG

Denne offentlige utredningen drøfter ulike forbedringsstrategier for utviklingen av omsorgstjenestene med det utgangspunkt at det er behov for fornyelse både mht. organisering og teknologi i omsorgstjenestene. Utvalget peker spesielt på at «det er i mellomrommet mellom offentlig virksomhet og sivilsamfunn noe av den mest spennende fornyelsen kan komme til å skje i årene som kommer» (kapittel 2). Fremtidsutfordringene er på den ene siden utviklingen i antallet brukere, både yngre og eldre. På den andre siden er det knapphet på personale og frivillige, mangel på aktivitet og manglende samhandling og medisinsk oppfølging. Konkret fokuseres det på at de tre vanligste problemene omsorgstjenestene møter er: Fall, ensomhet og kognitiv svikt.

Hvordan dette skal møtes med innovasjon er mindre klart. Det som omtales er brede strategier som etter vår vurdering innebærer «mer av det samme». Det skal bli nye løsninger og ny politikk sies det. Men konkret gjelder det bl.a. punkter som «aktiv seniorpolitikk», «moderne pårørende politikk» og en politikk for funksjonshemmede som kalles «barrierebrytende», men som etter det vi kan se stort sett lister opp kjente elementer.

Utvalget konkluderer sin utredning med fem forslag:

- Næromsorg skal bli den andre samhandlingsreformen og inkludere sivilsamfunnet i samarbeid med det offentlige.
- Tekno-plan 2015 – teknologi støtte til omsorg
- Nye rom – framtidens boligløsninger og nærmiljø
- Et nasjonalt program for kommunal innovasjon i omsorg
- Omsorgsfeltet som næring

Her finnes det interessante enkeltpunkter, men det meste befinner seg på et relativt generelt og ideelt nivå. Utviklingen av næromsorg virker særlig spennende.

3.5 MELD ST.13 (2011–2012) UTDANNING FOR VELFERD

Utdanning og kompetanse, jf. kompetanseløftet, har vært et sentralt tema i drøftelsen av omsorgstjenestene utvikling. I ovennevnte Melding til Stortinget har dette blitt gitt en egen behandling i et bredt perspektiv på velferd.

Innledningen fokuserer på demografien og viser til at i 2025 vil 16 % av befolkningen være over 67 år og mer enn 250 000 vil være over 80 år. Det pekes på at uten endringer i tjenestene vil hver fjerde ungdom måtte velge helse- og sosialfaglig utdanning for å dekke behovet i 2025 – og enda flere, hver tredje, for å dekke behovet i 2035. Dette er verken realistisk eller ønskelig sies det.

Bedre utdanning, samarbeid og utdanningskvalitet ses som en av forutsetningene for å mestre de utfordringene som demografien gir. Det store spørsmålet er imidlertid i hvilket omfang en makter å rekruttere nok personer med ønsket kompetanse til de aktuelle oppgavene.

3.6 MELD. ST.29 (2012–2013) MORGENDAGENS OMSORG

Denne meldingen ble fremlagt i april 2013. Den er på mange måter en oppfølging av *St.meld.nr. 25 (2005 – 2006): Mestring, muligheter og mening*, som inneholdt bl.a. Omsorgsplan 2015, jf. tidligere omtale i dette kapittel i vår rapport. Meldingen er også bygget *NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg*.

Nå er det blitt «Omsorgsplan 2020» som det nye mål for utviklingen. Det er en bredt anlagt melding med mange tema. Styrken ligger i kreativitet og intensjoner. Men den synes mindre treffende mht. å tegne et holdbart bilde av de varierende tilstander i dagens eldreomsorg, særlig mht. til de punkter hvor det svikter, de skrøpelige eldres situasjon.

Det står ikke noe om betydningen av kommunal planlegging i meldingen. Spørsmålet om private, markedsbaserte løsninger og bidrag fra næringslivet er lite omtalt, med unntak av noen avsnitt om innovasjon. Tidligere meldingers omtale av ulike sider ved frivillig innsats har fått en bedre belysning med flere nye momenter. Det viktigste er et forslag om «Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse og omsorgsfeltet». (Meld. St. 29 2012–2013, s. 22)

Den demografiske fremstillingen er noe misvisende. På side 40 i dokumentet er det gitt en fremstilling som er nesten lik den vi finner i St.meld. nr. 25 tidligere. Det snakkes fortsatt om «den demografisk relativt stabile perioden i de neste 10 – 15 årene». Her savnes en klar understrekning av at veksten allerede er meget stor i enkelte kommuner og at det øker kraftig i mange kommuner allerede fra 2020. Det er neppe grunn til krisemaksimering – men dette minner for mye om et løp med innlagte hvileskjær. Det vil bære galt sted om ikke analysene skjerpes. Planlegging og etablering og utbygging av tiltak tar tid.

En styrke ved meldingen er gode statistiske opplysninger over viktige tema både i nåtid og fremover. Her gis det oversikter som danner godt grunnlag for refleksjoner og policydrøftelser.

3.7 KORT SAMLET VURDERING AV DE STATLIGE SIGNALENE

Helse- og omsorgsfeltet synes overlesset med viktige, gode, overordnede og generelle intensjoner. Spørsmålet er hvor fruktbare de er for iverksettingen i kommunene. Det er de generelle mål og tiltak som fremheves, noe som er i tråd med tankegangen i den universelle Velferdsstaten. Det er det generelle gjennomsnitts- og totalbildet som fremstilles, mens de mange variasjonene er lite belyst. Kopling til kommunal planlegging blir fraværende og utydelig. Derfor blir forholdet mellom del allmenne og det særskilte uavklart. Velferdspolitikken fokus på «arbeidslinjen» og «aktiv omsorg» er nødvendig, men ikke tilstrekkelig som fundament for gode sosialpolitiske løsninger som skal omfatte alle – og dermed også svake grupper (Vetvik 2011, Stjernø og Øverbye 2012).

Forholdet mellom de universelle løsningene, innovasjon, utdanning og planlegging av tjenester og tilbud på den ene side, og situasjonen for de svakeste brukerne av omsorgen på den annen side, er lite beskrevet eller vurdert.

Hvordan kan det skapes en bedre kopling mellom det statlige helhetsbilde og til dels idealistiske, generelt formulerte intensjoner og den varierte virkelighet i Norske kommuner mht. behov og kapasitet? Spørsmålet om: «Nærhet og distanse» i møtet med utfordringene reises her.

Konkret vil vi spørre: Hva vil kommunene gjøre med dette? Hva tenker de om situasjonen og utfordringene fremover? Hvordan forbereder de seg til sine fremtidige omsorgsoppgaver?

Kommunene har etter vår oppfatning en nøkkelrolle til å prege hvordan fremtidens omsorgsbilde konkret vil se ut. Kommunene er i skjæringspunktet mellom staten som oppdragsgiver og sivilsamfunnet som mottaker og aktør i helse- og omsorgstilbudet til de eldre.

4 TILSTANDEN I KOMMUNAL ELDREOMSORG SOM ET GRUNNLAG FOR VÅRE PROBLEM- STILLINGER

I dette kapitlet skal vi først kort fremstille noen viktige ulikheter mellom norske kommuner, som antas å ha betydning for innsatsen og tilstanden på omsorgsområdet.

Det er en kjent sak at det er store variasjoner mellom tilstanden i norske kommuner på en rekke områder, samtidig som det er viktige fellestrekk mellom dem. Her skal vi bare peke på noen få faktorer som antas å ha betydning for deres rolle og kapasitet i forhold til fremtidens omsorgsoppgaver.

Vi har tidligere pekt på ulikhetene mht. demografi og utviklingen av antallet eldre fra 2020 - 2030. Dette er en variasjon som er knyttet til bl.a. andre demografiske variabler som ulikheter i levealder, fødselstall, tall for mobilitet inn og ut av kommunene og fordelingen av befolkningen etter kjønn mv. Vi nevner her at vårt tema også burde inkludere

et kjønnsperspektiv og inkludere en analyse av innvandringens betydning for eldreomsorgen fremover. Dette har vi imidlertid ikke hatt kapasitet til denne gang. I den konkrete kommunale planleggingen vil dette imidlertid i betydelig grad kunne spille en viktig rolle.

4.1 DEMOGRAFISKE ULIKHETER

Den første variabelen vi ser på er demografien. Den mest åpenbare demografiske forskjellen ligger i befolkningens størrelse. De 428 kommunene i Norge, varierer fra under 1000 innbyggere i flere småkommuner, til hovedstaden som har over 500.000 innbyggere.

Det er mange små kommuner i Norge. Omtrent 1/3 av kommunene har under 3000 innbyggere, noe som er om lag en tiendedel av størrelsen på Oslos bydeler. Mer enn halvparten av norske kommuner har mindre enn 5000 innbyggere.

Den nye regjeringen har varslet at den ønsker en kraftig reduksjon av antallet kommuner. Helst ønskes dette oppnådd med frivillig samarbeid, men det legges også vekt på at tvang fra staten kan være aktuell for å oppnå de ønskede resultater. Et godt uttrykk for denne tenkningen finnes i en delrapport fra et ekspertutvalg som omhandler «Kriterier for en ny kommunestruktur». Utvalget ble nedsatt av regjeringen i januar 2014 og leverte sin innstilling i mars samme år (Kommunal- og moderniseringsutvalget 2014). Utvalgets mandat er gitt i forlengelsen av regjeringens erklæring fra Sundvolden. Her heter det at regjeringen vil gjennomføre en kommunereform «med sikte på å gi mer makt og myndighet til mer robuste kommuner».

Modellen er mer gjennomføringsmakt og større ansvar til kommuner som er betydelig større enn i dag. Hensikten er å styrke kommunene til å påta seg større oppgaver. Det er mange enig i. Ideen

er ikke ny og synes på en måte overmoden for en gjennomføring. Forfatteren av denne rapporten hevdet allerede i 1989 at fylkeskommunen burde nedlegges og kommunene styrkes til å ta økte oppgaver (Vetvik 1989).

Gjennomføringen av kommuneformen blir imidlertid neppe noen parademarsj. Det er mange motstandsfaktorer som må håndteres. Hvordan denne prosessen vil påvirke utviklingen av omsorgskapasitet og omsorgsstandard i kommunene i årene frem mot 2020, er ikke gitt. Utviklingen av helse- og omsorgsoppgavene og den demografiske utviklingen er nevnt som et premiss for konklusjonene om større og mer bærekraftige kommuner. Men beskrivelser og vurderinger er holdt på et meget generelt nivå og et godt stykke unna de krevende spørsmål om implementering av ideene.

Et viktig moment er at det tar lang tid før fusjoner faller på plass og starter å gi gevinst. Det kan være en betydelig ulempe for planleggingen av helse- og omsorgssektoren, dersom kommunene primært er opptatt av å implementere en mer eller mindre tvungen sammenslutning med flere andre kommuner.

Slik sett går det an å tenke at når en ikke har maktet å få på plass kommunereformen tidligere, kan det nå være klokt å vente litt med store endringer i strukturen slik at kommunene får tilstrekkelig fokus på veksten i omsorgsoppgavene fra 2020.

4.2 ØKONOMISKE ULIKHETER

Ser vi på de økonomiske variabler finner vi at kommunesektoren går med betydelige underskudd, mens staten går med store overskudd. I kommuneøkonomiproposisjonen for 2014 påpekes det at kommune forvaltningen i landet har et samlet underskudd på 100 mrd. Kr. i løpet av de siste 5 år (Prop. 146 S (2012-2013)). Gjeldsbyrden i kommunesektoren er økende.

Det er en stor forskjell mellom ulike kommuner mht. deres brutto driftsinntekt pr. innbygger. Dette henger både sammen med finansieringssystemet og med gjennomsnittsinntekten for befolkningen i kommunene. I noen fylker er flere kommuner ført på den såkalte Robek listen som innebærer at Fylkesmannen har utvidet kontroll med deres økonomiforvaltning. Det gjelder bl.a. kontroll med opptak av lån.

Staten søker å utjevne en del av disse ulikhetene gjennom sitt overføringssystem til kommuneforvaltningen, men forskjellene er store til tross dette.

Oversikt fra Kostra i SSB viser at gjennomsnittlig driftsutgift pr. innbygger i de norske kommunene var 65 731 kr i 2011.

Variasjonen etter fylke er ikke ubetydelig idet Akershus hadde laveste gjennomsnitt blant fylkene med 58 789 kr, mens Finnmarkskommunene hadde 87 557 kr og toppet listen med det. Kommunene i Finnmark hadde således nesten 50 % høyere bruttoinntekter enn i Akershus.

På kommunenivå er forskjellene betydelig større. Kraftkommunene stiller i en gruppe for seg hvor flere har mer enn det dobbelte av gjennomsnittet. Kommunen med lavest inntekter hadde 52 000 kr, dvs. 26 % under gjennomsnittet.

Avvikene fra gjennomsnittet er betydelig større når det gjelder oppsiden, dvs. det er noen kommuner som ligger langt over gjennomsnittet, mens utslagene nedover er mer begrenset.

Men uansett, det er betydelige forskjeller mht. bruttoinntekten per innbygger i kommunene. Dette har utvilsomt betydning for den kommunale ressursbruken til omsorgsoppgavene. De som har mest – bruker mest – på alle områder.

Som en illustrasjon av disse variasjonene har vi i tabell 5 gitt en sammenstilling av veksten i aldersgruppen 80+ i noen kommuner med deres bruttoinntekt pr. innbygger.

KOMMUNE	ØKNINGEN I 80+ ÅR 2020–25	BRUTTOINNTekt/INNBYGGER 2011
Rælingen	39 %	55 345 kr
Hurum	31 %	58 365 kr
Sørums	22 %	55 898 kr
Skedsmo	24 %	58 971 kr
Kristiansund	24 %	64 485 kr
Melhus	28 %	61 736 kr
Levanger	22 %	63 862 kr
Bardu	25 %	92 303 kr
Hammerfest	30 %	95 410 kr
Landsgjennomsnitt	18 %	65 731 kr

Tabell 5. Økning i aldersgruppen 80+ og bruttoinntekt pr. innbygger

Alle kommunene i tabell 5 har sterkere vekst i antallet eldre 80+ enn landsgjennomsnittet. Samtidig ser vi at noen av kommunene i år 2011 hadde betydelig mindre gjennomsnittlig bruttoinntekt enn andre. Rælingen peker seg igjen ut som et interessant utslag her, ikke minst tatt i betraktning den sterke veksten i antallet eldre også i perioden 2010 – 2020.

Vi skal ikke trekke noen bestemt konklusjon ut fra disse tallene. Men vi finner variasjonene interessante for nærmere analyse.

Vi har også sett på tilsvarende tall for noen av landets største byer, dog slik at tidsperioden er fra 2020 – 2030. En oversikt er gitt i tabell 6.

KOMMUNE	VEKST 80+ 2020–2030	BRUTTOINNTekt PR. INNBYGGER 2011
Oslo	56 %	68 892 kr
Bergen	42 %	58 816 kr
Trondheim	62 %	61 460 kr
Tromsø	83 %	63 749 kr
Landsgjennomsnitt	53 %	65 731 kr

Tabell 6: Vekst i aldersgruppen 80+ 2020 – 2030, bruttoinntekt/innbygger

Vi skal heller ikke her trekke bestemte konklusjoner. Men vi ser at Tromsø har den desidert høyeste veksten i den eldste aldersgruppen i perioden 2020 – 2030, mens bruttoinntekten fra 2011 ligger noe under gjennomsnittet for kommunene.

4.3 KOMMUNENE OG OMSORGSSEKTOREN

De formelle rammebetingelsene for kommunene i lovverket de samme uansett de mange ulikhetene. Kommunene har også et forholdsvis enhetlig organisasjons- og planleggingssystem.

Et fellestrekk ved kommune er også deres dobbeltrolle som lokaldemokrati med vekt på folkelig medvirkning og lokale løsninger, samtidig som de skal være iverksettere av statlig politikk på de områder de er tildelt i den nasjonale funksjonsfordeling. Her kan det lett bli mange kryssende hensyn og uklare målsettinger i relasjonen både til innbyggerne og det statlige systemet. Begrep som «krysspress» og «skvis» anses aktuelle her.

Relasjonen mellom stat og kommune er ikke et hovedtema i vår rapport. Men det nevnes som et bakteppe til fortolkning av de data og den situasjon som tegnes gjennom vår undersøkelse med kommunene.

Utgiftene til Helse, pleie, omsorg og sosiale formål har vokst til å bli kommunenes desidert største utgiftsområde. Området får 40 % av kommunesektorens totale inntekter (Statistisk Årbok 2011).

Dette er en følge av den nasjonale desentraliserings- og avinstitusjonaliseringspolitikken som har gitt kommunene store økte oppgaver og utgifter. Fra nyere tid er samhandlingsreformen et eksempel på dette. Tidligere tider, dvs. 1980 og 1990 tallet, hadde HVPU-reformen, psykiatri-reformen, kommunal overtakelse av sykehjemmene og oppbyggingen av primærhelsetjenesten etter kommunehelseloven som viktige nye tiltak som endret strukturen og omfanget på de kommunale tjenester og utfordringer. (Romøren 1991, Vetvik 2011). I vår rapport fra 2009 har vi gitt en mer utførlig presentasjon av endringene i den kommunale helse- og omsorgspolitikken fra 1995.

Fra det sentrale politiske nivå i landet er det formulert mål og gitt garantier om enerom til alle på sykehjem og sykehjems plass til alle som trenger

det. Det ble i 2008 lovet 12.000 nye plasser ved landets sykehjem i 2015 (St.meld. nr. 47, side 57). Hittil er mindre enn en tredjedel av dette blitt ferdig. Mye av aktiviteten hittil har gått til rehabilitering og standardheving på bygningene. Men fortsatt er det flere kommuner i alle fylker som ikke har enerom til alle institusjonsboerne.

I valgkampen foran Stortingsvalget i 2013 ble løfter om økt innsats i eldreomsorgen også denne gang fremsatt av alle partier. Dette kan gi et positivt fokus for en tid. Men når valget var over ser hverdagen ut omtrent som før, selv om landet har fått en ny regjering.

Det sentrale er imidlertid fortsatt hva som skjer på det kommunale plan – i samspill med den konkrete innretningen på den statlige politikk overfor kommunene og relasjonen til sivilsamfunnet.

4.4 STATUS PRESENS I OMSORGSSEKTOREN – SKISSER TIL EN TILSTANDSRAPPORT.

Planlegging må ha tilstanden på det aktuelle område som et sentralt utgangspunkt. Det lages ikke en omfattende nasjonal tilstandsrapport på omsorgs område, slik som det f.eks. gjøres for formålet høyere utdanning. De ulike meldinger vi har referert ovenfor gir en del data om situasjonen, men intet helhetsbilde og heller ingen systematisk evaluering.

Meldingen: Morgendagens omsorg (Meld. st.29 (2012-13) gir aktuelle og gode oversikter over totalbildet på landsnivå. Det fremkommer her bl.a. at kommunene samlet i dag bruker mer ressurser på hjemmetjenester enn på sykehjem og institusjonsomsorg. Det er også flere ansatte i åpen omsorg enn i institusjon. De prognoser som er laget ved SSB viser et kraftig økende personellbehov fra 2018 – 2030 (side 43 – 44 i meldingen).

Når det gjelder behovet for heldøgns pleie og omsorg, er det imidlertid fortsatt institusjonsplassene som tar tyngden.

I 2011 besto omsorgstjenestens heldøgns omsorgstilbud av om lag 63 000 heldøgns omsorgsplasser, fordelt på om lag 41 000 plasser i institusjon og 22 000 beboere i boliger med heldøgns bemanning (s. 45).

Meldingen viser en betydelig variasjon i dekningsgraden etter fylke, både når det gjelder institusjons plasser og i heldøgnsbemannet bolig. Vi ser at Troms og Finnmark har betydelig flere plasser pr. 1000 innbyggere over 67 år i institusjon enn gjennomsnittet. Det sentrale østlandsområdet ligger klart under landsgjennomsnittet som er 63 plasser pr. 1000 innbyggere (SSB 2013).

Når det gjelder fungeringen i kommunene av de ulike tiltakene har vi ikke noe dekkende bilde. Statens helsetilsyn laget imidlertid en tilstandsrapport i 2005 (Statens Helsetilsyn 2005). Tilsynet laget også en samlerapport fra 2010 fra tilsyn med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre, med tittelen: *Krevende oppgaver med svak styring* (Statens Helsetilsyn 2011).

I en artikkel etter rapporten i 2005 (Tingvoll og Sæterstrand 2007) vises det til at St.meld. nr. 25 (2005 – 2006) sender signaler om en dreining bort fra langtidsopphold og over til korttidsopphold i sykehjem. På dette grunnlag spør de: «**Har kommunene reelle planer for sykehjemmene?**»

Dette er et betimelig spørsmål ettersom mye tyder på at sykehjemmenes sentrale plass i kommunenes eldreomsorg forvaltes på nokså forskjellige måter. Mange steder fylles institusjonene med langtidspasienter.

Dette er et meget aktuelt spørsmål for våre undersøkelser. Spørsmålet er ikke bare hva kommunene har, men hvordan ressursene brukes. Dette gjelder både i institusjon og åpen omsorg og forholdet mellom dem. Slike spørsmål burde fokuseres i planarbeid og planer.

I den samlede vurdering fra Statens Helsetilsyn i avslutningen av rapporten fra 2011 understrekes tilsynets ansvar for å bidra til at svikt i tjenestene til skrøpelige eldre blir funnet, forebygget og rettet opp. Tilsynet avdekket brudd på lovkrav i to tredjedeler av de gjennomførte tilsyn. Rapporten understreker at:

- Rettssikkerheten må ivaretas,
- Eldre må tilbys den hjelpen de har krav på,
- Tjenestene som tilbys må ha forsvarlig innhold og omfang
- Tjenestene må styres – personellet må ikke overlates til seg selv.

I konklusjonen skriver Tilsynet (side 47):

Tilsynet viste at kommunene i liten grad har gjennomgått ulike deler av tjenestene sine med sikte på å avdekke hvor det kan skje svikt og få satt inn nødvendige forebyggende tiltak. Heller ikke fant vi mange spor av at kommunene aktivt følger med på om de ulike tjenestene fungerer etter sin hensikt.

Dette er en relativt kraftig kritikk av mangelfulle tilstander på viktige områder i den kommunale omsorgstjenesten. Det er nok å ta fatt på.

Vi har ikke kapasitet til å lage en tilstandsrapport her. Hensikten er igjen å peke på enkelte faktorer som begrunner behovet for å ta et konkret utgangspunkt for planleggingen i den enkelte kommune. I våre tidligere arbeider har vi gått noe mer utførlig inn på ulike mål for tilstanden. De viser meget varierende forhold. Det er liten grunn til å tenke at situasjonen er radikalt forandret (Disch og Vetvik 2009, Vetvik 2010).

Hovedbildet er at tilstanden varierer til betydelig fra kommune til kommune. Derfor kan tilstanden beskrives både som «best i verden» og «helt utilstrekkelig» alt etter hvilke faktorer som vektlegges og i hvilken kommune du befinner deg (Huseby og Paulsen 2009, Riksrevisjonen 2009).

Befolkningens forventninger spiller også en stor rolle når det gjelder grunnlaget for planlegging av eldreomsorgen. Den norske befolkningen svarer nesten unisont at de forventer at det norske offentlige

velferdstilbudet skal bli på samme nivå i 10 år fremover (NSD Nytt nr. 1/2010) Nordmenn skiller seg ut mht. dette, ikke bare i forhold til andre Europeiske land, men også høyere enn i de øvrige Nordiske land (Daatland m.fl. 2009).

4.5 PRIORITERING OG ØKONOMI –DYSTRE UTSIKTER?

Når det gjelder den konkrete prioritering viser en undersøkelse (Rattsø og Sørensen 2009) at de eldre ikke har blitt prioritert på de kommunale budsjetter siden 1990. Det meste av økningen i budsjettene har gått til de nye brukerne som følger av den generelle sosialpolitiske utviklingen etter reformene på 1980 – og begynnelsen av 1990 tallet. Politikerne gir andre grupper høyere prioritet enn de eldre. Forfatterne fremsetter derfor følgende hypotetiske påstand: «Eldrebølgen vil gi lavere utgifter pr. eldre i eldreomsorg» (Ibid, side 362).

Bruttoutgiftene til eldreomsorgen pr. innbygger varierer ved at de med lavest utgifter har nesten bare halvparten av gjennomsnittet, mens noen kommuner mer enn dobbelt så mye som gjennomsnittet (Huseby og Paulsen 2009). Dette er formodentlig primært en funksjon av ulik økonomisk bæreevne i kommunene.

Det er også store forskjeller mht. hvordan sektorens midler blir fordelt på de ulike tiltak (Disch og Vetvik 2009, Vetvik 2011). Noen kommuner bruker det meste av midlene på sykehjem, mens andre har hovedtyngden på «åpen omsorg». Borge og Haraldsvik (2005) hevder at hjemmetjenesteorienterte kommuner driver mer effektivt uten at tjenestetilbudet blir dårligere.

I kommuneøkonomiproposisjonen for 2013 finner vi en oversikt over dekningsgraden på ulike områder i pleie- og omsorgssektoren i perioden 2005 – 2012. Den viser at andelen over 80 år som bor på institusjon har sunket fra 14.5 til 14.1 %. Andelen 67 år og eldre

som mottar hjemmetjenester har sunket fra 18.9 % til 16.1 %, mens andelen eldre 80 år og eldre som mottar hjemmetjenester har sunket fra 36.2 % til 33.8 %. Dekningsgraden for eldre har altså blitt redusert i disse årene.

Imidlertid har det samtidig vært en betydelig økning i legeårsverk i institusjonene. Det samme gjelder fysioterapi og årsverk med fagutdanning. Andel plasser med enerom med bad/wc har øket fra 55.8 % i 2005 til 77.2 % i 2012.

Med andre ord – kvaliteten har på noen områder økt i de seinere årene, mens dekningsgraden har gått ned. Dette indikerer spennende spørsmål om policy og prioritering. Er dette en planlagt utvikling basert på politiske/faglige prioriteringer? Eller er det et resultat av mer eller mindre tilfeldige forhold og beslutninger som ikke er planlagt og ukoordinert?

Penger er uansett ikke på langt nær alt. Spørsmålene om rekruttering av personell og kompetansen til personellet er av sentral betydning. Her har det skjedd en positiv utvikling siden vår forrige rapport, noe som er dokumentert i Meld. St. 29 (2012 – 2013).

Generelt er tilstanden i eldreomsorgen i utvikling og endring på mange måter. En hovedfaktor som bør analyseres nærmere er utviklingen i forholdet mellom den offentlige innsatsen, de ideelle frivillige organisasjonene, familieomsorgen og nettverk.

De kommersielle aktører er lite belyst i de offentlige utredningene om situasjonen. Dette anses som en mangel ettersom slike aktører er etablert i omsorgsfeltet i mange norske kommuner og ikke bare i de største byene.

5 DET KOMMUNALE PLANSYSTEMET OG TEORI OM PLANLEGGING

I dette kapitlet skisserer vi noen momenter om planleggningssystemet i kommunene. Vi gir også en kort fremstilling av et utvalg av momenter fra planleggningsteorien. Det kunne vært ønskelig å gå dypere inn i dette, men vi har funnet det riktig å begrense oss til noen sentrale momenter som har betydning for tolkning og drøftelser av vår problemstillinger og våre data.

5.1 UTVIKLINGEN AV DET KOMMUNALE PLANSYSTEMET

Planleggingen i norske kommuner ble fra starten av i tidlige etterkrigstid knyttet til arealplanlegging med forankring i Bygningsloven med navnet «Generalplan». Disse ble kritisert for å være for lite opptatt av sosiale og økonomiske aspekter (Vetvik 1977). Generalplanene ble etter hvert avløst av et mer omfattende opplegg for helhetlige kommuneplaner. Men fortsatt er opplegget

knyttet til Plan- og bygningslovens system, men med sterkere fokus enn tidligere på «Samfunnsdelen» av planen og Økonomisk Planlegging. Lovgrunnlaget nå er Plan og bygningsloven som trådte i kraft 1.1 2010.

Etter hvert som helse- omsorgs- og sosial oppgavene ble en større sektor i kommunene, ble det først midlertidig og seinere permanent et lovpålagt krav om å lage helse- og sosialplaner i kommunene (Lov av 19.november 1982) om planlegging og forsøksvirksomhet i den kommunale helse- og sosialsektor). En evaluering av planarbeidet etter denne loven, viste store mangler (Bastøe og Vetvik 1989). Lovbestemmelsen som krevde helse- og sosialplan ble tatt bort i 2003 (Beslutning O.nr. 79 (2002 – 2003)). Særlover som påla planlegging på sektornivå ble fjernet slik at det var det overordnede plansystemet som gjaldt.

De helse- og sosialplaner/omsorgsplaner og tilsvarende som derfor ble utarbeidet seinere og aktualisert av St.meld.nr. 25 (2005 – 2006) har derfor ingen plass som lovpålagt oppgave.

5.2 STATUS PRESENS I DET KOMMUNALE PLANSYSTEMET

Kommuneplanen er det sentrale redskap for overordnet kommunal planlegging. Planen har et 12 års perspektiv. Den deles vanligvis i to – en samfunnsdel (strategisk del) og en arealdel.

På nivået under dette finnes kommunedelplan som kan gjelde både et geografisk avdelt område innenfor kommunens grenser, eller sektorplaner knyttet til sektorer/samfunnsområder. På dette nivå innpasses også 4-årige Handlings- og økonomiplaner.

Omsorgsplanene som utarbeides i mange kommuner er således å betrakte som funksjonelle kommunedel planer. I hvilken grad disse blir innpasset i kommuneplanene, vet vi ikke sikkert. En rask gjennomlesning av samfunnsdelen i et begrenset

antall nyere kommuneplaner, gir få eksempler på at Omsorgsplan er integrert i kommuneplanens samfunnsdel. Vi antar at det ikke så ofte er en tidsmessig koordinering av kommuneplanprosessen og slike kommunedel planer, slik at integrering ikke blir enkel teknisk sett. Det fremstår enklere å få til en koordinering med de 4-årige Handlingsplaner/økonomiplaner. Mer om dette i vår datagjennomgang i kapittel seks.

5.3 PLANLEGGING – HVA ER DET?

Enkelt sagt – planlegging er en prosess hvor man utarbeider en plan for håndtering av fremtidens utfordringer. Denne planen skal fungere som et redskap for å lede utviklingen på et område i ønsket retning ut fra de verdier vi vil prioritere og de målsettinger vi legger til grunn ut fra de ressurser beslutningstakerne rår over. En må tenke gjennom i dag, hva en skal gjøre i morgen for å møte problemene som melder seg i over i morgen.

Hensikten med planlegging er å skape et systematisk grunnlag for prioriterte og forberedte beslutninger og handlinger for å møte fremtidens utfordringer. Dette betyr at planlegging er sentralt knyttet til beslutningsgrunnlag og politikktutforming. Deretter kommer utfordringen med en handling som iverksetting av planen.

Et sentralt poeng ved planlegging er imidlertid det grunnleggende faktum at vi ikke kjenner fremtiden. Dette gjør at all planlegging og iverksetting har betydelig grad av usikkerhet knyttet til seg. Hvor gode er de prognoser vi lager for å forutsi fremtiden? Hvor treffsikre er de tiltak vi velger for å påvirke utviklingen i ønsket retning. Hvor forberedt er vi på de mange ukjente faktorer som også vil spille en rolle for utfallet? Hva må gjøres når terrenget ikke lenger stemmer med kartet?

Endringene kan være så store at en iblant ser klart at viktige deler av planen ikke lar seg gjennomføre, kort tid etter at den er vedtatt.

Ut fra denne erkjennelsen har det vært en stor faglig diskusjon om forholdet mellom planlegging som prosess og planen som resultat og styringsredskap. Flere har fremhevet at planleggingens fremste resultat ofte vil ligge i selve prosessen – dvs. at en arbeider systematisk å skaffe oversikt og diskutere løsninger. Det antas at dette ofte gir bedre handlingsberedskap enn en vedtatt plan som blir kalt en «skuffeplan» både fordi den blir lagt i en skuff uten å bli implementert, og noen ganger fordi den viste seg skuffende uaktuell da den ble satt på prøve. Dette momentet illustrerer det poeng at «styring» via planlegging er en risikoidrett. Balanse mellom styring og fleksibilitet gjenstår som sentral i gjennomføringen av planen.

5.4 AKTUELLE PLANTYPER I KOMMUNENE

I planleggingens verden er det mange typer planer å forholde seg til. Et viktig skille går mellom fysiske planer for arealdisponering og utbygging, som reguleringsplaner og områdeplaner på den ene siden og samfunnsplaner for helheten eller viktige funksjonelle deler på den andre siden.

Hensikten er at disse planene skal henge sammen og påvirke hverandre fordi valg i den ene typen gir konsekvenser for den andre. I kommunene er dette tydelig og en burde kanskje fokusere mer på plansystemer enn på de enkelte konkrete planer.

Sektorplaner versus helhetsplaner er andre plantyper som kan være forskjellige, men likevel ha konsekvenser for hverandre. Helse – og omsorgsplaner har betydning for og henter sine forutsetninger også fra annen planlegging i kommunene. Økonomisk og Sosial Planlegging kan behandles hver for seg, men kan også sees i sammenheng.

Handlingsplaner og program er viktige konkrete former for planlegging. Disse står heller ikke alene, men bygger på forutsetninger f.eks. av økonomisk og

politisk art fra andre planer. Det samme kan en si om rekrutteringsplaner og bemanningsplaner.

Noen ganger finner en det nyttig med oversiktsplaner som skaffer oversikt over de tiltak og tjenester som en faktisk har til disposisjon. Det moderne samfunn er så komplekst og mangfoldig at enkle beskrivende oversikter ofte er nødvendig som grunnlag for effektiv og målrettet handling.

5.5 NOEN UTVALGTE PLANTEORETISKE MOMENTER

Vi går ikke her inn på en grundig behandling av temaet planleggingsteori. Det vi vil gjøre er å peke på enkelte planteoretiske aspekter som vi vil bruke i gjennomgangen av våre data fra undersøkelsen om kommunenes holdninger og praksis mht. planlegging av tjenester, organisering og tilbud i den kommunale helse og omsorgstjeneste med fokus på eldreomsorg.

Et viktig bidrag til den generelle planleggingsteori er gitt av Andreas Faludi (Faludi 1973). Han peker på at planleggingsteori har to hovedaspekter. Det er teori om planleggingsprosesser (Procedural) og om innhold i planleggingen (Substantive). Denne dikotomien går igjen i mange ulike planleggingsteorier.

I Norge er det Jørgen Amdam og Roar Amdam (1990) og Noralv Veggeland (Amdam J og Veggeland 1998) som har gitt mest bidrag til utvikling og tilpasning av generell planleggingsteori tilpasset norsk samfunnsplanlegging.

Jørgen Amdam og Roar Amdam, har drøftet de ulike planleggingstradisjoner og særlig fokusert på strategisk og mobiliserende planlegging. Dette knytter også an til teorier om såkalt «kommunikativ» planlegging (Forester 1989), som er inspirert av Filosofen Jürgen Habermas. Friedman (1987) skiller mellom fire planleggingstradisjoner: «policy analysis», «social learning», «social reform» og «social mobilization».

I norsk sammenheng er planleggingen knyttet til tanker om deltakerdemokrati og medvirkning i samfunnsplanleggingen. Et annet begrep er «transaktive» planleggingsteorier (Friedman 1987) som i høy grad fokuserer på planleggingsprosessen, både som læring, men også på befolkningens behov som utgangspunkt for planleggingen. Disse aspektene har vært viktig i norsk kommuneplanlegging.

I arbeider om kommunal planlegging har Vetvik (1974, 1977) vært opptatt av kommunal planlegging som en «Policymaking process», inspirert av Charles Lindblom (1968). Vetvik fremhever at kommunal planlegging kan – og bør - fremstå som en policymaking prosess i den forstand at prosessen gir grunnlag for formulering av beslutninger om strategiske grep for utvikling istedenfor detaljerte og iblant delvis fastlåste oppskrifter for handling.

Lindblom har også gitt grunnlag for den såkalte inkrementalistiske retning i studier av planlegging. Denne planlegging er ikke preget av de store strukturelle grep, men knytter an til en virkelighet hvor de små skrittets vei ses som den mest realistiske vei til konkrete resultater.

Uansett reises spørsmålet om hva en vil oppnå med virksomheten i samfunnsplanleggingen. Hva er formålet? Satser en på utvikling, innovasjon og endring, såkalt utviklingsplanlegging? Eller er hensikten en mer defensiv tilpasning til forventningene om en utvikling som en tenker seg at en ikke kan endre? Spørsmålet om makten over virkemidlene og hva ressursgrunnlaget gir grunnlag for, vil derfor måtte fokuseres i valg av planopplegg. Planlegging har med makt å gjøre og dermed blir makt til å gjennomføre planer og beslutninger et viktig kriterium for å bedømme planleggingen.

I en klassisk artikkel hevder statsviteren Knut Dahl Jacobsen at en krisebakgrunn en nødvendig, men ikke tilstrekkelig forutsetning for vellykket planlegging (Dahl Jacobsen 1970).

I en krise erkjennelse vil det ligge at det innses at de etablerte virkemidler, system og eller handlingsgrep ikke er tilstrekkelige til å møte kriser i form av store

utfordringer og endringer. Men krise erkjennelse er ikke tilstrekkelig til å skape effektiv planlegging. Aktørene må også ha en tro på at planlegging er et effektivt botemiddel til å møte krisen. Hvis denne troen mangler, vil planlegging ikke føre frem, hevder Dahl Jacobsen.

Fra en organisasjonsteoretisk synsvinkel er det naturlig å nevne rasjonalitet og begrenset rasjonalitet i forbindelse med planlegging (Simon 1957). Planlegging baserer seg som regel i utgangspunktet på en rasjonalitetstankegang hvor en registrerer/kartlegger nå situasjonen, analyserer og evaluerer situasjonen for så å velge de mål en vil satse på å oppnå og beskrive hvordan målene skal oppnås. Simon fremhever at dette lettere er sagt enn gjort.

Det er mange begrensninger på rasjonalitet i organisasjoner og det kommer til syne i alle ledd av planleggingsprosessen. Det er mye som taler for valg av en systematisk og rasjonell planleggingsmetode. Men begrensningene på rasjonalitet må vurderes og behovet for alternative planer og virkelighetsbeskrivelser bør tas i betraktning. Planlegging kan ikke – og bør ikke – fremstå som verdinøytral. Valg av utgangspunkt, planenes grunnlag og planleggingsmetodikk bærer alle med seg eksplisitte eller implisitte verdier. Behovet for en bevisstgjøring av dette i planarbeidet fremstår som fruktbart. Dette er like nødvendig som å fokusere faglighet, data, evaluering og konsekvensanalyser som integrerte ledd i planarbeidet.

Etzioni (1967) hevder at det ikke er et enten eller, men et både og, når det gjelder forholdet mellom rasjonalisme og inkrementalisme. Fler skiller mellom et langsiktig strategisk perspektiv og et perspektiv med større detaljeringsgrad. Her fremheves en rullerende planleggingsmodell – fra handling til plan – til handling, i en dynamisk prosess som både gir overordnet styring og fleksibilitet i praksis.

Spørsmålet om samordning av ulike former for planlegging fremstår både som et praktisk problem og en teoretisk utfordring i planarbeidet.

Hvor mye det konkrete planarbeidet i norske kommuner inkluderer de ovennevnte elementer, er et spennende empirisk spørsmål. Vi har ikke materiale til å gå grundig inn på dette i denne rapporten. Men vi berører det i blant.

Til slutt vil vi nevne at et organisasjonsteoretisk perspektiv vil innebære et analytisk fokus på ressursfordelingen. Se hvor ressursene går, og du får svar på spørsmålet om hvilke formål som prioriteres. Spørsmålet om fordelingen av begrensede ressurser - «pengespillet» - innebærer at analyser som ikke inkluderer de økonomiske faktorer på inntekts- og utgiftssiden, blir utilstrekkelige.

5.6 TEMA OG PROBLEMSTILLING UTDYPES

Vårt tema er planlegging av de kommunale helse- og omsorgs-oppgaver med en hovedvekt på omsorgen for eldre. Dette er et bredt tema med mange fasetter. Vi har derfor allerede introdusert en rekke spørsmål som er knyttet til temaet. Dette henger sammen med at begrepet «eldre» inkluderer mennesker med store ulikheter mht. både alder og levekår. Derfor vil debatter om «eldreomsorgen» lett bli springende og upresise. Dette ser vi også i politiske og offentlige debatter.

Det handler om en stor og voksende gruppe mennesker og er derfor blitt et viktig politisk tema. Eldreomsorgen er blitt den kanskje største enkeltoppgave for norske kommune. Den krever mye oppmerksomhet, penger og personell. Helse, pleie- og omsorgsoppgavene totalt står gjennomsnittlig for mer enn 1/3 av kommunenes utgifter.

Feltet har fått øket oppmerksomhet og aktualitet bl.a. på grunn av den demografiske utvikling som er beskrevet i kapittel 2. Det grunnleggende tema her er hvordan kommunene skal forberede seg til denne utfordringen. Vil samfunnet makte utfordringene

med målet om verdighet for de eldre og god kvalitet i tjenestetilbudet i de krevende tider som er relativt nært forestående? Vår oppfatning er at det ikke her er rom for noen hvileskjær mens vi avventer utviklingen.

Eldreomsorgen er blitt et sentralt politisk tema. Gjennom media er det blitt opplyst at Oslo kommune arbeider med en Seniorsmelding som skal fremlegges for byrådet til høsten 2013. Byråden for eldre, Aud Kvalbein, Krf, varsler et skifte i kommunens eldrepolitikk i fremtiden:

«De eldre klarer seg selv», sier hun i et intervju med Akersposten 7.mars 2013. Litt spøkefullt kan det sies at det er rart at ingen har kommet på den tanken før. Konkret sier hun imidlertid at Seniorsmeldingen vil innebære «et paradigmeskifte i eldreomsorgen i Oslo».

«Vi har skjønt at vi ikke kan fortsette eldreomsorgen som vi har gjort. Vi kommer ikke til å ha nok hender og det er ikke nok i budsjetter til det», sier hun. Derfor skal færre mennesker inn på alders- og sykehjem. De skal bo lengre hjemme, bli mer aktive i samfunnet og «oftere tilrettelegge og betale for sin egen alderdom», fremgår det av meldingen.

Hjemmetjenestene må være forberedt på at flere ønsker å dø hjemme. Et annet viktig område å fokusere er «å motivere» private utbyggere «til å bygge tilrettelagte boliger som de eldre betaler selv», uttaler byråden.

Byråden har i et seinere innlegg ment seg delvis feilsitert her og har nyansert bildet noe. Hovedtrekkene synes imidlertid å være gyldige for oppfatningen.

Varaordføreren i Oslo, Libe Rieber- Mohn fra AP, frykter at den nye policy vil føre til dårligere offentlig tilbud og dermed større ulikheter i velferden til de eldre. Det er kjent fra mange studier at de offentlige tjenester i betydelig grad bidrar til å utjevne levekårene i befolkningen.

De ovennevnte momenter er en god illustrasjon på et hovedtema i drøftelsen av eldreomsorg og holdninger til offentlig politikk mer generelt. Debatten om eldreomsorgen har fulgt et slikt mønster de siste 20 årene. Byrådets uttalelser er ikke et paradigmeskifte - når det gjelder retorikk. Om det vil bli det i praksis, gjenstår å se.

Debatten i Oslo ble videreført våren 2014 gjennom meldingen til Oslo bystyre om Seniorpolitikken (Byrådet i Oslo, 2014). Her slås det fast at 20 % av borgerne over 80 år har et botilbud fra kommunen. Dette ventes redusert i fremtiden. Omsorgen skal bli «bærekraftig» heter det, men begrepet er ikke definert. Hele meldingen er en generell og velment retorikk om de friske og aktive eldre som skal ta ansvar for egne valg selv når demens banker på døren. Flere ønsker å dø hjemme, og byrådet vil fokusere på tilrettelegging, slik at det blir mulig, heter det i meldingens sammendrag. Innovasjon og teknologi skal bidra til denne fremtidige strategi for omsorgen.

Det er grunn til å spørre om hva som konkret blir konsekvensene av den politikk som det her legges opp til for de skrøpeligste av de eldre?

Det er uansett et faktum at tenkningen om eldreomsorgen har endret seg siden midten av 1990-tallet. Det har skjedd en planlagt dreining fra en institusjonsbasert eldreomsorg til økende vekt på hjemmebaserte omsorgstjenester. Dette linjeskiftet er allerede etablert som en hovedretning i den offentlige policy på feltet. Spørsmålet er derfor mer å se på den konkrete utformingen av dette mht. hvilke fordeler og eventuelle ulemper det medfører i forhold til omfang og type av utfordringer i eldreomsorgen. Et viktig aspekt her er at både sykehjemsvirksomheten og den åpne omsorgen utvikler seg videre på måter som gjør at eldre forestillinger om det skarpe skillet mellom sykehjem og åpen omsorg blir mindre dekkende. Her må en dog ha i mente at de fleste institusjoner og ordninger som skal gi tilbud til morgendagens eldre, allerede er bygget og igangsatt.

Vår undersøkelse tar sikte på å bidra til en faglig basert drøftelse av ulike sider ved utfordringene til planleggingen av eldreomsorgen med utgangspunkt i en empirisk undersøkelse av status presens og beredskapen for fremtiden. Et hovedaspekt blir å undersøke hvordan de statlige signaler og policy blir implementert i den kommunale omsorgsplanleggingen.

En del-problemstilling er hvilken virkelighet som fremtrer for de ansvarlige aktørene i norske kommuner mht. status og utviklingen på feltet. Den virkelighetsoppfatningen disse operer ut fra - antas å ha stor betydning for de konkrete valg både mht. planlegging, beslutninger og aktivitet. Vi har valgt å fokusere på dette i anknytning til den kommunale planleggingen som et redskap til å forankre drøftelser og beslutninger om eldreomsorgen, både i status quo og i det fremtidige møte med et økende antall eldre.

Her må vi både se på den etablerte planleggingspraksis og stille spørsmål om potensialet for planlegging som relevant og adekvat grunnlag for beslutninger og handling på feltet. Er den etablerte planpraksis tilfredsstillende i forhold til behovet? Hva skal til for at planleggingen skal kunne gi bedre grunnlag for handling fremover? Hvordan vil planene legge til rette for en bedre alderdom, ikke bare for de relativt friske, raske og velhavende pensjonistene, men for de svake og skrøpelige blant de eldre?

Et hovedpunkt i våre problemstillinger er kommunenes beredskap for de store utfordringene som det økende antall eldre fører med seg. Spørsmålet om det offentliges og samfunnets beredskap ble stilt skarpt i forbindelse med 22. juli terroren (NOU 2012:14). Dette var en dramatisk og plutselig hendelse. Vi måtte konstatere at det offentliges generelle beredskap sviktet på avgjørende punkter. I forlengelsen av dette reises spørsmålet om svakheter ved vårt byråkratiske forvaltningssystem når det kreves at det må forholde seg til større oppgaver som adskiller seg fra rutinepolitikkenes regelorientering. Her avdekkes en mangel på fleksibilitet og handlekraft.

Når det gjelder det økende antall eldre handler det om en demografisk utvikling som vi lenge har visst om. Vi vet at utfordringene vil melde seg. Hvordan er den kommunale beredskap i forhold til dette? Kan kommunal planlegging øke beredskapen og bli et instrument for den nødvendige fornyelse? Eller er dagens plansituasjon et tydelig tegn på at utfordringene ikke er forstått eller prioritert? Er det mangel på endringskapasitet fordi systemet fortsatt belønner tradisjonell kortsynthet og regelorientering, fremfor innovativ, langsiktig og målrettet handling?

Vår sentrale problemstilling er i hvilken grad og under hvilke betingelser den kommunale planleggingen kan bidra til å skape nødvendig beslutningsgrunnlag, beredskap, kapasitet og fornyelse i forhold til de omsorgsoppgavene som melder seg med akselererende tyngde i årene fremover. Særlig gjelder det situasjonen for de skrøpeligste eldre.

Kommunene er i sentrum for våre problemstillinger. Men deres aktivitet må sees i en kontekst av den statlige velferdsstat og dens fungering på den ene side og sivilsamfunnet behov, ressurser og kvalitet på den annen side. Det er vår forforståelse at det må bli bedre kopling og samspill mellom disse aktørene for å skape en bedre omsorg som kan imøtekomme verdighetsgarantien til de eldre.

6 METODE OG DATAGRUNNLAG

I dette kapittelet skal vi gjøre rede for metodegrunnlaget for innsamlingen av data til vårt prosjekt og drøfte noen fordeler og ulemper med det opplegget som ble valgt.

6.1 SURVEY OG SPØRRESKJEMA

Som i 2009 (Prosjektet: Framtidas omsorgsbilde, slik det ser ut på tegnebrettet) valgte vi i 2011 å sende et elektronisk spørreskjema til alle landets kommuner (Questback systemet).

Svargiverne kom fra den kommunale administrasjon. Ulike ledere i helse- og sosialtjenesten/ omsorgssektoren var de vanligste. I 2009 samlet vi inn plandokumenter for innholdsanalyse, mens vi i 2011 bare unntaksvis etterspurte dette.

Fordelen med spørreskjema er at det raskt og med begrensede kostnader lar seg gjøre å samle inn et stort datasett. Prosjektets begrensede økonomi gjorde dette naturlig.

En hovedgrunn for metodevalget var at vår hensikt med prosjektet er å foreta en empirisk kartlegging for å få et helhetsbilde av hovedtrekk og aktuelle variasjoner

i bildet av den aktuelle kommunale situasjon og tankene/beredskapen for fremtidig utvikling.

I vår undersøkelse i 2011 fulgte vi opp flere av spørsmålene fra 2009 ved å bruke identiske spørsmål. Dette ble gjort for å sikre et grunnlag for sammenlikning over tid. I fremstillingen vil vi beskrive noen slike sammenlikninger.

Noen spørsmål ble imidlertid endret fordi vi fant det riktig både på grunn av endret situasjon i kommunene og på grunn av vår erfaring med hvordan spørsmålene fungerte i 2009. Denne vurderingen medførte også at noen spørsmål ble utelatt og at vi laget nye spørsmål.

6.2 SPØRRESKJEMAETS UTFORMING, METODEKOMMENTAR

Det er vanskelig å lage gode spørreskjema som kommuniserer godt med et stort antall ulike respondenter i noe ulike kontekster. Spørsmålene må gis en generell utforming.

Spørsmålene handler i varierende grad om faktiske opplysninger, erfaringer, vurderinger og synspunkter/holdninger til planarbeidet i egen kommune. Svargiverne oppfordres også til å uttale seg om fremtidige forhold og utviklingen fremover.

Hvordan spørsmålene vil bli forstått/tolket av den enkelte respondent i den konkrete situasjon de står i, vil åpenbart variere. Dette gir utfordringer til våre tolkninger av svarene. Dette skal vi peke på noen ganger under presentasjonen av våre funn. Vi har som holdning å opptre med varsomhet her for ikke å strekke konklusjonene lengre enn data gir grunnlag for.

Et annet viktig forhold å ta med i betraktning er forholdet mellom fakta og vurderinger i svarene. Mange av spørsmålene, særlig de som går på fremtidige forhold, vil det være vanskelig å gi svar på. Måten dette blir vurdert på og grunnlaget for svarene, vil opplagt måtte variere en god del. Det blir på sett og vis spørsmål om inntrykk som den enkelte har.

Til forsvar for at det likevel kan ha en mening å spørre slik, vil vi anføre at aktørene i den kommunale situasjon vil måtte forholde seg til fremtiden og handle på det grunnlag de finner best. Den situasjonsvurdering de har, får betydning for deres handlinger.

Den forutsetning at planlegging av fremtiden kan baseres på sikker evidens i nåtiden, normalt beste fall utilstrekkelig (Simon 1957).

6.3 RESPONDENTENES STILLING

Det er en svargiver på vegne av hver enkelt kommune. De som er respondenter på vårt spørreskjema er på ulike måter medansvarlige for den situasjon og den planlegging som utføres på omsorgsfeltet i deres kommuner. Dette er fordel for undersøkelsen, men kan også innebære en svakhet.

Spørreskjema og intervju med aktører som har ansvar for et felt vil normalt tendere mot å tegne et noe «lysere» bilde av situasjonen på feltet enn det som kan fremkomme fra andre tilgjengelige kilder så som statistikk, skriftlige dokumenter og observasjoner fra andre aktører så som brukere og pårørende (Vetvik 1988). Denne tendensen kom tydelig frem i vår 2009 undersøkelse. Innholdsanalysen av de foreliggende plandokumenter ga ikke bare betydelig øket, men også delvis annerledes innsikt i situasjonen i kommunene, enn det som fremkom gjennom spørreskjemaene.

Svarene vil også avhenge av hvilken konkret posisjon den enkelte svargiver har, f.eks. om en er «ekspert» eller i en lederposisjon. Vi har imidlertid ikke data til å gå inn på dette her.

Et metodeopplegg med triangulering, dvs. en kombinasjon av ulike metoder for datainnsamling, vil kunne gi betydelig bedre innsikt enn et spørreskjemaopplegg som vårt. Som det engelske uttrykk: «A point of view – is a view from a point» illustrerer, kan en sak sees fra mange synsvinkler. Jo flere synsvinkler desto mer komplett bilde.

Men en får ta et skritt av gangen og vi har forsøkt å tegne et helhetlig, men noe overflatisk bilde av situasjonen.

6.4 SVARPROSENT

En fordel med vår studie er at den ikke er en utvalgs studie, men basert på at spørreskjema ble sendt til alle kommuner, universet.

Svarprosenten i 2011 er 53 % mot 54 % i 2009. Dette er ikke dårlig, men kunne vært bedre. Den tid da en fikk 70 – 80 % svar på spørreskjema er antakelig forbi. Det er sendt ut alt for mange mer eller mindre gode og interessante spørreskjema i de seinere år. Konkurransen om tidsbruken har øket og et spørreskjema er ikke lenger så interessant som før.

En viktig fordel at vi har fått jevnt over 200 svar på de fleste ulike spørsmålene. Det gir et bedre underlag for de statistiske analysene enn om tallet f.eks. var under 100.

Men konsekvensen av en svarprosent på litt over halvparten er at det må tas mer forbehold om bildets representativitet enn om svarprosenten hadde vært 70 % eller mer. Vi kjenner ikke grunnene til at så vidt mange ikke besvarte vårt skjema. En grunn kan være at noen kommuner kanskje syntes at det ikke var nødvendig å fylle ut et skjema med store likheter med et skjema de besvarte ca. 2 år tidligere.

Selv om vi delvis kompenserer for bortfallet ved å se på strukturen i vårt materiale i forhold til sentrale trekk ved den kjente fordelingen av alle norske kommuner, så blir det ikke tilstrekkelig til at vi kan si noe sikkert om datas' representativitet.

6.5 GEOGRAFISK FORDELING AV RESPONDENTENE

Som i 2009 er det betydelig sprik mellom antallet svargivere etter fylke. I 2011 er Nord-Trøndelag med 79 % og Sogn og Fjordane med 73 % de to fylker med høyest svarprosent. Lavest respons kommer fra Vest Agder med bare 27 % av kommunene. Men i 2009 var Agder fylkene på topp mht. respons. Det kan være en sammenheng her.

Finnmark og Akershus har lav respons % både i 2009 og 2011 med ca. 1/3 svar.

I tabell 7 har vi stilt opp svargiverne etter fylke.

Tabell 7 Svargiverne etter fylke.
2011

FYLKE	ANTALL KOMMUNER	ANTALL SVAR	SVARPROSENT
Østfold	18	12	67
Akershus	22	9	40
Hedmark	22	14	64
Oppland	26	17	65
Buskerud	21	8	38
Vestfold	14	9	64
Telemark	18	11	61
Aust-Agder	15	6	40
Vest-Agder	15	4	27
Rogaland	26	14	54
Hordaland	33	16	48
Sogn og Fjordane	26	19	73
Møre og Romsdal	37	16	43
Sør-Trøndelag	25	14	56
Nord-Trøndelag	24	19	79
Nordland	44	23	52
Troms	25	15	60
Finnmark	19	7	37
Sum	430	230	53

Vi ser at i Finnmark, Buskerud og Vest Agder har mindre enn 40 % av kommunene besvart undersøkelsen.

Sogn og Fjordane og Nord-Trøndelag har meget god svarprosent, med over 70 % svar.

Vi har også gruppert svargiverne etter landsdel, bl.a. for å se på svarfordelingen i forhold til alle kommuner på dette nivå. Svarfordelingen fremkommer i tabell 8.

LANDSDEL	ANTALL KOMMUNER	ANTALL SVAR	PROSENTANDEL 2011	PROSENTANDEL 2009
Østlandet	141	83	59	55
Sør-Vestlandet	152	73	48	59
Trøndelag, Nord-Norge	137	78	57	47
Sum	430	234	53	54

Det er små forskjeller i den relative fordelingen av svar etter landsdel. Avvikene fra gjennomsnittet på 53 % er begrenset. Dette styrker den oppfatning at data har en viss grad av representativitet.

Samlet i de to årene har Østlandet den høyeste svarprosenten. Men vi ser at Sør- og Vestlandet hadde høyest svarprosent i 2009 og lavest i 2011, mens Trøndelag og Nord-Norge hadde klart høyere svarprosent i 2011 enn i 2009 da de hadde lavest svarprosent.

Tabell 8 Svargivere etter landsdel, prosentandel 2011 og 2009

6.6 SVARFORDDELINGEN ETTER KOMMUNESTØRRELSE

Kommunestørrelse er en viktig variabel ettersom mange forhold av betydning for planleggingen varierer med kommunestørrelse.

Svarprosenten etter kommunestørrelse er vist nedenfor i tabell 9.

ANTALL INNBYGGERE	ANTALL KOMMUNER TOTALT	PROSENT AV ANTALL KOMMUNER	ANTALL KOMMUNER SOM HAR SVART	PROSENT AV ANTALL KOMMUNER SOM HAR SVART
0 – 4999	235	55	115	51
5000 – 9999	91	21	44	19
10.000 - 19.999	55	13	36	16
20.000 - 49.999	36	8	26	12
50.000 -	13	3	6	3
Sum	430	100	227	101

Tabell 9 Svargiverne etter kommunestørrelse. 2011

Vi ser at svarfordelingen etter kommunestørrelse er i godt samsvar med landets kommuner etter størrelse. Dette var tilfellet også i 2009.

Selv om vi ikke kan si noe sikkert om generalisering/representativitet på grunnlag av dette, styrker det en antakelse om at vi har et godt bilde av situasjonen i de ulike kommunene mht. størrelseskategori. Vi vet at både økonomiske forhold og de kommunale oppgaver er sterkt påvirket av kommunestørrelse.

Tabellen viser også godt hvordan et utvalg av norske kommuner vil speile den generelle størrelsesstrukturen i kommune – Norge. 70 % av enhetene er kommuner med mindre enn 10.000 innbyggere. Analyse basert på ulik kommunestørrelse er derfor blitt et naturlig grep i vår enkle dataanalyse.

6.7 SVARGIVERNE ETTER ORDFØRERS PARTITILHØRIGHET

Vi registrerte også svargiverne etter ordførers partitilhørighet. Fordelingen er vist i tabell 10

PARTI	ANTALL	PROSENT
Senterpartiet	51	22
Krf	8	3
Venstre	5	2
Høyre	59	25
Arbeiderpartiet	93	40
SV	2	1
Frp	4	2
Rødt	0	0
Annet	8	3
Ikke avklart	4	2
Sum	234	100

Tabell 10 Ordførers partitilhørighet i 2011 i svarkommunene

Denne fordelingen avviker ikke nevneverdig fra fordelingen blant alle landets kommuner mht. dette, selv om SP har høyere andel totalt enn i svargiverkommunene. Det er AP, SP og Høyre som er ordførerpartiene, de andre partiene har bare unntaksvis ordfører.

Vi ser også at i 2011, som var kommunevalgår, var det ikke avklart hvilket parti som hadde ordføreren på det tidspunkt svar ble innsendt. Vi ser også at flere kommuner ikke har ordfører fra et bestemt parti, men til en spesiell liste basert på geografi eller spesielle interesser i kommunen (bygdelister f.eks.).

6.8 AVSLUTTENDE KOMMENTAR TIL METODE

I vår gjennomgang av metode og datagrunnlag har vi erkjent noen metodeproblemer som svekker undersøkelsens reliabilitet og validitet. Vi vil derfor være forbeholdne med å konkludere tydelig om undersøkelsens representativitet og den generelle gyldighet av våre funn.

Vi anser imidlertid at data gir en viss oversikt status presens i kommunene mht. omsorg i plan og hvordan sentrale aktører på pleie- og omsorgsfeltet vurderer utfordringene fremover. Vi antar at de tydeligste og trekk i bildet er holdbare.

Materialets overensstemmelse mht. landsdel, kommunistørrelse og politisk ledelse, gir grunnlag for å anta at vi har fått svar fra et tilnærmet representativt utvalg av kommuner.

Selv om vi her tar eksplisitte forbehold om å konkludere på grunnlag av de data vi har til rådighet, vil vi ikke unnlate å drøfte våre funn i form av antakelser om sammenhenger som ikke kan sikkert forankres i data. Slike hypotetiske momenter kan gi grunnlag for videre studier på enkelte områder.

Vi vil også gjøre oppmerksom på at materialet gir grunnlag for grundigere statistiske analyser enn det vi her presenterer. Men dette har blitt begrenset for oss på grunn av begrensede ressurser av tid og penger. Noe kan eventuelt gjøres i etterfølgende studier.

Et siste punkt som skal nevnes er at vi på flere områder kunne utnyttet mulighetene i offentlig statistikk mer utførlig for å belyse våre data i et utvidet perspektiv. Det var det ikke tid til å gjøre denne gang.

7 DET KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGS- PLANARBEIDET I 2011

I dette kapitlet skal vi presentere noen data om status for Helse- og omsorgsplanleggingen i kommunene på slutten av 2011. Kan planarbeidet sies å gi et godt grunnlag for kommunale beslutninger?

7.1 STATUS I DET KOMMUNALE OMSORGSPLANARBEIDET I 2011

Tabell 11 Status i det kommunale omsorgsplanarbeidet i 2011

I tabell 11 har vi stilt opp svar som viser hvor mange kommuner som har en nyere vedtatt plan og hvor mange som er underveis i planarbeidet på ulike måter.

KATEGORI	ANTALL	PROSENT
Ja, kommunen har et vedtatt plandokument	125	56
Kommunen har utarbeidet et plandokument som er under politisk behandling	4	2
Plandokumentet er under arbeid	59	26
Planarbeidet skal starte i løpet av 2011	27	12
Kommunen kommer ikke til å utarbeide et slikt plandokument	10	4
Sum	225	100

Tabellen viser at vel halvparten (56 %) av kommunene har et vedtatt plandokument på undersøkelsestidspunktet høsten 2011. Ytterligere 2 % har planutkast under behandling. Vel fjerdeparten har et planarbeid i gang. 12 % opplyser at de skal starte i løpet av 2011, mens bare 4 % svarer at kommunen ikke kommer til å utarbeide et slikt plandokument.

En sammenlikning med svarfordelingen i 2009 viser at langt færre kommuner (28 %) den gang hadde en vedtatt plan. Våren 2009 var det 27 % som hadde planarbeid i gang og 28 % som skulle starte i løpet av det året. Dette indikerer den store økningen i planer fra 2009 til utgangen av 2011. Andelen som sier at kommunen ikke vil lage slik plan er på samme nivå som i 2009 (4 %).

Vi vil tolke dette som et uttrykk for at vi fanget opp situasjonen godt i 2009. Vi antar at departementets signaler gjennom Stortingsmeldingen om Omsorgsplan 2015 (St.meld.nr.25, 2005 – 2006) om økt satsing på planarbeid, har gitt resultater i form av at det er langt flere kommuner som har utarbeidet plan i 2011.

Vi ser at forekomsten av vedtatte plandokumenter stiger jevnt med økende kommunestørrelse. I kommunene med mindre enn 5000 innbyggere hadde 42 % ferdig planutkast, mens dette var på 78 % i kommunene med over 10.000 innbyggere.

Vi antar at dette har sammenheng både med større behov og større kapasitet i de større kommunene. Vi går nærmere inn på dette spørsmålet i fortsettelsen.

7.2 ÅRSAKER TIL MANGLENDE PLAN

Hvilke grunner oppgis for at planarbeidet ikke har startet opp blant de 16 % som ennå ikke har gjort det? Svarfordelingen vises i tabell 12 på neste side.

KATEGORI	ANTALL	PROSENT
Kommunen mangler kompetanse på denne type arbeid	0	0
Kapasitets problem	25	69
Politiske årsaker	1	3
Ikke behov	0	0
Andre årsaker	10	28
Sum	36	100

Tabell 12 Årsaker til at kommunen ikke har startet utarbeiding av et omsorgsplanedokument.

Vi ser at 2/3 av de kommunene som ikke har startet planarbeid høsten 2011 peker på kapasitetsproblem som grunn til det. Ingen svarer at det er mangel på behov for dette. Det er heller ingen som oppgir kompetansemangel som grunn. De andre grunner som velges er ikke spesifisert, men antas å være mer spesielle lokale forhold, samt at det ikke er noe lovpålagt krav å utarbeide omsorgsplan, jf. fremstillingen i kapittel 3.

Denne svarfordelingen er omtrent som i 2009, men dette spørsmålet gjaldt mange flere i 2009 på grunn av plansituasjonen. Det var noen flere som i 2009 nevnte politiske årsaker og manglende behov. I 2009 var det også en kommune som nevnte kompetanse mangel som årsak til manglende start.

Tanken om at en slik plan bør lages, synes å være akseptert av de aller fleste kommunene. Hvor mye dette skyldes en oppfatning av at dette er et lokalt behov, eller i hvor stor grad det primært er en lojalitetshandling i forhold til de statlige signaler i St.meld.nr 25, vet vi ikke.

Når vi ser på den gjennomgang vi i 2009 gjorde av innholdet de ferdige planer vi fikk tilsendt, stiller vi spørsmål om planleggingskompetansen hos de ulike planaktørene i kommunene. De fleste planene vi gjennomgikk anså vi for å være lite tilfredsstillende som beslutningsgrunnlag. Planene bærer preg av å være beskrivende oversikter over det etablerte systemet i kommunenes pleie- og omsorgssektor, mens analyser, evalueringer, prioriteringer og konkrete handlingsprogram ofte glimret med sitt fravær.

En skal her selvsagt peke på at planleggingsprosessen kan ha vært viktig og gitt mye mer innsikt og plangrunnlag for policy beslutninger enn det som fremkommer i plandokumentet. De svar vi både forrige gang (2009) og denne gang (2011) fikk gjennom spørreskjemaene, viser at administrasjonen har dannet seg oppfatninger om situasjonen nå og veien videre. Men i hvilken grad dette er basert på planarbeidet/planprosessen eller på et mindre systematisk grunnlag vites ikke sikkert.

Spørsmålet om kommunenes Plankapasitet og plankompetanse er undersøkt mer direkte gjennom en undersøkelse i begynnelsen av 2014 (NIVI 2014). Undersøkelsen viser at et flertall av kommunene mangler nødvendig kapasitet både mht. areal- og samfunnsplanlegging. Mange kommuner har mindre enn et halvt årsverk til sammen for å drive kommunalt planarbeid. Det er derfor få kommuner som har fagmiljø for planlegging. Denne tendensen øker med minkende kommunestørrelse. Kapasitetsutfordringene er delvis grunnet i at det er manglende politisk prioritering av planfeltet. Det er også mange vakante stillinger innenfor planfeltet. Rapporten hevder at det er en avgrunn mellom ambisjonene i planlovgivningen og den faktiske praksis. Her fremheves avstanden mellom idealer og realiteter nok en gang (Løchen 1968). Det er derfor det er viktig med empiriske studier istedenfor å basere virkelighetsoppfatningen på idealer, signaler og forhåpninger.

På samme måte som i vår undersøkelse er kommunene betydelig mer optimistiske mht. vurderingen av sin plankompetanse. 82 % av kommunene mener de i stor grad har den nødvendige fagkompetanse til arealplanleggingen. 68 % svarer det samme om samfunnsplanleggingen. Men det betyr iallefall av 32% svarer at de ikke har den nødvendige kompetanse.

På grunnlag av våre undersøkelser er vi skeptiske til konklusjonen om at så mange av kommunene har den nødvendige kompetanse til samfunnsplanarbeidet, inklusiv sosial planlegging. Vi anser det for rimelig å gå ut fra at kapasitetsmangelen har hindret en forståelse

av en mer grunnleggende kompetansemangel. Dette bygger vi i det vesentlige på vår gjennomgang av de plandokumenter vi fikk tilsendt i 2009 og antagelse basert på en tilstand i samfunnsdelen i nyere kommuneplaner.

Den manglende politiske vilje til å prioritere planleggingskapasiteten kan godt tenkes å bunne i en politisk vurdering av at planene ikke har vært gode nok til å oppnå formålet. Dette er i tråd med Dahl Jacobsens observasjon at dersom ikke aktørene har tro på at botemiddelet virker på løsningen av utfordringene, så vil de ikke skape noen endring (Dahl Jacobsen 1970). Og dette er opplagt også et kompetansespørsmål.

Dessuten må vi spørre om hvor denne plankompetansen er lokalisert, når vi tar i betraktning den lave stillingsmessige kapasitet til planlegging som fremgår av undersøkelsen.

Det er en stor aktivitet i den kommunale pleie- og omsorgssektor. I hvilken grad denne aktivitet er styrt av planlagte beslutninger eller er mer preget av «Brannstasjonsmodellen», hvor en rykker ut hvor det brenner mest, vet vi ikke. Vi antar at det er betydelige effekter av begge deler her, med ulik profil fra kommune til kommune. Men at det generelt er mer handling enn planlegging på feltet er en naturlig hypotese.

7.3 INTEGRERING/SAMORDNING AV PLANLEGGINGEN

Et viktig spørsmål om den kommunale Helse- og omsorgsplanleggingen gjelder denne planleggingens forhold til den øvrige kommunale planlegging. Med den store andel av de kommunale ressurser som brukes på Pleie- og omsorgsoppgavene og de betydelig økende utfordringer eldrebølgen gir, vil det kunne antas at sakens viktighet burde bli en sentral oppgave for kommunens politiske og administrative ledelse.

Vi stilte et spørsmål om helse- og omsorgsplanleggingen forhold til annen kommunal planlegging. Svarfordelingen er gitt i tabell 13.

SVARKATEGORI	ANTALL	PROSENT
Plandokumentet er en integrert del av kommuneplanen	24	20
Plandokumentet er en integrert del av kommunens økonomiplan	29	23
Plandokumentet er en integrert del av både kommuneplanen og økonomiplanen	35	29
Plandokumentet er IKKE en integrert del av kommuneplanen, økonomiplanen eller langtidsbudsjettet	34	28
Sum	122	100

Vi ser at omsorgsplandokumentet i varierende grad er innpasset i overordnet kommunal planlegging. Men 28 % svarer at ingen slik integrering har funnet sted. Dette kan ha sammenheng med at en del av de aktuelle planene er forholdsvis nye og at de derfor ikke ennå har kunnet bli brukt i annen planlegging.

Det råder imidlertid noe uklarhet om tolkningen av svarene her. Det kan pekes på at bare 29 % oppgir at omsorgsplanen er integrert i både kommuneplan og økonomiplan. Utformingen av spørsmålet ansees i ettertid å være mindre presis enn ønskelig og vi må derfor tolke svarfordelingen med ekstra forsiktighet. Sammenliknet med våre tall fra 2009 undersøkelsen kan det dog synes som om det er en gjennomgående høyere grad av integrering av omsorgsplanen i overordnet planlegging i kommunen på slutten av 2011 enn i 2009.

Hvordan forholdet mellom omsorgsplanen som sektorplan/kommunedelplan konkret arter seg i forhold til kommunens overordnede planlegging, har vi ikke gode nok data til å si noe sikkert om. Det er uansett klart at mange kommuner ikke har en oppdatert kommuneplan som overordnet instrument for utformingen av utviklingen fremover. Etter å ha tatt stikkprøver i et begrenset antall nyere kommuneplaners samfunnsdel, finner vi få konkrete

Tabell 13

Omsorgsplandokumentet i forhold til kommuneplan og økonomiplan

eksempler på at disse planene er tydelig koordinert. I noen tilfeller er omsorgssektoren knapt nevnt i Kommuneplanen. I andre tilfelle er det medtatt noe.

Men det finnes knapt med eksempler på at helse- og omsorgsutfordringene er blitt sentrale tema i Kommuneplanens samfunnsdel. Her må vi dog ta det forbehold at vår stikkprøve er begrenset til få kommuner.

På denne bakgrunn vil vi si at samordningsfunksjonen i det kommunale planarbeidet fremtrer som et sentralt punkt for en bedre analyse av status her. Det er grunn til å spørre om hvor mye sammenheng det er i det som gjøres?

Det er også grunn til å spørre om hvilken oppmerksomhet og prioritering pleie- og omsorgsutfordringene har hos kommunens sentrale administrative og politiske ledelse.

8 KOMMUNENES OPPFØLGING AV STATLIGE SIGNALER

Som vi har omtalt i kapittel 3, har staten sendt en rekke signaler til kommunene om føringene til den kommunale oppfølgingen av nasjonale mål og strategier for utviklingen av omsorgen og omsorgsplanleggingen.

Forholdet mellom statlige intensjoner og kommunale realiteter mht. oppfølging er et stort og omfattende tema. Vi skal ikke gå inn på dette bredt her, men vil konsentrere oss om noen sentrale trekk ved statens nyere omsorgs-politiske signaler.

Det grunnleggende spørsmål om rasjonaliteten i styringssystemet med den overordnede intensjon om statlige styring og det kommunale selvstyrets frihetsgrader mht. å velge lokale løsninger, skal ikke være glemt, men heller ikke være sentralt her.

Det må likevel på generelt grunnlag anføres at det kan forventes at kommunene et stykke på vei vil ta de statlige føringer med noen klyper salt og basere seg på sin egen tolkning og tilpasning mellom signalene og kommunens konkrete virkelighet, slik de ser den. Dette kan gjøres uten direkte å problematisere den statlige retorikk. De fleste kommunenes økonomiske avhengighet av statlig velvilje tilsier måtehold her.

8.1 OPPFØLGING AV SIGNALENE I DE FERDIGE PLANER

Vi spurte i hvilken grad kommunenes vedtatte omsorgsplan hadde tatt opp i seg de omsorgspolitiske føringer som vi finner både i *St.meld.nr. nr. 25 (2005–2006) Framtidas omsorgsutfordringer* og i *St.meld.nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen*. Spørsmålet ble bare stilt til de kommuner som hadde en ferdig plan høsten 2011. Svarene er stilt opp i tabell 14.

KATEGORI/OMRÅDE	I MEGET STOR GRAD	I STOR GRAD	TIL EN VISS GRAD	I MINDRE GRAD	I LITEN GRAD
Kompetanseutvikling og kvalitet	14	52	28	5	1
Kapasitet og kompetanseheving	13	55	25	7	0
Aktiv omsorg	8	39	40	10	3
Partnerskap med familie og lokalsamfunn	3	19	45	24	9
Utvikling av avtaleverk med lokale helseforetak	3	23	24	27	24

Svarfordelingen følger i grove trekk samme mønster på alle de fem intensjonene. Hovedtyngden av svarene samler seg om de to midterste kategoriene. Få svarer at intensjonene er virkeliggjort i «meget stor grad» og få svarer at de er virkeliggjort i «liten» grad.

Generelt svarer 2/3 av kommunene at de i «meget stor» eller «stor grad» har fulgt opp signalene i sin vedtatte plan når det gjelder «kompetanse og kvalitetsutvikling» og «kapasitet og kompetanseheving». Dette må sies å være en sterk oppslutning om intensjonen, selv om det kan hevdes at så sentrale intensjoner burde gjenfinnes i stor grad i alle kommunale planer.

Når det gjelder intensjonen «aktiv omsorg» er bildet mer variert og klart mindre positivt. Mindre enn halvparten svarer at denne intensjonen i stor eller meget stor grad er ivaretatt, mens 13 % svarer at intensjonen er oppfylt i mindre eller liten grad. Dette

Tabell 14 Oppfølging av ulike statlige signaler i ferdige planer i prosent.
N=120

er interessant i forhold til omtalen i St.meld. nr. 25 om at aktiv omsorg var ansett som det området som hadde størst mangler i det eksisterende tilbudet. Dette kan være en indikasjon på at kommuner ikke uten videre er enig i den situasjonsoppfatning som St.meld. nr. 25 fremfører her.

Det kan imidlertid også reflektere en tilstand hvor det er tvil om hvordan intensjonen skal gripes an i praksis.

Intensjonen om partnerskap med familie og lokalsamfunn, sies oppfylt i stor eller meget stor grad i planene hos 22 % av kommunene, mens 1/3 svarer at dette i liten eller mindre grad er tilfelle. 45 % gir det noe forbeholdne svar «til en viss grad».

Dette området scorer således samlet klart lavere også enn aktiv omsorg. Vi antar at dette betyr at punktet er lite utredet i de konkrete planene, noe som stemmer med vår gjennomgang av innholdet i de planene vi fikk tilsendt i 2009. Hva som konkret menes med formuleringen av denne intensjonen kan sies å være noe uklart. Uansett kan det tenkes at kommunene generelt finner det mer komplisert å planlegge for dette enn det er å skape samhandling innenfor det offentlige systemet (Vetvik og Disch 1999).

Dette er en viktig tilbakemelding mht. ønsket om et sterkere engasjement fra familie og lokalsamfunn. Kan dette ha sammenheng med spørsmålet om deltakelsen i planleggingen? Kan det tenkes at planprosessens form har medført at den ikke var egnet til å mobilisere familier og lokalsamfunn til mer bevisst og omfattende engasjement i spørsmålet? Data er også interessant i forhold til intensjonen om «Innovasjon i omsorg» mht. «Næromsorg» som et sentralt felt.

Halvparten av svargiverne opplyser at intensjonen om «avtaler med lokale helseforetak» i liten eller mindre grad er medtatt i planen. Bare 25 % av svargiverne opplyser at dette er realisert i stor eller meget stor grad. Dette er også meget tankevekkende i forhold til intensjonene både i St.meld. nr. 25 og Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2008 – 2009). Det er mulig at denne situasjonen er bedre i dag, ettersom Samhandlingsreformen nå er trådt i kraft.

8.2 KOMMUNENES VURDERING AV SINE OMSORGSUTFORDRINGER

Kommunene ble også bedt om å vurdere de sentrale utfordringer fra St.meld. nr. 25 i forhold til egen kommunes situasjon. Svarfordelingen er vist i tabell 15.

KATEGORI	MEGET STOR UTFORDRING	STOR UTFORDRING	NOKSÅ STOR UTFORDRING	LITEN UTFORDRING	ANTALL	%
De nye brukerne under 67 år	32	43	16	10	221	101
Brukere over 67 år	9	40	43	8	217	100
Økende antall eldre med omsorgsbehov	17	36	38	8	223	100
Tilgang på omsorgsytere	34	35	25	7	222	100
Samhandling og oppfølging	20	53	23	3	221	100
Aktiv omsorg	9	50	37	4	219	100
Tilgang på frivillige	19	45	31	5	222	100

Vi ser at flertallet av kommunene svarer at de konkrete utfordringene vurderes som store/meget store. Dette gir et massivt inntrykk av store utfordringer til kommunene.

Størst utfordring meldes med de nye brukerne under 67 år. Hele 75 % svarer at dette er en stor eller meget stor utfordring. Dette har sammenheng med den faktiske utviklingen hvor de yngre nye brukerne har krevet mye av ressursene og veksten i den kommunale omsorgssektoren.

Brukerne over 67 år generelt kommer klart lavest. Her er 49 % av kommunene som svarer at det er en meget stor/stor utfordring. Det er rimelig å anta at dette tallet ville vært høyere om en hadde stilt

Tabell 15 Vurdering av sentrale omsorgsutfordringer i egen kommune i 2011

spørsmålet knyttet til gruppen over 80 år. Men når vi ser på kategorien betegnet som «økende antall eldre med omsorgsbehov», finner vi at denne ligger nesten like lavt.

Dette synes å bety at eldreomsorgen ikke regnes som den største utfordringen i kommunenes omsorgsoppgaver i 2011. Skyldes dette at situasjonen i mange kommuner for tiden ansees å være under kontroll? Eller er det også en delvis bekreftelse av at eldreomsorgen er lavere prioritert enn andre kommunale omsorgsoppgaver? Jf. Rattsø og Sørensen (2009).

Samhandling og oppfølging vurderes nesten like utfordrende som de nye brukerne under 67 år. Hele 73 % omtaler dette som en meget stor eller stor utfordring. Dette peker igjen på erkjennelse av formålet for samhandlingsreformen. Men om samhandlingsreformen mer konkret vil bedre denne situasjonen, gjenstår å se. Det vil antakelig bl.a. avhenge av den konkrete utformingen den får i praksis. Dette lar seg ikke umiddelbart evaluere, men på sikt bør en erfaringsinnhenting her gis høy prioritet.

Tilgang på omsorgsytere ses som en stor/meget stor utfordring av nesten 70 % og har den høyeste andel som svarer at dette er en meget stor utfordring. Mer enn hver 3. kommune svarer dette. Dette er også et alvorlig memento til utviklingen fremover. I disse tallene kan en finne en indikasjon på at mange kommuner forutser store utfordringer her fremover.

Aktiv omsorg og tilgangen på frivillige har begge nesten 60 % som ser meget stor eller stor utfordring her. På disse 4 områdene er det mindre enn 20 % som melder at det er meget stor utfordring her. Igjen får vi en indikasjon på at disse områdene scorer lavere i den kommunale situasjonsvurdering enn i de statlige signaler.

Svarene varierer til en viss grad med kommunestørrelse. De «Nye brukerne» under 67 år ansees i økende grad som en utfordring i tråd med økningen i kommune størrelse. Det samme skjer med økende antall eldre med omsorgsbehov. Tilgang på personell markeres som større utfordring i kommuner

mellom 5.000 og 10.000 innbyggere enn i de som er mindre eller større enn dette. Det er intet markert utslag etter kommunestørrelse når det gjelder aktiv omsorg eller tilgang på frivillige.

En variant av forrige spørsmål er:

I hvilken grad antar du at din kommune vil være i stand til å møte framtidens omsorgsutfordringer slik de er beskrevet både i *St. meld. 25 (2005–2006) Omsorgsmelding* og i *St.meld.nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen*.

Men dette spørsmålet gjelder en vurdering i nåtid av kommunens **fremtidige** evne til å møte forventningene. Svarfordelingen er gitt i tabell 16.

KATEGORI	ANTALL	PROSENT
I meget stor grad	6	3
I stor grad	107	48
Til en viss grad	105	47
I mindre grad	5	2
I liten grad	1	0
Sum	224	100

Tabell 16 Kommunene vil møte fremtidens utfordringer? 2011.

Selv om kommunene har indikert store utfordringer med de statlige intensjonene, signaliserer vel halvparten av kommunene generelt at de i stor grad/ meget stor grad vil kunne møte utfordringene. Men de aller fleste velger kategorien «stor grad» fremfor «meget stor grad».

Omtrent like mange svarer det noe forbeholdne at de til en «viss grad» vil makte dette. Bare noen ganske få svarer at de i mindre grad vil kunne makte utfordringene.

Dette indikerer en betydelig tillit i mange av kommunene til at de er i stand til å møte fremtidens utfordringer på en god måte. For andre kommuner kan det synes at utfordringene deres virker krevende i forhold til den kommunale kapasiteten til å møte dem.

Det er ingen nevneverdig variasjon etter kommunestørrelse når det gjelder synet på kommunens tiltro til at utfordringene vil bli møtt.

Ettersom spørsmålet er meget generelt formulert, kan en fundere på hva som egentlig kommer til uttrykk her. Men som en generell vurdering må det konstateres at de fleste kommunene i den nærmeste fremtid i alle fall, ser seg i stand til å møte forventningene. Hvordan det vil stille seg når antall eldre øker hurtig mange steder fra 2020 av – er et annet spørsmål.

8.3 KOMMUNENES SYN PÅ PRIORITERING OG BEHOVSDEKNING

Vi spurte i hvilken grad kommunen prioriterer de konkrete hovedutfordringer i omsorgstjenesten, slik de er omtalt i de statlige dokumenter om dette. En oversikt over svarene er gitt i tabell 17.

Tabell 17 Prioritering av styrket innsats på ulike områder. 2011.

KATEGORI	I MEGET STOR GRAD	I STOR GRAD	I NOEN GRAD	I LITEN GRAD	ANTALL	%
Kommunen vil styrke samhandlingen	29	58	13	0	216	100
Kommunen vil styrke samhandling med spesialisthelsetjenesten.	17	71	12	1	215	100
Kommunen vil styrke det medisinske tilbudet til hjemmeboende brukere	13	56	28	4	218	100
Kommunen vil styrke det medisinske tilbudet til brukere i institusjon	9	57	31	3	218	100
Kommunen vil styrke den sykepleiefaglige kompetansen i sykehjem/hjemmetjeneste	12	60	25	2	218	100
Kommunen vil styrke rehabilitering/ habiliterings tilbudet for brukere	17	53	28	3	218	100
Kommunen vil styrke aktiv omsorg	10	49	36	5	216	100

Generelt ser vi at mer enn halvparten av kommunene svarer at de vil styrke innsatsen i meget stor eller stor grad på alle områder som spørsmålene dekker.

På noen spørsmål ser vi at omtrent 1/3 av kommunene svarer det noe mer forbeholdne «i noen grad» når det gjelder sin prioritering.

Øverste linje i tabellen kan indikere en overordnet vilje til en generell styrking av samhandlingen på området, nesten 90 % svarer at dette skal styrkes i stor eller meget stor grad. Entusiaster for samhandlingsreformen får støtte her.

Styrket samhandling med spesialisthelsetjenesten fremstår også som et meget prioritert satsningsområde. Her svarer nesten 90 % at samhandlingen skal styrkes i stor eller meget stor grad. Dette kan sees som et uttrykk for at kommunene i stor grad ser det medisinske behov og tilbud som det viktigste fremover. Det medisinske tilbudet både til hjemmeboende og institusjonsboere skal styrkes i stor eller meget stor grad svarer 2/3 av svargiverne. Dette er interessant sammenholdt med tallene fra kommuneøkonomi proposisjonen som vi tidligere har omtalt. De viser et mer blandet bilde av tilstanden, kan vi si.

72 % svarer at kommunen i stor eller meget stor grad vil styrke den sykepleiefaglige kompetansen i sykehjem/ hjemmetjeneste, mens 70 % svarer det samme hva gjelder rehabilitering/habilitering for brukerne.

Nær 60 % av kommunene svarer også at de vil styrke aktiv omsorg i stor eller meget stor grad. Aktiv omsorg kommer likevel ut lavest på listen mht. den relative fordeling mht. prioritering på de ovennevnte områdene.

Det er også noe lavere score på å prioritere det medisinske tilbudet til brukere i institusjon i forhold til de andre områdene.

Men samlet sett ser vi at kommunene vil prioritere «alt», som Per G. Disch uttalte på en konferansepresentasjon av vår rapport i 2009. Vi tolker dette som uttrykk for sterke ønsker og god vilje til å

satse fremover, samt en stor porsjon lojalitet overfor de statlige intensjoner. Realismen i dette i praksis kan ikke unndra seg en kritisk drøfting.

Et viktig poeng er også at det ikke fremgår hvor mye en vil styrke de ulike områder som her er nevnt og at det er rimelig å ønske seg en bedre situasjon på de aktuelle områder.

Svarene viser også at de medisinske/helsefaglige perspektivene blir meget sentrale, mens aktiv omsorg kommer lavere enn de øvrige i prioriteringen.

Svarene varierer ikke nevneverdig med kommunestørrelse, med unntak av at øket prioritering til styrking av det medisinske tilbud i institusjon øker klart med økende kommunestørrelse.

I disse svarene syntes det å være en betydelig grad av kommunal lojalitet til de statlige føringer, selv om noen av svarene moderer dette inntrykket noe. Spørsmålet er likevel om de statlige intensjonene blir så dominerende at de skygger for et mer selvstendig og mer lokalbasert eget planarbeid med utfordringene?

9 PLANGRUNNLAGET: BEHOVSDEKNING, EVALUERING OG ØKONOMI

På hvilket grunnlag lages de kommunale planene når det gjelder behovsdekning, evaluering og økonomi? Eller med andre ord: på hvilket grunnlag blir den kommunale policy på omsorgsområdet utformet i tiden fremover. I dette kapitlet vil vi se nærmere på dette. Et sentralt spørsmål er hvilke vurderinger kommunene gjør seg om de økonomiske aspektenes betydning for planlegging og utviklingen av framtidens pleie- og omsorgs aktivitet. Dette må også relateres til en tilstandsvurdering av dagens situasjon og hvilke behov en ser for seg i den nærmeste fremtid.

9.1 BEHOVSDEKNINGEN NÅ

Vi stilte følgende spørsmål: Hvordan vil du vurdere behovsdekningen i dag i din kommune mht. sykehjems-plasser, omsorgsboliger, antall ansatte og antall frivillige?

I tabell 18 har vi gitt en oversikt over svarfordelingen for behovsdekningen høsten 2011.

KATEGORI	OVER- KAPASITET	TILFREDS- STILLEND KAPASITET	EN VISS UNDER- DEKNING	STOR UNDER- DEKNING	ANTALL	%
Sykehjemsplasser	11	52	34	2	219	100
Omsorgsboliger	1	48	39	11	219	100
Antall ansatte	1	36	59	3	219	100
Antall frivillige	0	17	55	28	217	100

Vi ser at kategorien «overkapasitet» omtrent utelukkende benyttes for sykehjemsplasser. Det er 11 % av kommunene som svarer at de har overkapasitet her.

Overkapasitet på omsorgsboliger og ansatte nevnes av 1 % av svargiverne.

52 % svarer at de har tilfredsstillende kapasitet på sykehjemsplasser og samlet svarer 63 % at de ikke har manko her. Det er imidlertid 36% som svarer at de har underdekning.

48 % svarer at de har tilfredsstillende kapasitet på omsorgsboliger. Men til sammen 50 % svarer at de har underdekning her i dag. Det er faktisk 11 % som melder om stor underdekning her.

Bare 36 % svarer at de har tilfredsstillende dekning på antall ansatte. Hele 62 % melder om underdekning. Dette er et urovekkende funn som antakelig sier noe alvorlig om belastningen på personalet og kvaliteten på omsorgen i mange kommuner.

Situasjonen når det gjelder frivillige fremstår også som mindre tilfredsstillende. Hele 83 % melder om underdekning her, 28 % svarer at de har stor underdekning her. Bare 17 % sier at situasjonen er tilfredsstillende. Hva som ligger til grunn for denne vurderingen ville det vært interessant å vite mer om. Det kan tenkes at dette har betydning særlig for situasjonen mht. aktiv omsorg og den sosialt kulturelle dimensjonen i dette. Det hadde vært interessant å vite mer om hva kommunene konkret tenker at de vil bruke flere frivillige til. Meldingen om Morgendagens Omsorg

Tabell 18 Behovsdekningen på utvalgte områder høsten 2011 i prosent

viser at bare 10 % av det frivillige arbeidet i Norge er i omsorgssektoren (Meld. St.29 (2012-2013)).

Generelt kan en si at svarene samler seg rundt midtkategoriene, en «tilfredsstillende situasjon» eller en «viss underdekning». Det er små mindretall som melder om større avvik, med unntak for 28 % som melder om stor underdekning av frivillige. Tilstanden rapporteres ikke generelt som dramatisk, men det konstateres at vurderingene i flere kommuner viser en betydelig mangel på disse ressursene i pleie- og omsorgstilbudet

Ser vi på svarfordelingen etter kommunestørrelse, finner vi at sykehjems dekingen fremstår samlet mest tilfredsstillende i kommuner med mindre enn 3000 innbyggere og synker noe med økende kommunestørrelse. Dette kan indikere et betydelig etterslep når det gjelder antall sykehjemsplasser i store kommuner.

Når det gjelder omsorgsboliger er tendensen mindre tydelig. Men vi ser at det i kommunegruppen over 10.000 innbyggere fremstår noe større underdekning og litt mindre tilfredsstillende kapasitet. Også her har flere kommuner et løft å gjøre for å komme à jour med behovet.

Når det gjelder deking av ansatte ser vi en tendens til at andelen med tilfredsstillende deking stiger med økende kommunestørrelse, mens andelen med underdekning er størst i den minste kommunestørrelsesgruppen. Dette er det interessant å vurdere nærmere i forhold til de lokale behovene fremover. Men det er ikke overraskende at de små kommunene sliter mer med å rekruttere personale enn de store, selv om de små kommunene ofte har høyere brutto driftsinntekter pr. innbygger enn de større. Poenget er igjen at penger ikke er svaret på alle utfordringer.

Sykehjems dekingen og omsorgsboligdekingen anses korrelert med den økonomiske situasjonen i kommunene, men vi har ikke sikre data på dette her. Det foreligger statistikk på dekningsgraden mht. sykehjemsplasser og hjemmetjenester, jf. kommuneøkonomiproposisjonen. Men vi har ikke analysert dette i forhold til våre data.

9.2 VURDERINGEN AV SITUASJONEN I 2015

Planlegging handler ikke så mye om status quo, men primært om fremtidens tilstand.

Vi stilte også et spørsmål om vurderingen av antatt kapasitet i 2015 i forhold til situasjonen på slutten av 2011: «Hvordan vurderer du forholdet mellom sykehjemsplasser og omsorgsboliger i din kommune i 2015?» Svarene er gitt i tabell 19.

	DET VIL BLI FLERE	DET VIL VÆRE SOM I DAG	DET VIL BLI FÆRRE	DET VIL BLI VESENTLIG FÆRRE	ANTALL	%
Antall sykehjemsplasser	29	59	12	1	217	100
Antall omsorgsboliger	61	38	1	0	217	100

Tabellen viser at 29 % svarer at det vil bli flere sykehjemsplasser i 2015, mens 13 % svarer at det vil bli færre. Et klart flertall (59 %) antar at antallet i 2015 vil være som i 2011. Hvis disse antakelsene slår til vil det antakelig bli en tydelig manko på sykehjemsplasser i flere kommuner i 2015, både sett i forhold til de statlige føringer og løfter, og de lokale behov.

Når det gjelder omsorgsboliger viser svarfordelingen at 61 % mener at det vil bli flere, mens bare 12 % svarer at det vil bli færre.

Tallene indikerer således en økning av antallet sykehjemsplasser frem mot 2015 i nesten en tredjedel av kommunene, mens det blir økning av omsorgsboliger i mer enn halvparten av kommunene.

Disse «spådommene» reflekterer antakelig ikke utelukkende en behovsvurdering, jf. tabell 16, men sannsynligvis en policybeslutning som går for omsorgsboliger og «åpen omsorg» som hovedsatsningsområde.

Tabell 19 Vurdering av situasjonen i 2015 sammenliknet med 2011.

Hva denne policy er bygget på mht. beslutningsgrunnlag har vi ikke sikker kunnskap om. Det virker likevel som en rimelig antakelse at økonomiske overveielser spiller inn. Uansett vil det være et stort løft å få på plass den økning i det åpne omsorgstilbudet som disse tallene indikerer. Hjemmetjenesten i mange kommuner sliter allerede med flere meget krevende pasienter. Samhandlingsreformen kan medføre at både sykehjemmene og den åpne omsorgen vil bli kraftig presset fra sykehus siden i årene fremover.

Det innebærer også et økonomisk løft. Det er ikke bare enkelt å bevege seg fra nå tilstanden til Omsorgsplan 2015 og Omsorgsplan 2020. Etterslepet er stort mange steder. Og noen steder er allerede et økende antall eldre faktum, mens pleie- og omsorgsoppgavene i mange kommuner øker også av andre grunner.

Tilstandsvurderingen i tabell 17 varierer med kommunistørrelse. I gruppen av kommuner med over 10.000 innbyggere forventer 42 % av kommunene at det vil bli flere sykehjemsplasser, mens det tilsvarende er 22 % blant kommunene med mindre enn 5000 innbyggere.

Denne vurderingen fra kommunene med over 10.000 innbyggere kan indikere et betydelig behov for kraftig øket antall sykehjemsplasser i mange større kommuner i tiden fremover til 2015.

Den samme trend er det mht. omsorgsboliger. I den største kommunegruppen antar 73 % at det vil bli flere omsorgsboliger, mens dette gjelder for 53 % i kommunegruppen med mindre enn 5000 innbyggere.

Sammenliknet med undersøkelsen i 2009 finner vi at tallene er relativt like i de to årene. Men det er tydelig at klart flere i 2011 (29 %) ser for seg en økning av antallet sykehjemsplasser enn det som var tilfelle i 2009 (13 %).

Hvor man står i den konkrete planleggingen av dette store løftet i de enkelte kommunene, stiller vi oss noe spørrende til. Det kan også stilles spørsmål om hvilket grunnlag kommunene har skaffet seg som

underlag for disse vurderinger og policy på området. Det er lite å lese om slike overveielser i de planer vi har sett.

Diskusjonen for og imot sykehjem føres ofte på noe uavklart og delvis forenklet grunnlag, tenker vi. Det fremkommer ofte i media en bekymring for at sykehjemsplasser nedlegges, oftest med henvisning til problemer i kommuneøkonomien. I forhold til dette har forskeren Ivar Brevik spissformulert det syn at det ikke er mangelen på sykehjemsplasser som er problemet, men mangel på alternativer.

Dette er et viktig perspektiv som leder fokus til det grunnleggende spørsmål om hvilke behov og formål som skal dekkes og hvilke former for tiltak, tilbud og ressurser som best kan møte det behovet. Uten en slik helhetlig tilnærming vil en i praksis se at kommunene følger: «Man tager hva man har» prinsippet.

Det vil si at hvis den hjemmebaserte omsorgen ikke har tilstrekkelig kapasitet, vil sykehjemmet fylles til randen og korttidsplassene fylles med langtidspasienter. Er sykehjemmet fullt, vil til dels meget tunge brukere bli plassert i åpen omsorg som ikke er dimensjonert for dette. Uten god balanse i tilbudet, vil det lett bli kortsiktige og dyre løsninger på pressproblemene.

Disse løsningene er ofte heller ikke gode fra en kvalitativ synsvinkel. Det grunnleggende spørsmål om å lage en kommunal policy for sykehjemmene som klargjør hvilke funksjoner og formål de skal fylle i det samlede helse- og omsorgstilbudet er en ofte oversett planleggingsoppgave.

Vårt perspektiv på dette er at så lenge det er konkret etterspørsel etter sykehjemsplasser, så må sykehjemmene gis kapasitet til å fylle sin rolle. I den forstand er det klart at det er mangel på sykehjemsplasser i mange kommuner i dag. Kommunene bør vurdere nøye hvilke funksjoner og brukere som blir skadelidende om sykehjemsplasser legges ned.

Men i et planleggingsperspektiv blir det viktig å fokusere utvikling av helheten i tilbudet av hensyn både til brukere, pårørende og ansatte og den kommunale økonomien.

I det neste punktet skal vi se noe nærmere på dette. Vi er opptatt av i hvilken utstrekning planer og policy er basert på systematisk evaluering og kunnskapsinnhenting som grunnlag. Er det evidens/empiri eller synsing som ligger til grunn?

9.3 BEHOVSANALYSE, EVALUERING OG DEMOGRAFISK ANALYSE

Vi spurte: «Har kommunen/etaten gjennomført en behovsundersøkelse om framtidige omsorgsbehov?» Svarfordelingen er vist i tabell 20.

KATEGORI	ANTALL	PROSENT
I år/forrige år	57	26
For 2 – 5 år siden	58	27
Behovsanalysen er over 5 år gammel	20	9
Har ikke gjennomført en slik analyse	82	38
Sum	217	100

Tabell 20 Behovsundersøkelse om framtidige omsorgsbehov.

Vi ser at noe mer enn halvparten av kommunene oppgir å ha en eller annen form for behovsundersøkelse fra de fem siste årene. 38 % har ikke gjennomført en analyse av framtidige omsorgsbehov, mens 9 % har en slik analyse som er mer enn 5 år gammel.

Dette betyr at nesten halvparten av kommunene ikke har en aktuell behovsanalyse av det framtidige omsorgsbehovet.

Dette er ikke overraskende ut fra det vi fant i vår studie i 2009 mht. innholdet i planene. Dette framstår som et svakt beslutningsgrunnlag.

En analyse etter kommunestørrelse viser en klar tendens til at behovsanalyser er oftere laget i større kommuner enn i de mindre. Dette antas å ha sammenheng med forholdet mellom utfordringer og behov etter kommunestørrelse. Økende kommunestørrelse antas å gi større behov, uten at kommuneøkonomien varierer tilsvarende. Men større kommuner har antakelig også oftere et mer profesjonelt apparat med kapasitet til å gjøre slike undersøkelser.

Behovsundersøkelse er en ting. Et annet instrument for å skape grunnlag for god planlegging er evaluering av det eksisterende tjenestetilbudet i omsorgssektoren (Sverdrup 2002). Hva er tilstanden i den kommunale omsorgssektoren sett fra brukernes erfaring? (Sandbæk 2001)

Et av våre spørsmål handlet om dette: «Har kommunen/etaten gjennomført en evaluering av tjenestetilbudet i omsorgssektoren?» Svarfordelingen er vist i tabell 21.

KATEGORI	ANTALL	PROSENT
Ja i år	40	19
Ja, forrige år	48	23
For 2-5 år siden	72	34
Eldre enn fem år	21	10
Har ikke gjennomført evaluering	32	15
Sum	213	101

Tabell 21. Evaluering av tjenestetilbudet, 2011

Svarene viser at over 40 % har nye evalueringer av tjenestetilbudet, mens ytterligere 34 % har evalueringer som er 2-5 år gamle. 10 % har eldre evalueringer. Disse antas å være av begrenset verdi. 15 % har aldri gjennomført en evalueringsanalyse.

Bildet her er varierende, men situasjonen kan beskrives i noe mer positive nyanser enn spørsmålet om behovsanalyser. Det må likevel tas forbehold om at vi ikke vet noe om hvor omfattende og grundig disse evalueringene er. Det kan også fremheves at 60 % ikke har noen evaluering fra de to siste årene.

Det er ikke særlig variasjon etter kommunestørrelse mht. disse svarene.

Demografiske analyser som grunnlag for planarbeid i omsorgssektoren kan antas å være nyttig som en indikator på behovsutviklingen. Vi spurte:

«Har kommunen/etaten pr i dag gjennomført en demografisk analyse av befolkningsstrukturens betydning for etterspørselen etter omsorgstjenester?» Svarene er stilt opp i tabell 22.

KATEGORI	ANTALL	PROSENT
I år/forrige år	100	46
For 2 – 5 år siden	51	24
Behovsanalysen er over 5 år gammel	6	3
Har ikke gjennomført en slik analyse	59	27
Sum	216	100

Tabell 22 Demografiske analyser av etterspørsel etter omsorgstjenester.

Vi ser at 46 % oppgir å ha demografiske analyser som er relativt nye, dvs. 1-2 år gamle. 24 % har analyser som er mellom 2 og fem år gamle. 27 % har ikke gjennomført slik analyse.

Når vi ser på svarfordelingen her etter kommunistørrelse finner vi markante utslag.

90 % av kommunene i gruppen med over 10.000 innbyggere har utført nyere demografiske analyser, mens det er 55 % blant kommunene med under 5000 innbyggere.

Dette antas å ha med oppfatninger av behov å gjøre. Men det kan også ha noe å gjøre med kapasitet og kompetanse i den kommunale forvaltningen.

Samlet sett får vi et variert, men noe «grått» bilde mht. i hvilken utstrekning kommunene har utført relevante tiltak for å skaffe et godt datagrunnlag for sitt planarbeid.

Alt for mange kommuner fremstår med betydelige mangler og svakheter her. Ikke mange kommuner har nyere analyser på flere av de faktorene vi har undersøkt.

Dette stemmer med den konkrete innholdsanalysen vi gjorde av de kommunale omsorgsplanene som forelå i 2009. Tallene i 2011 kan indikere en bedring, men sikkert kan vi ikke konkludere dette uten å ha sett nærmere på innholdet i de nyere planene. I vår rapport fra 2009 konkluderte vi at det var store mangler i de fremlagte omsorgsplanene.

9.4 DET ØKONOMISKE GRUNNLAGET OG OMSORGSPLANLEGGINGEN

En viktig side av plangrunnlaget er den økonomiske kapasitet i kommunen. Vi stilte følgende spørsmål:

«Hvordan vil du karakterisere dagens omsorgstjenester i din kommune ut fra en kommunaløkonomisk vurdering?»

Svarfordelingen er vist i tabell 23.

KATEGORI	ANTALL	PROSENT
De er alt for dyr for kommunen vår	42	19
De er litt dyr for kommunen vår	112	52
De er godt tilpasset kommuneøkonomien vår	47	22
De er lite kostnadskrevenende for kommunen vår	8	4
Har ingen mening	8	4
Sum	217	100

Tabell 23 Omsorgsoppgavene i forhold til kommune økonomien i 2011

Vi ser 71 % svarer at omsorgstjenestene er for dyr for kommunene. Av disse velger 19 % svaralternativet «alt for dyr». 4 % svarer at tjenestene er lite kostnadskrevenende.

Dette viser at kommunene gjennomgående opplever knapphet på økonomiske midler til de omsorgsoppgavene de har ansvar for, selv om mer enn ¼ ikke melder om problemer. Det er rimelig å anta at denne opplevde knapphet gir grunnlag for anstrengte budsjetter og stort pengefokus i omsorgstjenestene. Det antas at personalet mange steder opplever dette som arbeidsmiljøproblemer, stress og kvalitetssvikt.

Svarfordelingen varierer noe etter kommunestørrelse. Det er kommunegruppen med over 10.000 innbyggere som i oftest mener at omsorgsvirksomheten er for dyr. 82.5 % i denne kommunegruppen svarer dette. Det er et høyt tall.

Svarene gjelder situasjonen på slutten av 2011. Et annet perspektiv er å se fremover mot sluttidspunktet for Omsorgsplan 2015. Vi spurte:

«Hvordan vil du anta at situasjonen er i din kommune ut fra en kommunaløkonomisk vurdering i 2015?» Svarfordelingen er vist i tabell 24.

KATEGORI	ANTALL	PROSENT
Den blir alt for dyr for kommunen vår	67	31
Den blir litt dyr for kommunen vår	112	52
Den blir godt tilpasset kommuneøkonomien vår	28	13
Den blir lite kostnadskrevende for kommunen vår	0	0
Har ingen mening	8	4
Sum	215	100

Tabell 24 Omsorgsoppgavene i forhold til kommuneøkonomien i 2015.

Vi ser at hele 83 % mener at omsorgstjenestene vil bli for dyr for kommunens økonomi. Så mange som 31 % svarer «alt for dyr». 13 % mener at kostnadene er godt tilpasset kommunens økonomi. Den kommunale variasjon markerer seg stadig.

Økningen i kategorien «alt for dyr» fra 19 % i 2009 til 31 % i 2011 viser at det er øket bekymring for den økonomiske side av saken fremover mot 2015.

Dette understreker vår tidligere kommentar at det ikke er enkelt for mange kommuner å nå målene i omsorgsplan 2015. Etterslepet er for stort og behovet øker klart mange steder.

Det er kommunene med over 10.000 innbyggere som oftest svarer at det blir for dyrt – hele 89 % uttrykker dette. Dette er en ytterligere økning i forhold til 2009.

Disse økonomivurderingene har åpenbart implikasjoner for kommuneøkonomien og må vurderes av staten mht. overføringene til kommunene i årene som kommer. De viser også en situasjon hvor mange kommuner for tiden må kutte i helse- og omsorgstilbudet av økonomiske årsaker. Dette er stikk i strid med intensjonene fra Staten om utvikling og kvalitets økning i tilbudet.

10 AKTIV OMSORG

Spørsmålet om innhold og prioritering i begrepet aktiv omsorg er behandlet utførlig i en rapport av Per Gunnar Disch og Gro Lorentzen (Disch og Lorentzen 2012). Denne er basert på de samme data som vår rapport her dekker. Det er derfor en betydelig overlapp mellom våre rapporter på dette feltet, noe som anses fordelaktig ut fra den interne sammenhengen i de to rapportene.

Vi vil her bare peke på noen utvalgte momenter som en bakgrunn for vår presentasjon i denne rapporten.

De ulike offentlige dokumentene som vi har nevnt i kapittel 2 har alle med omtale av viktigheten av aktiv omsorg, men uten å gi en samlende definisjon av begrepet. Det fremgår at det omhandler kulturelle og sosiale aspekter av livet. Aktivitet framheves både som et gode i seg selv og som en viktig helsefremmende faktor. Begrepet aktiv omsorg leder hen mot ideene om «normalisering» av livet for brukerne av helse- og sosialtjenester. Integrering i samfunnet, særlig det sivile samfunn og nærmiljøet, er en side av dette som en faktor i «det gode liv» ut fra de forutsetninger som den enkelte har.

Konkret vil aktiv omsorg derfor innebære det som kan gjøres for å lette og forenkle dagliglivet mht. gjøremål, deltakelse og opplevelse. Støttekontakt, medhjelpere, tilrettelagte tilbud mht. fysisk aktivitet,

og kulturell opplevelse er elementer i dette. Eldresenter o.a. som møteplasser for samtale, fellesskap og gjøremål. Mat og måltider som sosial begivenhet og fellesskap. Aktiv omsorg er motsatsen til ensomhet og sosial eksklusjon ved at det bidrar til integrasjon, fellesskap og økt mestring for den enkelte.

Aktiv omsorg er et perspektiv både på brukere generelt og på virksomheten både i og utenfor institusjon. Dette perspektivet finner vi også tydelig i Europeisk omsorg sammenheng under navnet: «Active ageing».

10.1 PRIORITERING AV AKTIV OMSORG

Vi stilte følgende spørsmål: Hvor høyt vil du si at kommunen i dag prioriterer arbeidet med aktiv omsorg innen den kommunale pleie og omsorgstjenesten? I spørsmålet ble det skilt mellom institusjon og åpen omsorg. Svarene er vist i tabell 25.

KATEGORI	MEGET HØYT PRIORITERT	HØYT PRIORITERT	NOE PRIORITERT	LITE PRIORITERT	IKKE PRIORITERT	ANTALL	%
Institusjon	3	28	52	15	1	213	101
Hjemme- tjenester	4	26	52	17	1	210	100

Vi ser en svarfordeling ca. 31 % svarer at aktiv omsorg er høyt eller meget høyt prioritert, 52 % svarer at det er noe prioritert, mens 16 – 17 % svarer at aktiv omsorg er lite eller ikke prioritert.

Det er en praktisk talt identisk svarfordeling mht. dette i institusjon og hjemmetjenester. I forhold til tidligere spørsmål der «Aktiv omsorg» har vært inne, forsterkes inntrykket av en litt halvhjertet prioritering. Det er viktig – men....

Denne svarfordelingen krever diskusjon og oppfølging. Det kan slås fast at i forhold til de andre

Tabell 25 Prioritering av aktiv omsorg i 2011

prioriteringsområdene, jf. tabell 12, at aktiv omsorg er lavere prioritert. Men i tabell 25 er dette ytterligere forsterket ved at mindre enn 1/3 svarer at aktiv omsorg er meget høyt eller høyt prioritert, mens det av tabell 12 fremgår at 59 % av kommunene vil styrke innsatsen av aktiv omsorg i meget stor eller stor grad.

Det er vanskelig å tolke hva denne ulikheten skyldes og det er behov for en nærmere analyse av hva det vil si å prioritere et felt. Hvis det fremkommer at «alt» skal prioriteres høyt, er det både noe med logikken og virkelighetsforståelsen som skurrer litt.

Svarfordelingen i tabell 25 gir en melding om betydelig lavere prioritet i kommunene enn de statlige intensjonene er med «Aktiv omsorg».

Kommunestørrelse gir ikke nevneverdig virkning på svarfordelingen.

10.2 VURDERING AV ULIKE AKTØRERS INNSATS I AKTIV OMSORG

Vi stilte følgende spørsmål: «Hvordan vil du vurdere innsatsen til følgende aktører med hensyn på aktiv omsorg»?

Svarene er stilt opp i tabell 26.

Vi ser at det er en nokså jevn svarfordeling med

KATEGORI	MEGET GOD	GOD	NOKSÅ GOD	LITE GOD	ANTALL
Enkelt frivillige	21	40	30	10	200
Ideelle frivillige organisasjoner	9	37	43	11	202
Familier og sosialt nettverk	7	44	40	8	203
Kommunen i egen regi	4	43	44	9	203

Tabell 26 Vurdering av ulike aktørers innsats i aktiv omsorg i 2011

samling om midtkategoriene av svaralternativene. Bare et lite mindretall oppgir at innsatsen fra de ulike aktørene er «lite god». Det er også relativt få som svarer «meget god».

Høyest vurdering mht. om innsatsen er meget god/

god finner vi for kategorien «Enkelt frivillige». De tre andre har stort sett samme svarfordeling. Den viser at om lag halvparten av kommunene vurderer innsatsen, fra de ulike aktørene, som god eller meget god.

Samlet sett viser svarene det samme som vi har sett før. Kommunene er oftest ikke entusiastiske i sin vurdering av frivillig innsats i forhold til den statlige retorikk. Det kan godt hende at de har et mer realistisk forhold til dette enn staten. Dette er igjen et forhold som tilsier øket vekt på lokal planlegging og analyse.

10.3 KOMMUNAL FRIVILLIGHETSPOLITIKK OG PLAN FOR DETTE

På spørsmål om kommunen har utviklet en egen frivillighetspolitikk svarer 23 % at de har det. De andre svarer nei eller lar spørsmålet stå ubesvart.

Av de som svarer at de har utviklet en egen frivillighetspolitikk, svarer ca. halvparten at de har utviklet en egen frivillighetsplan. Det kan derfor anslås at bare et fåtall (ca. 10 %) av kommunene har en planmessig tilnærming til frivillighet mht. aktiv omsorg.

Dette er sammen med andre forhold et tydelig tegn på at frivillig innsats, særlig i aktiv omsorg, ikke er grepet an systematisk i kommunene. Det hviler et visst skjær av usikkerhet, uklarhet og famling når det gjelder dette. Hvis ikke frivillighetsretorikken klargjøres og gis en systematisk oppfølging, vil den lett medvirke til en tilsløring av den faktiske situasjonen.

Her foreligger det etter vår oppfatning en alvorlig utfordring til kommunene. Hvordan kan det bli bedre kontakt mellom kommunene og frivilligheten på individ, gruppe og organisasjonsnivå? Hva er det som stenger for en bedre situasjon her? Er det slik at kommunene egentlig er seg selv nok – eller er det en kompetanse/kapasitets manko som gjør seg gjeldende?

I pkt. 4.5.1. i meld 29 Morgendagens omsorg omtales frivillighetspotensialet. Det slås fast her at Norge er på verdenstoppen i frivillighet og over halvparten av befolkningen deltar i frivillig arbeid i løpet av året. Men bare 10 % av frivilligheten skjer innenfor omsorgssektoren (Wollebæk og Sivesind 2010). Her ligger det åpenbart både kunnskapsutfordringer og praktiske utfordringer.

10.4 BEHOV FOR KOMPETANSEHEVING PÅ FELTET AKTIV OMSORG

Vi stilte følgende spørsmål: Hvilke behov ser du i forhold til kompetanseheving knyttet til aktiv omsorg i din kommune? Dette spørsmålet retter seg inn mot de ansattes bidrag til aktiv omsorg. Svarene er gitt i tabell 27.

KATEGORI	ANTALL	PROSENT
Meget stort behov	20	15
Stort behov	109	55
Noe behov	60	30
Lite behov	1	1
Sum	200	101

Tabell 27 Behov for kompetanseheving mht. aktiv omsorg i 2011.

Vi ser at hele 70 % av kommunene ser et behov for kompetanseheving mht. aktiv omsorg. Dette behovet varierer etter kommunestørrelse slik at det øker med økende kommunestørrelse.

1/3 av kommunen svarer at de på ulike måter tilbyr kompetanseheving til egne ansatte på området «aktiv omsorg». Dette er igjen et eksempel på at det finnes et visst system på dette i en del kommuner. Men for de fleste er dette ikke noe som gis en systematisk tilnærming.

En viktig avklaring her blir hvilken kompetanse som etterspørres? Dette må drøftes i forholdet til en mer konkret beskrivelse av hva «Aktiv omsorg», innebærer. (jf. Disch og Lorentzen 2011)

10.5 KOMMUNENS PRIORITERING AV UTVALGTE TILTAK FOR AKTIV OMSORG

Et viktig spørsmål er hvordan kommunene prioriterer de ulike områdene innenfor aktiv omsorg. Svarene på vårt spørsmål om dette er stilt opp i tabell 28.

KATEGORI	HØYT PRIORITERT	NOE HØYERE PRIORITERT	SOM I DAG	MINDRE PRIORITERT ENN I DAG	ANTALL	%
Kommunen vil arbeide for å øke den tverrfaglige bredden i omsorgstjenesten med større rom for andre faggrupper	14	59	27	0	198	100
Kommunen vil arbeide for å etablere flere møteplasser for brukere av kommunens omsorgstjenester og for kommunens innbyggere til felles aktiviteter	15	55	30	0	198	100
Kommunen vil stimulere til sterkere samhandling med kultursektoren og omsorgssektoren	15	60	26	0	198	101
Øke ansattes kompetanse i utvikling av aktiv omsorg	14	65	21	0	195	100

Denne tabellen gir samme svarmønster som flere andre. Det er en nokså lik prioritering på alle områder. Ca. ¾ svarer at disse tiltakene vil bli høyere prioritert enn i dag. Hele 79 % svarer økt kompetanse for de ansatte mht. aktiv omsorg er et prioritert mål.

Få svarer høyt prioritert, mens de fleste sier «Noe høyere prioritert» – underforstått noe høyere enn i dag.

Tabell 28 Kommunens prioriteringer på utvalgte områder av aktiv omsorg i 2011

Fra en femtedel til en tredjedel sier at prioriteringen blir som i dag, mens ingen svarer at noe skal være prioritert lavere enn i dag.

En antatt viktig dimensjon i begrepet aktiv omsorg vil konkret dreie seg om måltidsfellesskap. Vi hadde et spørsmål om dette. Svarene er gitt i tabell 29.

KATEGORI	HØYT PRIORITERT	NOE HØYERE PRIORITERT	SOM I DAG	MINDRE PRIORITERT ENN I DAG	ANTALL	%
Kommunen vil gjennomgå ulike produksjonsmåter og løsninger for tilberedning og ombringing av mat i omsorgstjenesten	11	17	71	1	198	100
Kommunen vil sette større fokus på måltidets sosiale og kulturelle og ernæringsmessige betydning	15	43	41	0	198	99

Tabell 29 Prioritering av mat og måltidsfellesskap i 2011

Vi ser at spørsmålet om ulike produksjonsmåter og ombringing av mat stort sett tenkes beholdt som i dag.

Når det gjelder å sette større fokus på måltidets betydning svarer nesten 60 % at det vil bli høyere prioritert i fremtiden. Hva det konkret innebærer kan være litt forskjellig, tenker vi. Men svarene må tolkes som et positivt uttrykk for vilje til å se på måltidene med friske øyne i forhold til et aktivt omsorgs perspektiv.

10.6 INNOVASJON I AKTIV OMSORG

Demografiske framskrivninger viser at behovet for pleie- og omsorgstjenester øker og vil fortsette å øke jf. Kapittel to. Men samtidig er det ikke bare antall brukere som vil endres, men også type tjenester vil kunne endres. Den brukergruppen som har økt mest de siste årene er de under 67 år, noe som kan medføre etterspørsel etter tjenester med et annet kvalitativt innhold enn det man vanligvis forbinder med eldreomsorg. Men samtidig kan denne brukergruppen ha andre ressurser til å mestre andre utfordringer.

Fremtidens mottagere av omsorgstjenester vil kunne bestå av nye generasjoner eldre som vil ha høyere utdanning, være mer ressurssterke og ha bedre helse enn dagens eldre. Fremtidens eldre vil sammen med det økende antallet yngre brukergrupper kunne kreve et mer variert tjenestetilbud (St. meld. 25 (2005-2006: 10)) og ha et større fokus på innholdet i tjenestene.

Samhandlingsreformens mål og intensjoner handler om å få et bedre samspill mellom ulike nivåer og enheter i tjenesteapparatet og spesifikke tiltak rettet mot enkeltindividet. Det handler også om å styrke de muligheter og ressurser som ligger i lokalsamfunnet, familier, sosiale nettverk, frivillige organisasjoner og individets egenomsorg og mestring. Reformens fokus på mer tverrfaglighet og forebygging kan være med på å få kommunene til å sette fokus på aktiv omsorg.

Kartleggingen har avdekket at fokuset og satsningen på Aktiv omsorg i den kommunale omsorgstjenesten trenger et skikkelig løft. Skal en lykkes med dette trenger en mer kunnskap hos framtidige og nåværende yrkesutøvere gjennom et kompetanseutviklingsprogram. Det må også bli en større vilje til å satse på tverrfaglighet og et økt samarbeid med frivillige og frivillige organisasjoner i lokalsamfunnet.

Den kommunale omsorgstjenesten kommer til å være under press i lang tid framover både når det gjelder rekrutteringsutfordringer, kompetanse, organisering av tjenester, økonomi og større krav til rapportering og effektivisering. På denne bakgrunn trenger kommunen gode samarbeidspartnere, partnere som kan være et godt supplement og tilby ulike aktiviteter knyttet til den kommunale omsorgstjeneste. En av nøklene kan ligge i samhandling og kunnskap om samhandling med lokalsamfunnets frivillige og frivillige organisasjoner.

Mange frivillige organisasjoner representerer gjennom sin erfaring med å kombinere høy profesjonell kompetanse med de kvaliteter, ressurser og muligheter som knytter seg til sivilsamfunn, sosiale fellesskap, nettverk, deltakelse og egen mestring. Det er derfor viktig at ideelle/frivillige organisasjoner inkluderes systematisk og aktivt i arbeidet når det blant annet gjelder utvikling av forebyggende tiltak og aktiviteter i den kommunale omsorgstjenesten.

NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg peker på at en viktig suksessfaktor for å lykkes med Samhandlingsreformen avhenger av bedre samhandling med det sivile samfunn – derfor den andre samhandlingsreform – samhandling med sivilsamfunnet og de frivillige organisasjonene.

Frivillighet har en verdi i seg selv. Frivillig arbeid og engasjement handler som oftest om eierskap og ansvar til lokale utfordringer. For å kunne utvikle dette samarbeidet må det derfor pleies med god samhandling og ikke anvendes ut fra en bestiller – utførermodell, der enkeltfrivillige og frivillige organisasjoner betraktes som instrumenter i omsorgsutøvelsen.

Ut fra disse perspektivene er det viktig å fokusere på samhandlingsreformens intensjoner om å styrke tverrfagligheten og styrke samhandling mellom tjenestenivåene. Et tettere samarbeid med frivillige organisasjoner blir påpekt både i Samhandlingsreformen og i NOU 2011:11, Innovasjon i omsorg. Det kan derfor være viktig for kommunene å følge disse føringene i arbeidet med å styrke den aktive omsorgen.

Flerfaglighet fremstår etter vår oppfatning som viktig for å fremme aktiv omsorg. En for sterk spesialisering av omsorgsoppgavene vil svekke de sosiale og organisatoriske perspektivene på aktiv omsorg som forebyggingsstrategi i helse- og omsorgssektoren.

11 KOMMUNENES BEREDSKAP FOR DET ØKENDE ANTALL ELDRE, 80+ FRA 2020

Tiden frem til 2015 er på sentralt hold omtalt som en planleggings- og konsolideringsperiode fordi eldrebefolkningen er forholdsvis stabil fram til 2020, jfr. St.meld.nr. 25.

I Omsorgsplan 2020 er denne «hvileskjærstilstanden» forlenget i ytterligere noen år. Nesten 20 år etter st.meld. 25 sies det fortsatt at den store utfordringen først kommer om 10 – 15 år. (Meld. St. 29 s. 21).

Dette er etter vår oppfatning noe misvisende. Utfordringene er der i noen kommuner allerede og de øker markant fra 2020 i mange kommuner. Vi antar at det er i starten på stigningen mange vil kunne møte store problemer, hvis en ikke er forberedt.

Det kan virke som om de sentrale myndigheter ikke har tatt inn over seg de problemer mange kommuner opplever med de basale omsorgsforpliktelser de allerede har, samt de store utfordringene relativt mange vil ha med den nødvendige opprustning og

konsolidering som Omsorgsplan 2015 foreskriver. Det ville være nyttig med en bredt anlagt analyse/valuering av tilstanden i eldreomsorgen i kommunene i god tid før 2020.

Budskapet fra staten i Omsorgsplan 2015 er at kommunene skal bruke tide frem til 2020 til å forberede seg på den store utfordringen som kommer med den raske veksten i gruppen 80+ fra 2020 til 2030. På disse 10 årene antas 80+ gruppen å vokse med 100.000 personer, svarende til vel 50 % økning i perioden. Dette omtales naturlig nok som en stor utfordring, selv om andre land i Europa har betydelig større utfordringer og dårligere forutsetninger i utgangspunktet for å gjøre noe med det (Østby 2004).

Men hvor står det kommunale beredskapsarbeidet ved årsskiftet 2011/2012 i forhold til utfordringene fra et sterkt økende antall eldre fra 2020.

Det er for tidlig å reise en slik problemstilling vil noen si. Vi er uenig. Hvis en tenker både planlegging og implementering begynner det å haste. Så vi gjennomførte en enkel kartlegging og fremstiller våre funn og noen tentative overveielser ut fra dette.

11.1 PLANGRUNNLAGET

I vår undersøkelse ønsket vi å undersøke hvordan kommunene forbereder seg på å møte denne utfordringen. Det er klart at slutten av 2011 kan oppleves å være et for tidlig tidspunkt å stille dette spørsmålet. Den vanlige kommunehorisonten går sjelden lengre enn 4 år. Men nyere kommuneplaner har generelle perspektiver går lengre enn dette (12 år). Det klart at det tar tid både å planlegge, men også å reise bygninger og organisere de tiltak og tjenester som situasjonen vil kreve. I Norge går ikke alt i offentlig regi fort, for å si det slik.

Samfunnsdelen i nyere kommuneplaner har ofte et perspektiv enn 12 år. Nå er det på høy tid at kommuneplanene fokuserer de økende pleie- og

omsorgsoppgavene fra 2020 av. Her må kommunens administrative og politiske elite delta for å gi tyngde til beredskapsarbeidet.

Foreligger det så en demografisk analyse av utviklingen av eldrebefolkningen fra 2020 – 2025 i norske kommuner? Svaret på det kan være at SSB for lengst har laget slike prognoser også på kommuneplan. Men er det gjort lokale oppfølgende analyser av dette? Svarfordelingen er vist i tabell 30.

Tabell 30 Foreligger det en demografisk analyse av utviklingen 2020 – 2025?

	N	%
Ja	156	79
Nei	41	21

Vi ser at 79 % svarer at en demografisk analyse foreligger. Hvorvidt dette i noen tilfeller bare er en utskrift fra SSB sin statistikk på kommunenivå, eller om det er gjort mer konkrete analyser på egenhånd på kommuneplan, fremgår ikke av svarene. Vi ser videre at en femtedel av kommunene oppgir at de ikke har en demografisk analyse.

I vår forrige undersøkelse i 2009 så vi at de demografiske analyser var mangelfull i mange planer. Det var gitt talloppstillinger med oversikt over befolkningen i de fleste planer. Men de var i varierende grad analysert og lite direkte knyttet til planleggingsutfordringene.

Svarfordelingen varierer med kommunestørrelse slik at økende kommunestørrelse gir økende forekomst av kommuner med demografiske oversikt.

Vi forsøkte å komme nærmere inn på spørsmålet om plangrunnlag gjennom spørsmålet:

«Har kommunen utarbeidet en konsekvensanalyse av utfordringene i den kommunale omsorgstjenesten mellom 2020 – 2025?»

Svarene er vist i tabell 31.

Tabell 31 Har kommunen utarbeidet en konsekvensanalyse i forhold til utfordringene 2020-2025

	N	%
Ja	19	10
Nei	174	90
Sum	193	100

Vi ser her at 10 % svarer at en slik konsekvensanalyse foreligger. Det er ikke vanlig at kommunene har gjort dette foreløpig.

Dette kan henge sammen med at den kommunale planleggingshorisont utover det helt generelle, samt perspektiver på arealplanlegging, oftest fortsatt er begrenset til de nærmeste 4 år, dvs. kommunestyreperioden. Her ligger det en betydelig utfordring.

Kortsiktighet vil uansett innebære en «nærsynthet» som kan anses å være utilstrekkelig over for en såpass stor utfordring som «eldrebølgen» vil bli.

Men virkningene antas å bli meget forskjellige avhengig av både den demografiske utvikling og den kommunale økonomien. Konkrete analyser i den enkelte kommune vil derfor fremstå som sterkt ønskelige.

Vi ba om å få tilsendt de konkrete analysene fra dem som svarte at de hadde slike analyser. Men da ingen sendte oss slike, kan vi ikke vurdere dem innholdsmessig.

En samlet kommentar vil være at vi finner det problematisk at så få kommuner har gjort konkrete konsekvensanalyser for den situasjon som de vil stå i fra 2020 med starten på eldrebølgen. Av hensyn til adekvat beredskap og tid til både planlegging og implementering av tilbud og tiltak, frykter vi at mange kommuner for seint vil ta innover seg de forestående utfordringene.

11.2 KOMMUNEN OG ANDRE AKTØRER

Helse- og omsorgstjenesten er i Norge i dag i det vesentligste et kommunalt ansvar. Det er likevel innslag av private ideelle aktører i dette og noen steder, f.eks. i Oslo, er det anbudskonkurranse om oppdrag, særlig drift av Sykehjem. Rene kommersielle foretak har det vært mindre av. Men Adecco og ISS

er eksempler på store internasjonale konserner som har fattet interesse for å etablere seg i det norske omsorgsmarkedet. Utover de største byene er markedet nokså begrenset. Men med stor kjøpekraft i de kommende 80+ pensjonistene vil dette kunne vokse betydelig i de store byene, særlig hvis det offentlige tilbudet er preget av køer og kvalitetsproblemer.

Vi spurte: «Tenker kommunen å benytte seg av kommersielle aktører til å tilby omsorgstjenester i fremtiden». Svarfordelingen er vist i tabell 32.

KATEGORI	ANTALL	PROSENT
I stor grad	0	0
I noen grad	20	10
I liten grad	70	36
Ikke i det hele tatt	55	28
Vet ikke	51	26
Sum	196	100

Tabell 32 Kommersielle aktører i fremtidens omsorg i 2011

Det er ingen kommuner som svarer at dette vil få stort omfang i deres kommune. Dette kan anses som en rimelig vurdering. Men med flere store byer i materialet ville dette sett noe annerledes ut, tenker vi. Privatiseringen og debatten om den bør fokuseres på de steder hvor det er et stort potensial for mer markedstilbud enn i dag

Det er imidlertid bare 28 % som svarer «ikke i det hele tatt» på spørsmålet.

10 % svarer i noen grad, mens 36 % svarer i liten grad. 26 % svarer «vet ikke», noe som kan indikere at en har vanskelig for å forestille seg dette, men ikke vil utelukke det.

Svarfordelingen i 2009 er nokså lik de svar vi får i 2011, men i 2009 var det noen flere som svarte «vet ikke».

Det er noe større andel som svarer i «noen grad» i den største kommunekategorien.

Hadde vi hatt med flere store byer i materialet, antar vi som nevnt at dette ville sett annerledes ut. Forutsetningene for at det skal oppstå et marked med

betydelig innslag av private kommersielt baserte tilbud er ikke tilstede i de fleste norske kommuner. Men et marked vil kunne oppstå på de steder hvor det er betydelige behov som er udekket eller dårlig dekket og hvor det samtidig er betalingsvilje/evne hos potensielle brukere til å etterspørre det.

En slik utvikling er allerede i gang på helse- og omsorgsområdet i de største byene. Men vi vil legge til at det syntes å være økende innslag av privat bistand i alle kommuner. Vikarbyråer, konsulenter og private omsorgstilbud syntes generelt å være i vekst. De ideelle organisasjonene synes å ligge stabilt. Men presset fra anbudssystemet og konkurransen med de kommersielle aktørene synes økende.

Når det gjelder omsorgsoppgaver i små og mellomstore kommuner, antas dette å være mindre fristende for kommersiell tilbudsutvikling. Et unntak her ligger imidlertid i teknologisk baserte innovasjoner mht. hjelpemidler etc.

Et annet spørsmål er knyttet til ideelle organisasjoner som aktører i dette. Vi spurte:

Tenker kommunen i framtida å benytte seg av ideelle aktører til å tilby omsorgstjenester?

Svarfordelingen er vist i tabell 33.

KATEGORI	ANTALL	PROSENT
I stor grad	5	3
I noen grad	64	33
I liten grad	56	29
Ikke i det hele tatt	18	9
Vet ikke	52	27
Sum	195	100

Tabell 33 Ideelle organisasjoner som aktører i fremtiden i 2011.

Også på dette området er svarene forbeholdne, selv om noen få sier i stor grad og 1/3 i noen grad. Også her svarer over 1/4 «vet ikke». Åpningen for ideelle organisasjoner er likevel klart større enn for kommersielle bedrifter.

De forholdsvis mange som svarer «vet ikke» og så her er vel at det rår betydelig usikkerhet om hvordan fremtidens omsorgsbilde vil se ut.

Men samlet kan det se ut som om de fleste kommuner regner med at de selv må stå for ikke bare hovedansvaret, men mesteparten av omsorgen. Dette er i tråd med synet i «Morgendagens omsorg».

Om kommunene har kapasitet og økonomi til dette er usikkert og i alle fall varierende. For pensjonsutbetalingene har staten Oljefondet i ryggen. Det eksisterer ikke noe tilsvarende fond for utgifter til omsorgsoppgavene i kommunene.

Det er i de kommunene som har over 10.000 innbyggere at kommunen oftest tenker seg å benytte ideelle aktører i omsorgsoppgavene. Vi antar at dette bl.a. kan ha med økonomi å gjøre.

11.3 HVORDAN VURDERER KOMMUNENE SIN BEREDSKAP FOR OMSORGSUTFORDRINGENE?

«Hvordan vil du vurdere din kommunes beredskap til å møte omsorgsutfordringer fra 2020 – 2025 i forhold til følgende områder?»

Svarene er stilt opp i tabell 34.

KATEGORI	HØY BEREDSKAP	TILFREDS- STILLEND BEREDSKAP	LITT LAV BEREDSKAP	SVAK BEREDSKAP	ANTALL	PROSEN
Planlegging	10	56	32	2	193	100
Økonomi	6	34	52	9	193	100
Personell	6	28	60	6	193	100
Frivillige	3	22	64	10	193	100
Aktiv omsorg	2	24	63	10	192	100

Tabell 34 Beredskap for omsorgsutfordringene 2020 – 2025 etter område. Prosenttall

Vi ser at på området planlegging svarer 2/3 at kommunen har tilfredsstillende eller høy beredskap. Den siste 1/3 svarer at beredskapen på planlegging er «litt lav». Disse tallene kan ses som litt oppløftende, men vi er noe i tvil om hva som ligger i disse svarene, når vi se på andre data i vår undersøkelse.

Dette sier vi bl.a. med referanse til spørsmålet om konsekvensanalyser tidligere i dette kapitlet. Vi ser det også noe i lys av de konkrete planene som vi gjennomgikk i vår undersøkelse i 2009.

Vi ser det også i sammenheng med det metodeproblemet som er nevnt under metodekritikk tidligere. Saken er at vi kan anta at de ansvarlige lite gjerne vil si på forhånd at beredskapstilstanden på deres område har mangler.

Når det gjelder økonomi indikerer tallene en noe mer reservert forventning idet 40 % svarer tilfredsstillende eller høy beredskap. 52 % svarer litt lav beredskap. Dette er imidlertid ingen alarmerende melding om økonomien. Vi må her peke på at enkelte kommuner ikke vil møte en stor bølge fra 2020 – 2025, jf. vår påpekning av ulikhetene mht. dette i kapittel 2. Dessuten har en del kommuner en bunnsolid økonomi.

Selv om vi har dette i mente, finner vi tallene mer optimistiske enn vi forventet. Men vi har sett tidligere i undersøkelsen at kommunen i liten grad velger de «ekstreme» svaralternativene. Det må derfor tross alt fremheves at over halvparten av kommunene svarer «litt lav» beredskap mht. økonomien. Dette nøkterne uttrykket kan innebære en situasjon med betydelige problemer.

Tallene indikerer mer usikkerhet mht. tilgangen på personell. 1/3 svarer tilfredsstillende eller høy beredskap, mens 60 % svarer litt lav beredskap.

Når det gjelder frivillige er usikkerheten enda større. 25 % mener at beredskapen er tilfredsstillende eller høy. Men 2/3 (64 %) svarer at den er litt lav.

Aktiv omsorg har praktisk talt samme svarfordeling.

Det typiske for svarfordelingen er her som for mange andre spørsmål i vår undersøkelse at ytterpunktene både positivt og negativt er meget begrenset. Kommunen velger de nøkterne svaralternativene. Det henger sammen med kultur og erfaring. Norske kommuner lar seg ikke vippe av pinnen – det er noe traust over dette som kan sees som en ressurs. Men det kan også være et faresignal avhengig av utfordringenes form og alvorlighetsgrad.

Samlet ser vi at planleggingsberedskapen kommer best ut, mens beredskapen på de andre områdene har «litt svak beredskap» som klart største svaralternativ, med fra 52 % til 64 % av respondentene. Vi må kunne se dette som uttrykk for en betydelig utbredt usikkerhet om helhetsbildet av beredskapen for det økende antall eldre.

Ser vi på svarfordelingen etter kommunestørrelse ser vi at kommunegruppen med flest innbyggere skiller seg ut fra de to øvrige med klart høyere andel som betegner planleggingsberedskapen som høy eller tilfredsstillende. Dette antas å henge sammen med planleggingskapasitet.

Når det gjelder økonomisk beredskap ser vi at den meldes å være desidert svakest i de mellomstore kommunene (5 – 10.000) innbyggere. Her melder bare 20 % om høy eller tilfredsstillende beredskap, mens de små og de store kommunene har over 40 % som melder om høy eller tilfredsstillende beredskap.

Når det gjelder personell er forskjellen mellom kommunegruppene mindre. Men de største kommunene melder litt oftere (37 %) om høy eller tilfredsstillende beredskap, enn små og mellomstore kommuner.

Når det gjelder rekruttering av frivillige er de mellomstore kommunene noe mer optimistisk enn de andre, men forskjellene er små.

Når det gjelder aktiv omsorg finner vi at de små kommunene har lavest andel som finner beredskapen høy eller tilfredsstillende (21 %), mens de mellomstore scorer klart høyere (40 %). I den gruppen med de største kommunene er andelen 30 % mht. dette.

Samlet vil vi si at vårt forsøk på å kartlegge beredskapen for fremtidens utfordringer, gir et blandet bilde. Dette må vurderes som naturlig – det er vanskelig å forutsi fremtiden. I en planleggingskontekst må en likevel gå inn i den type aktivitet.

Vi tolker dette slik at våre tall indikerer at det ikke foreligger noen stor utbredt samlet beredskap i kommunene foreløpig. Men det finnes heller ingen antasipert kriseoppfatning.

12 KONKLUSJON – NOEN MOMENTER TIL OVERVEIELSE

I dette kapitlet skal vi peke på noen av rapportens hovedpunkter og gi noen tentative vurderinger av situasjonen. Et sentralt perspektiv er å se dette i forhold til St.meld. nr. 25 og omsorgsplan 2015 fra 2006, samt Samhandlingsreformen, men også Meldingen til Stortinget om Morgendagens omsorg og Omsorgsplan 2020.

12.1 STATUS I OMSORGSPLANLEGGINGEN MED HENSYN TIL KAPASITET OG KVALITET

På grunn av meget varierende lokale forhold og ressurser er norske kommuner ulikt stilt i forhold til oppfølgingen av de statlige signaler på helse-omsorgsområdet generelt og mht. eldreomsorgen spesielt. Dette gjelder både tiden rundt årsskiftet 2011/2012 og mht. fremtidens utfordringer. Det er en betydelig vilje til å bedre situasjonen i kommunene

generelt gjennom øket innsats på mange områder. Lojaliteten mot de statlige signaler synes stor, kanskje for stor, i forhold til behovet for å finne gode lokale løsninger på konkrete utfordringer. Situasjonen for de skrøpeligste av de eldre virker lite fokusert. Situasjonen for de eldste eldre er ikke like ofte sett som en stor utfordring av kommunene som de andre utfordringene på det brede helse- og omsorgsfeltet.

Selv om mange kommuner har gjort forbedringer fra 2009, er det også mange kommuner som har hatt mer enn nok med å komme à jour med de nye behovene. Spørsmål om planlegging og kapasitetsbygging har måttet vike for mer kortsiktige behov, i mange kommuner. Dette er i tråd med den såkalte «Greshams lov» som overført på organisasjoners fungering sier at de løpende oppgaver vil fortrenge fokuset på de langsiktige utfordringer. De konkrete planer og planprosesser har noe stykkevis og delt over seg. Det er få tegn på at dette mobiliserer kommunene til store systematiske løft.

Når kommunene oppgir kapasitetsgrunner som nesten eneste grunn til at planarbeidet har skrantet og ikke blitt ferdig, kan det synes som de i for liten grad har kunnet møte de mer kvalitative utfordringene som krever betydelig kompetanse. Kompetanse behøves for å lage velfunderte planer som bygger på gode tilstandsanalyser og bevisste verdivalg. Nettopp fordi de overordnede signaler er generelle og til dels idealistiske, er det nødvendig at den varierende virkelighet i kommunene blir tatt på alvor. Den enkelte kommunes egen situasjonsoppfatning må legges til grunn for det kommunale planarbeidet, etter vår vurdering. Dersom ikke planarbeidet resulterer i planer som kan brukes som strategisk beslutningsgrunnlag, vil de sentrale politikerne ikke prioritere denne aktiviteten i forhold til de presserende utviklingsoppgaver

Samtidig er det klart at de store utfordringene fremover både må fokusere misforholdet mellom kommunenes kapasitet og ressurser på den ene side, og behovene og utfordringene på den annen side. Dette er en sentral utfordring til staten.

Kommunestørrelse er en faktor som lenge har fremstått som overmoden for endring. Dette syntes også å være mer erkjent på sentralt politisk nivå en tidligere. Saken bør sees i sammenheng med spørsmålet om statstilskudd til den kommunale virksomheten. De betydelige forskjellene i kommunenes bruttoinntekter må det uansett bli en oppgave som staten må prioritere fremover. Hvordan omfattende kommunesammenslåinger vil virke i den nåværende situasjonen er imidlertid en faktor for nærmere vurdering. Her er det rom for både optimisme og tvisyn. Plankapasiteten er større i store kommuner. Behovene og utfordringene er også størst her.

12.2 PRIORITERINGS- UTFORDRINGENE OG POLICYVALG

Det vil nesten alltid være knappe ressurser til kommunal virksomhet. Dette fremtrer med all ønskelig tydelighet også gjennom vår studie.

Penger og personell til fremtidens omsorgsoppgaver fremstår som meget krevende utfordringer for mange kommuner. Økonomien i mange kommuner fremstår som presset og usikker. En slik situasjon krever prioritering. Hensikten med planlegging bør være å legge et grunnlag for politiske beslutninger om slike prioriteringer.

Det sies at en ikke skal sette svake grupper opp i mot hverandre. Men i praksis fortøner det seg nesten umulig. På omsorgsområdet i kommunene er spørsmålene om ressursene til de «nye» og yngre brukerne i forhold til de eldre et viktig tema. Mye tyder på at de eldre kan tape i denne konkurransen.

Det finnes også en policyvurdering latent, men også i blant eksplisitt, mellom behovene til «de skrøpelige eldre» versus de mer ressurssterke eldre. Forholdet mellom vekten på «aktiv omsorg» og de mer medisinske sidene av omsorgen bør fokuseres klarere.

Det ligger også en viktig avveining om bredde versus konsentrasjon når det gjelder ressursfordelingen. Skal vi basere oss på høyest mulig «dekningsgrad», eller er poenget å få klart mest ressurser til de som har de største behovene?

Problemstillingen om midler til forebyggende tiltak versus behandling er evig aktuell. Et åpent spørsmål er om perspektivet i Samhandlingsreformen vil innebære et så kraftig behandlings- og økonomiperspektiv at andre viktige hensyn blir skadelidende (Merton 1967).

I forlengelsen av prioriteringsdiskusjon og analyse ligger spørsmålet om policyvalgene i omsorgen. Både i forrige rapport og i denne rapporten fra vårt prosjekt, fremgår det at de fleste kommuner har tatt et policyvalg i favør av «den åpne omsorgen». Dette fremgår også av den offentlige statistikken mht. hvor penger og personell i økende grad, etter hvert har funnet veien.

Vi har problematisert grunnlaget for dette generelle valget. Det må uansett stilles spørsmål om hva det konkret innebærer og hvilke åpne og skjulte/latente konsekvenser dette kan ha (Merton, *ibid*).

Konkret ser vi av våre tall at kommunene, særlig de store, svarer at det trengs flere sykehjemsplasser. Dette ligger også i sentrale statlige føringer om støtte til flere nye plasser og oppgradering av de plassene vi allerede har. Behovet for flere sykehjemsplasser fremtrer klarere i våre tall fra slutten av 2011 enn i 2009.

Men spørsmålet om sykehjem og hjemmebaserte tjenester er ikke dypest sett et enten eller spørsmål. Det handler om å finne den rette balanse og arbeidsdeling i den enkelte kommune ut fra gode analyser av de konkrete lokale forhold.

Det er som tidligere nevnt klart at det er tatt et avgjørende policyvalg i favør av «åpen omsorg» som kommunenes fremtidige hovedsatsning. Vi ser en stor vekst i anslagene av behov for plasser i den åpne omsorgen. Det har mange gode sider, men spørsmålet om løsningen for de svakeste brukerne med behov for heldøgntilbud må stilles klarere enn hittil i den kommunale planleggingen.

Vi stiller oss også spørrende til de økonomiske overveielser som synes å ligge til grunn for dette, i forhold til spørsmålet om behov og kvalitet i omsorgen.

Dette sies som et memento. Problemet kan være at en god ide som får hegemoni – om enn ikke monopol – på tenkemåten, lett vil komme til å true behovet for variasjon i tilnærmingen til brede og sammensatte oppgaver og behov.

12.3 BEHOV FOR EN STYRKET HELHETLIG KOMMUNEPLANLEGGING

Vi har i denne rapporten som i den tidligere rapport (Disch og Vetvik 2009) pekt på store mangler i den kommunale omsorgsplanleggingen, selv om tilstanden er god i noen kommuner. Det vi etterlyser er et forbedret kommunalt planopplegg som gjør planene til gode verktøy for beslutninger og utvikling av den kommunale omsorgsvirksomheten.

Vi har funnet store mangler mht. plangrunlaget i omsorgsplaner/omsorgsplanleggingen. Konkret gjelder det evaluering, tilstandsanalyser og konsekvensutredninger både når det gjelder oppgaver, problemer og ressurser. Vi etterlyser en helhetlig tilstandsanalyse som grunnlag for utformingen av konkrete handlingsplaner. Dessuten savner vi konkrete verdi- målsettings- og prioriteringsanalyser som også inkluderer etiske aspekter.

Planleggingsteoriens påpeking av prosessens betydning for god planlegging, dvs. både som mobiliserende, legitimerende og innovativ i forhold til brukerne og de ansatte, er sentral i oppgaven med å skape en bedre lokal planlegging.

Systemet med omsorgsplaner som en kommunedelplan må revurderes. Etersom omsorgssektoren nå er den største og mest ressurskrevende i de fleste kommuner, må disse utfordringene i fremtiden på en helt annen måte

fokuseres i det sentrale kommunale planarbeidet, det vil si i Kommuneplanen og Langtidsbudsjettene.

Ordfører og rådmann må stå i spissen for dette slik at den nødvendig politiske tyngde og administrative koordinering gis til oppgaven.

God kommunal planlegging er en nødvendig forutsetning for en formålstjenlig bruk av ressursene i omsorgstjenesten. Behovene og utfordringene er store og økende. Dette gir behov for økt innsats og bedre planlegging for bedre beslutningsgrunnlag.

12.4 BEREDSKAPSFOKUS I ALLE KOMMUNER

De tall vi har for beredskapen med hensyn til det økende antall eldre fra 2020 kan ikke strekkes for langt i forhold til det å tegne et gyldig bilde av beredskapssituasjonen generelt.

På basis av erfaringene i den kommunale virkelighet mht. planleggingen og tilstanden på omsorgsområdet i forhold til statens signaler og den framtidige økningen i antall eldre, er det grunn til å fremheve at kommunene og hele samfunnet står overfor en krevende økning av oppgavene om få år. Med den erfaring vi har om hva kommunene makter å utvikle og bygge opp på kort tid, ser vi det slik at det trengs en alvorlig øket erkjennelse av formatet på den utfordring som ligger foran. Uten dette vil ikke samfunnet være i stand til å ta sitt særlige ansvar for at de eldre kan sikres et verdig liv.

En overordnet debatt om funksjons- og ressursfordelingen i det offentlige og en nærmere analyse av de ulike offentlige og private aktørers rolle synes påkrevet. Her trengs innovasjon og samhandling – og mindre byråkrati.

Uten fornyelse kan vi gå oss fast i et økonomisk og personellmessig uføre når det økende antall eldre kommer.

For noen kommuner virker avstanden mellom ressurser og behov så store at de godt kan analyseres i forhold til Dahl Jacobsens (1967) tese om et kriseperspektiv som nødvendig forutsetning for nyskapende handling.

Dette gjelder de kommuner som allerede i dag sliter med dekningsgrad og kvalitet i tilbudet og som også står overfor en meget stor økning i behovet både på kortere og litt lengre sikt.

Målsettingen med vår framheving av beredskapsperspektivet er å drøfte hvordan en kan utvikle en tilstandsanalyse i den kommunale helse- og omsorgssektor. Dette kan gi lokale og nasjonale myndigheter et verktøy for å utvikle tjenesten, og utvikle en hensiktsmessig politikk på området ut fra de utfordringer som kommer.

12.5 TILSTANDSRAPPORT OM OMSORGSTJENESTEN I KOMMUNENE

Vi har tidligere i denne rapporten lansert det forslag at alle landets kommuner skal lage en tilstandsrapport for helse- og omsorgssektoren som et grunnlag for planlegging og beslutninger. Vi skal i det følgende utdype dette forslaget.

Utvikling av tilstandsrapporter i ulike deler av offentlig sektor er utbredt. Tydeligst kommer det fram i opplæringssektoren der dette er fastsatt i opplæringsloven og privatskoleloven. Det lages også tilstandsrapport på nasjonalt nivå for høyere utdanning. Tilstandsrapportene er ment som et styrings og utviklingsverktøy, nasjonalt og lokalt.

Et annet viktig formål er at data fra slike undersøkelser vil være viktig i nasjonal og lokal politikktutforming på området.

KS har vært inne på å gjøre det samme med den kommunale omsorgssektoren gjennom ulike programmer. Vi vil her nevne effektiviseringsnettverket og «Bedre kommune.no» som viktige her.

Utviklingen av målingsverktøy er kommet kortere i den kommunale helse- og omsorgssektor enn i utdanningssektoren. Dette bl.a. fordi indikatorsettet i KOSTRA ikke gir et helhetlig bilde av utviklingen i sektoren, og inneholdt ingen resultatindikatorer.

For å kunne legge en helhetlig politikk på området og få oversikt over, en sektor som for de fleste kommuner nå er den største og mest ressurskrevende, må det gjøres opp en status for tilstanden. På bakgrunn av dette, må det utvikles standarder og tiltak for utviklingen av framtidens omsorgstjenester.

Denne modellen forutsettes å kunne møte kommunenes behov for et bedre beslutningsgrunnlag for de strategiske vedtak om fremtiden utvikling. I dette ligger også behovet for en beredskapsstrategi, basert på at det er sikkert for de fleste kommuner at antallet eldre øker meget sterkt og at det ikke er mange indikasjoner på at veksten i behovet fra de yngre brukerne vil avta.

Formålet med en tilstandsanalyse i hver enkelt av de norske kommunene må være å gi et solid grunnlag for den lokale utvikling og planlegging av omsorgstjenestene, samt å gi et realistisk bilde til sentrale myndigheter om forholdet mellom intensjoner og ressurser i den kommunale helse- og omsorgssektoren.

En slik tilstandsanalyse kan etter vår oppfatning være en samlet oversikt over status presens i den kommunale omsorgssektor, bygget på fire dimensjoner:

1. **Plansituasjonen** mht. Kommuneplan og Helse- og omsorgsplan. Hva har den enkelte kommune her mht. til aktualitet og kvalitet på planene? Hvordan omhandler planene de fremtidige utfordringene fra kombinasjonen av nye brukere og det økende antall eldre?
2. **Hvordan er struktur, kapasitet og kvalitet på det etablerte tjenestetilbudet?** Hvordan er fordelingen av funksjoner mellom institusjonstjenestene og den åpne omsorgen? Hvordan er den økonomiske situasjonen for omsorgssektoren i forhold til kommunens økonomi? Hvordan er personell og kompetanse situasjonen? Hvordan inngår de frivillige organisasjoner i helheten? Hvor stort er innslaget av private kommersielle tjenester i virksomheten? Hvilke konkrete prioriteringer ligger bak bildet av det etablerte tilbudet? Foreligger det evaluering av sentrale tilbud i tjenestesystemet?
3. **Hvordan er behovssituasjonen** ut i fra demografiske analyser? Hva viser KOSTRA tall for den etablerte virksomheten i tjeneste tilbudet? Hvilke er de mest aktuelle behovene i forhold til det eksisterende tilbudet? Hvordan fungerer det etablerte systemet i forhold til de nasjonale mål og lokale forhold? Hvilke beredskapsutfordringer ligger det fra endringen av aldersstrukturen i lokalbefolkningen og utviklingen mht. nye yngre brukere.
4. **Samlet må det utarbeides en GAP/ Avviksanalyse.** Denne gir et samlet bilde av sterke og mindre sterke sider ved det kommunale tjenestetilbudet på undersøkelsestidspunktet. Her sammenholdes behovssituasjonen med ressursene, dvs. økonomi og personell.

Hvilke konkrete variabler/indikatorer som skal inngå i de fire dimensjonene, må undergis en nærmere vurdering. Vi tenker oss at mye kan bygges på KOSTRA, IPLOS tall, SSB tall og kommunale årsmeldinger. Dette er tall som kommunene allerede har. I tillegg må noen forhold undergis mer kvalitative vurderinger av situasjonen.

Tilstandsanalysen tenkes konkludert med en status indikator fra 1 – 6. I tillegg vil det gis en kvalitativ vurdering av de viktigste utfordringer som finnes i nå situasjonen i forhold til kvalitetsmål og statlige mål og intensjoner. Disse listes fra 1 – 6 i prioritert rekkefølge.

På grunnlag av erfaringene fra de to faser av vårt prosjekt vil vi understreke behovet for at dette gjøres. Det er en manko på konkrete lokale analyser og en aggregering av disse. Dette gjør at nasjonalt nivå i vårt styringssystem ikke har god nok oversikt over situasjonen, variasjonen og utfordringene på feltet.

12.6 FELLE UTFORDRINGER TIL OMSORGSTRIANGELET: STAT, KOMMUNE OG SIVILSAMFUNN

Den situasjon vi har tegnet gjennom dataene i denne rapporten medfører at vi helt til slutt vil peke på at det er nødvendig ikke bare å fokusere den kommunale virksomhet og planlegging. Hvilke grep staten gjør for å komme mer i grep med den varierte situasjon i norske kommuner, særlig mht. forholdet mellom oppgaver og ressurser, vil få avgjørende betydning som forutsetning for å finne gode løsninger.

Vi foreslår at departementet sørger for en samlet tilstandsrapport for omsorgstjenesten i alle landets kommuner i 2016.

Like sentralt vil det være å utvide det kommunale perspektiv fra konsentrasjon i hovedsak om egen virksomhet til et fokus på lokalsamfunnet. Kommunene må aktivt søke et mer konkret samspill med befolkning og sivilsamfunn.

Det er på grunnleggende vis det enkelte menneske og kvaliteten på sivilsamfunnet det handler om. Sivilsamfunnet bærer både problemene og løsningene på utfordringene som mennesker, familier, medmennesker, velgere, omsorgsgivere og omsorgsmottakere.

Kanskje kan en forbedret kommunal planlegging være et instrument til å takle omsorgsutfordringene. God planlegging fremstår som et hensiktsmessig redskap for å skape gode beslutninger. Gode planer kan sees som en tilnærmet nødvendig betegnelse for å møte de kommende utfordringene. Men i seg selv er planleggingen utilstrekkelig. Den må utvikles til å bli et redskap for samfunnsutvikling og samfunnsarbeid mer allment om den skal kunne bidra konstruktivt til en nødvendig utvikling og fornyelse av omsorgssektoren.

Det politiske nivå må få grunnlag til å anta at planlegging kan være formålstjenlig i praksis. Uten det – går det ikke. Politisk støtte er en «sine qua non» betingelse for at fornyet kommunal planlegging skal kunne bidra konstruktivt til bedre formålstjenlighet i kommunenes aktivitet på området.

TABELLER

Tabell 1	Utviklingen i noen Østlandskommuner for befolkningen 80+, antall og prosent s. 11
Tabell 2	Utviklingen i noen kommuner i Midt Norge for befolkningen 80 +, antall og prosent 2010 - 2025 s. 12
Tabell 3	Utviklingen i noen kommuner i Nord-Norge for befolkningen 80 +, antall og prosent 2010 - 2025 s. 13
Tabell 4	Utviklingen i store byer av eldre over 80+ 2010 – 2030, antall og prosent s. 14
Tabell 5	Økning i aldersgruppen 80+ og bruttoinntekt pr. innbygger s. 31
Tabell 6	Vekst i aldersgruppen 80+ 2020 – 2030, bruttoinntekt/innbygger s. 31
Tabell 7	Svargiverne etter fylke. 2011 s. 55
Tabell 8	Svargivere etter landsdel, prosentandel 2011 og 2009 s. 56
Tabell 9	Svargiverne etter kommunestørrelse. 2011 s. 57
Tabell 9	Svargiverne etter kommunestørrelse. 2011 s. 57
Tabell 10	Ordførers partitil-hørighet i 2011 i svarkommunene s. 58
Tabell 11	Status i det kommunale omsorgsplanarbeidet i 2011 s. 61
Tabell 12	Årsaker til at kommunen ikke har startet utarbeiding av et omsorgsplandokument s. 63
Tabell 13	Omsorgsplandokumentet i forhold til kommuneplan og økonomiplan s. 66

- Tabell 14 Oppfølging av ulike statlige signaler i ferdige planer i prosent s. 70
- Tabell 15 Vurdering av sentrale omsorgsutfordringer i egen kommune i 2011 s. 72
- Tabell 16 Kommunene vil møte fremtidens utfordringer? 2011. s. 74
- Tabell 17 Prioritering av styrket innsats på ulike områder. 2011. s. 75
- Tabell 18 Behovsdekningen på utvalgte områder høsten 2011 i prosent s. 80
- Tabell 19 Vurdering av situasjonen i 2015 sammenliknet med 2011. s. 82
- Tabell 20 Behovsundersøkelse om fremtidige omsorgsbehov. s. 85
- Tabell 21 Evaluering av tjenestetilbudet. 2011 s. 86
- Tabell 22 Demografiske analyser av etterspørsel etter omsorgstjenester. s. 87
- Tabell 23 Omsorgsoppgavene i forhold til kommune økonomien i 2011 s. 88
- Tabell 24 Omsorgsoppgavene i forhold til kommuneøkonomien i 2015. s. 89
- Tabell 25 Prioritering av aktiv omsorg i 2011 s. 92
- Tabell 26 Vurdering av ulike aktørers innsats i aktiv omsorg i 2011 s. 93
- Tabell 27 Behov for kompetanseheving mht. aktiv omsorg i 2011. s. 95
- Tabell 28 Kommunens prioriteringer på utvalgte områder av aktiv omsorg i 2011 s. 96
- Tabell 29 Prioritering av mat og måltidsfellesskap i 2011 s. 97
- Tabell 30 Foreligger det en demografisk analyse av utviklingen 2020 – 2025? s. 103
- Tabell 31 Har kommunen utarbeidet en konsekvensanalyse i forhold til utfordringene 2020-2025 s. 103
- Tabell 32 Kommersielle aktører i fremtidens omsorg i 2011 s. 105
- Tabell 33 Ideelle organisasjoner som aktører i fremtiden i 2011. s. 106
- Tabell 34 Beredskap for omsorgsutfordringene 2020 – 2025 etter område. Prosenttall s. 107

LITTERATUR

Amdam, Jørgen og Roar Amdam (1990), Strategisk og mobiliserende planlegging: kommuneplanlegging etter dugnadsmetoden. Oslo: Samlaget.

Amdam, Jørgen og Noralv Veggeland (1998), Teoriar om samfunnsplanlegging: en teoretisk introduksjon for planlegging av samfunnsendring. Oslo: Universitetsforlaget.

Bakken, Runar(2009) Englevakt, rekruttering til en eldreomsorg i krise. Oslo: Manifest Forlag.

Barstad, Steinar (2006) Seniorland – omsorgscenarier for de nye gamle. Hovedoppgave i Samfunnsplanlegging- Universitetet i Tromsø, 2006

Bastø, Per Øyvind og Einar Vetvik(1989) Statlige intensjoner – kommunale realiteter. En studie av helse- og sosialplanlegging. Rapport, Diakonhjemmet Sosialhøgskole.

Beslutning O. Nr. 79 2002 - 2003

Borge, L .E. og Haraldsvik, M. (2005), Effektivitet og heldøgns tjenester ytt i institusjon eller hjemmetjenester. Senter for økonomisk forskning. Trondheim

Brevik, Ivar, Mandag morgen nr.14/11 april 2011. Flere sykehjemsplasser løser ikke eldre krisen

- Bukve, Oddbjørn(2001), Kommunal forvaltning og planlegging. Oslo: Samlaget 3. utgave 3. opplag
- Byrådet i Oslo Kommune (2014) Seniorsmeldingen: Selvstendige, aktive og trygge eldre i Oslo. Bystyremelding nr. 1/2014.
- Dahl Jacobsen, Knut 1970: Institusjonelle betingelser for planlegging. I Stokke (red.): Beslutningsprosesser i norsk offentlig administrasjon. Oslo, Universitetsforlaget.
- Disch, Per Gunnar og Gro Lorentzen(2012): Aktiv Omsorg. Rapport nr. 6. Senter for Omsorgsforskning Sør.
- Disch, Per Gunnar og Einar Vetvik (2009) Framtidas omsorgsbilde – slik det ser ut på tegnebrettet. Rapport nr. 1/2009, Senter for Omsorgsforskning Sør.
- Daatland, Svein Olav, mfl.(2009), Hvor langt strekker familiens ansvar seg?: folkemeningen om familiens og velferdsstatens ansvar, i syv europeiske land. Samfunnsspeilet nr.1)
- Elster, Jon(1984) Skeptiske tanker om samfunnsplanlegging. Forskning og framtid nr. 1.
- Etzioni, A (1967): The active society. New York
- Faludi, Andreas (1973) Planning Theory. Oxford: Pergamon Press.
- Forester, John (1989), Planning in the face of power. Berkley: University of California Press.
- Friedman, John (1987), Planning in the public domain: From knowledge to action. New Jersey: Princeton,
- Harkin, James and Huber, Julia(2004), Eternal Youths: how the babyboomers are having their time again. London: Demos.UK.
- Huseby, Beate og Bård Paulsen(2009) Eldreomsorgen i Norge – Helt utilstrekkelig eller best i verden. Sintef Rapport. Trondheim

- Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2014)
Kriterier for god kommunestruktur. Delrapport fra
ekspertutvalg.
- Kommunal- og Regionaldepartementet.
Kommuneproposisjonen 2014. Prop. 146 S (2012
– 2013)
- Lindblom, Charles E (1968), The Policy-Making
Process. Englewood Cliffs: N.J: Prentice – Hall,
inc.
- Løchen, Yngvar (1965). Idealer og realiteter I et
psykiatrisk sykehus. Universitetsforlaget.
- Meld. St.12 (2012 – 2013) Perspektivmeldingen 2013
- Meld.St. 13 (2011 – 2012). Utdanning for Velferd. Det
Kongelige Kunnskapsdepartement.
- Meld. St. 16 (2010 – 2015): Nasjonal Helse- og
omsorgsplan 2010 – 2015.
- Meld. St. 29 (2012 -2013) Morgendagens omsorg.
Helse- og Omsorgsdepartementet
- Merton, Robert(1968), Social Theory and Social
Structure. New York: The free press.
- Nausdalslid, Jon (1989) (Red), Kommunal styring.
Oslo: Samlaget.
- NOU 1987: 23 Prioritering i Helsetjenesten (Lønning
1)
- NOU 1997: 18 Prioritering på ny. (Lønning 2)
- NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg
- NOU 2012:14. Rapport fra 22. Juli kommisjonen.
- NSD Nytt nr. 1/2010. Norsk samfunnsvitenskapelig
datatjeneste
- Prop.146 S (2012 – 2013) Kommuneproposisjonen
2014. Kommunal- og regionaldepartementet.
- Rattsø, Jørn og Rune Sørensen(2009) Gråhåret makt
og kommunale budsjetter. De eldre må stole på seg
selv. Artikkel i Saglie, J (red) Det nære demokratiet:
lokalvalg og lokal deltakelse. Abstrakt forlag.

- Riksrevisjonen (2009) Riksrevisjonens undersøkelse av kvalitet og samarbeid i pleie- og omsorgssektoren
- Romøren, T.I., (2011) Helse- og Omsorgstjenesten i Kommunene. Kapittel i : Den Norske Velferdsstaten , Hatland, Kuhnle og Romøren. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sandbæk, Mona (2001), Fra mottaker til aktør. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Simon, Herbert (1957), Administrative Behaviour: a study of decision-making processes in administrative organization . New York: The Free Press
- Statistisk årbok 2011. Statistisk Sentralbyrå
- Statistisk årbok 2013. Statistisk Sentralbyrå
- St.meld.nr.25 (2005 -2006). Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer. Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement.
- St.meld. nr.47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen. Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement.
- St.meld. nr. 50. (1996 – 97), Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet-respekt-kvalitet.
- Statens Helsetilsyn, tilsynsrapport 2005
- Statens Helsetilsyn(2011), Krevende oppgaver med svak styring. Samlerapport fra tilsyn i 2010 med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre. I: Rapport fra Helsetilsynet- (bind/heftenr. 5/2011)
- Stjernø, Steinar og Øverbye, Einar (2012) Arbeidslinja: arbeidsmotivasjon og velferdsstaten. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sverdrup, Sidsel(2002), Evaluering: faser, design og gjennomføring. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sørbye, Liv Wergeland, Else Vengnes Grue og Einar Vetvik (2009), Kunnskaper om svikt i tjenester til skrapelige eldre. Rapport nr. 5 . Diakonhjemmet Høgskole.

- Tingvoll W-A og Sæterstrand T M(2007), Sykehjemmets rolle i fremtidens helsevesen. Kronikk i Tidsskrift for Den norske Legeforening- (2007; 127: 2274-75)
- Titmuss, Richard(1975), Social Policy – an introduction. London: Unwin and Allen.
- Vetvik, Einar (1974), Generalplanarbeid som en policymaking prosess. Hovedoppgave, Institutt for Statsvitenskap. Universitetet i Oslo.
- Vetvik, Einar(1977) Sosalsektorens deltakelse i generalplanarbeidet. Plan og Arbeid. Nr 3.
- Vetvik, Einar og Disch Per Gunnar(1999) Kommunene og frivillige organisasjoner: Utfordringsfelleskap i den sosiale integreringen. Artikkel i SOR nr. 1
- Vetvik, Einar(1991) HVPU og eldreomsorg – Gode venner – eller som hund og katt. Artikkel i NGI-rapport nr 6. Oslo
- Vetvik Einar (1988), Sosialkontorenes praktisering av Forvaltningsloven. En drøftelse av metoder og resultater. Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift, årgang 4; s.45-59. Oslo: Universitetsforlaget.
- Vetvik, Einar (1989) Fokus på det sosiale Østfold. Rapport 27. Diakonhjemmet Sosialhøgskole, Oslo
- Vetvik, Einar (2010), Babyboomerne på vei mot alderdommen: en varslet katastrofe eller fornyelse av Velferdsstaten. Artikkel i Finset, Arnstein m.fl. (red): Utfordring og mulighet: en helsetjeneste i endring. Unipub Forlag.
- Vetvik, Einar (2011), Poverty and dignity in a rich welfare state – the case of Norway. Does Diakonia matter I: Faith-based social action in combating marginalization/ Esko Käkönen og Teemu Pauha (eds.)
- Østby Lars(2004), Den norske eldrebølgen: ikke blant Europas største, men dyrt kan det bli. Samfunnspeilet (bind/heftenr. 1, s.2-17)
- Østerud Øyvind (1979) Det planlagte samfunn. Gyldendal, Oslo.



Senter for
omsorgsforskning
S Ø R