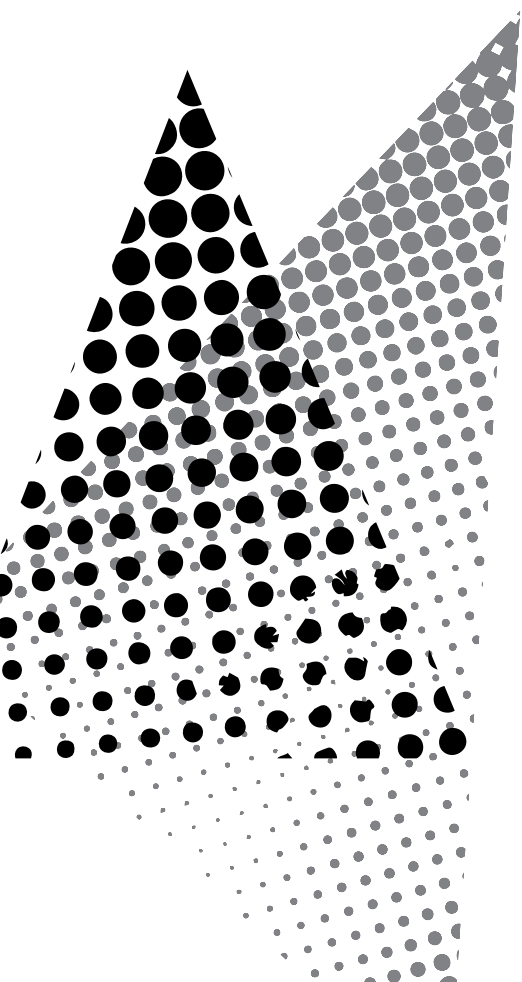


Retorikk og Realiteter

Planlegging for framtidens helse- og omsorgsoppgaver i kommunene –
2015 - 2025



Einar Vetvik og Per Gunnar Disch

Retorikk og Realiteter

Planlegging for framtidens helse- og omsorgsoppgaver i kommunene –
2015 - 2025

Senter for omsorgsforskning, sør

2017



HSN Høgskolen
i Sørøst-Norge

© Forfatterne/Senter for omsorgsforskning
Omslagsbilde: © Dreamtime

Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 05/2017

Tittel: Retorikk og Realiteter

Forfattere: Einar Vetvik og Per Gunnar Disch

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

ISBN (trykt utgave): 978-82-8340-075-5

ISBN (digital utgave): 978-82-8340-076-2

ISSN (trykt utgave): 1894-4213

ISSN (digital utgave): 1892-705X

Se hele rapportserien til Senter for omsorgsforskning her:
www.omsorgsforskning.no/rapportserie



FORORD

Prosjektet: Planlegging for framtidens helse- og omsorgsoppgaver i kommunene – 2015 – 2025, er en oppfølging av to tidligere prosjekter vi har gjennomført: Kommunal omsorg i plan – utfordringer mot 2025 fra 2011, og Framtidas omsorgsbilde – slik det ser ut på tegnebrettet, fra 2009. Prosjektene ble gjennomført ved Senter for omsorgsforskning Sør.

Formålet med prosjektet Kommunal omsorg i plan? i 2011, var å kartlegge status og de utfordringene kommunene så fram mot i 2025 for arbeidet med planlegging og møte med omsorgsutfordringene som kommer. Prosjektet: Framtidas omsorgsbilde, fra 2009, hadde sitt utgangspunkt i St. meld 25. (2005 – 2006) Mestring muligheter og mening, Framtidas omsorgsutfordringer, der Regjeringen presenterer strategier for å møte dagens og framtidas omsorgsutfordringer.

Formålet med det prosjektet vi nå presenter er å se videre på de perspektivene som vi belyste i de to foregående prosjektene. Omsorgsplan 2015 som var en del av St. meld 25. (2005 – 2006) er avløst av en ny omsorgsplan: Omsorgsplan 2020. Omsorgsplan 2015 er nå evaluert og resultatene foreligger. St. meld nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid, har også blitt igangsatt. Resultatene fra disse evalueringene og egne innsamlede data danner et viktig grunnlag for vårt prosjekts analyser. I likhet med de to foregående prosjektene vil også dette prosjektet ha fokus på planlegging og gjennomføring av strategier for å møte kommende omsorgsutfordringer.

Hovedvekten i denne rapporten ligger på å framstille hovedtrekk i det datamaterialet som er samlet inn i 2015. Der det er naturlig sammenlikner vi med data fra de øvrige prosjektene vi har gjennomført, for å belyse utviklingstrekkene.

Prosjektet er gjennomført og finansiert av Senter for omsorgsforskning Sør. Førstelektor Per Gunnar Disch har vært prosjektleder. Høgskoledosent Einar Vetvik har vært prosjektmedarbeider.

Statistiker Martin Veel Svendsen, ved sykehuset Telemark HF, har bistått i analysearbeid.

Rapportens kapitler 1 og 4 - 17 er i all hovedsak skrevet av Einar Vetvik. Per Gunnar Disch har skrevet det meste av kapitlene 2 og 3, dog med bidrag fra Einar Vetvik

Vi har sammen laget undersøkelsesopplegget og drøftet resultatene.

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

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

*Senter for omsorgsforskning Sør
Høgskolen i Sørøst Norge, Porsgrunn juni 2017*

*Per Gunnar Disch
Prosjektleder*



SAMMENDRAG

Vårt arbeid med framtidens omsorgstjeneste startet høsten 2008. Høgskolen i Telemark ved Senter for omsorgsforskning Sør, fikk i oppdrag fra Helse- og Omsorgsdepartementet å gjennomføre en kartlegging av status i omsorgsplanarbeidet i norske kommuner. Bakgrunnen for dette var Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening. Vår rapport ble publisert i Rapport nr. 1, 2009 ved Senter for omsorgsforskning Sør. Rapporten viste en nokså haltende oppfølging av Stortingsmelding 25. Planarbeidet var i gang, men var langt fra tilfredsstillende.

Vi fulgte dette opp med en ny Studie i 2011, publisert i 2014. Denne fikk betydelig oppmerksomhet. Vi pekte i denne rapporten på en fortsatt stykkevis og delt og ujevn oppfølging av St.meld. nr. 25

I rapporten drøftet vi tentativt om Kommunereformen kunne komme til å bli en konkurrent til arbeidet med beredskap i framtidens omsorgstjeneste. Vi fremmet også et forslag om å etablere et system med kommunal Tilstandsrapport for Helse- og omsorgsoppgavene som grunnlag for planlegging og beslutninger i den videre utvikling av sektoren både på kommunalt og nasjonalt nivå.

Vi fant spørsmålene fortsatt aktuelle og presserende. Vi valgte derfor å gjennomføre en ny undersøkelse i 2015.

Det er resultatene fra denne undersøkelsen som presenteres her. I vårt arbeid har vi lagt vekt på å gi en bred belysning av de statlige intensjoner på feltet og ulike empiriske studier som har bidratt til å belyse et komplekst og mangfoldig felt av offentlig politikk og forvaltning.

Det ovenfor nevnte er beskrevet i vår rapport's kapittel 1. Vi presiserte der våre tre hovedproblemstillinger som er:

1. Hvordan er tilstanden nå i den kommunale helse- og

omsorgssektoren med en stigende eldrebølge som en meget aktuell utfordring. Hva med beredskapen?

2. I hvilken grad og på hvilke betingelser kan kommunal planlegging bidra til en styrket beredskap som kan virkeliggjøre de sentrale intensjoner for eldreomsorgen i kommunene.
3. Hvilket beslutningsgrunnlag har aktørene i kommunal politikk og forvaltning for sine veivalg og handlinger på helse- og omsorgsfeltet.

I kapittel 1 redegjør vi også kort om noen perspektiver på utfordringene med bakgrunn i teori fra offentlig politikk og planlegging.

I kapittel 2 redegjør vi for de mange ulike nasjonale intensjoner i Helse- og omsorgspolitikken. En rekke Stortingsmeldinger og planer blir kort beskrevet. Inkludert her er regjeringens siste utspill om en Kvalitetsreform for eldreomsorgen, som skal fremlegges i en Stortingsmelding våren 2018. I vårt avsluttende punkt omtaler vi «Statlige intensjonsbølger» og gir uttrykk for at vi antar at det må være meget krevende å sitte i den enden hvor alle disse ideer og signaler skal følges opp og iverksettes.

I kapittel 3 beskriver vi hovedpunkter fra ulike faglige bidrag som har evaluert Omsorgsplan 2015 og Samhandlingsreformen. Vi henter også inn momenter fra andre studier av tilstanden i den kommunale helse- og omsorgssektor. Vi peker på at evalueringer av virkninger av de ulike planene og reformene kommer så tidlig at det begrenser mulighetene for å kunne gi sikre og relevante svar.

De tendenser som finnes beskriver imidlertid en betydelig avstand i forhold til både de intensjoner som stammer fra St. meld 25 fra 2006 og fra etterfølgende meldinger og planer. Helsetilsynets undersøkelse i 2011, Helsetilsynets årsrapport fra 2016 og Riksrevisjonens rapport fra 2016 viser omfattende svikt.

I kapittel 4 gjør vi rede for metode og datagrunnlag for vår 2015 undersøkelse. Vi konstaterer at vi denne gang fikk en lav svarprosent. Bare 30% svarte.

Svargiverne er representative for alle kommunene når det gjelder fordelingen etter kommunestørrelse. Vi må uansett konstatere at det store bortfallet begrenser mulighetene for å generalisere våre funn.

I kapittel 5 beskriver vi plansituasjonen i kommunene i 2015. 2/3 av våre svargivere opplyser at de har en gjeldende Helse- og omsorgsplan. Nova fant at det var 41% som hadde

det i 2013. Våre tall fra 2011 var at 56% hadde en slik plan. Selv om det må antas at det er flere som har slik plan i 2015 enn i 2013, antar vi at våre undersøkelser har for høyt tall for dette. Vi ser dette i sammenheng med vår oppfatning om at kommuner med dårlig planstatus er mer tilbøyelig til å la være å svare på spørreskjema om situasjonen.

Vi antar på ovenstående bakgrunn at minst 40% av kommunene ikke hadde en gjeldende helse- og omsorgsplan i 2015. Det er i de små kommunene (Under 5000 innbyggere) en oftest mangler plan. Det var også klart flere av de små kommunene som svarte at de hadde mangler i sin plan, enn i de større kommunene.

I kapittel 6 presenter vi våre tall for prioriteringen av ulike oppgaver i Helse- og omsorgssektoren. Vi ser at kommunene jevnt over gir høy prioritet til de fleste tiltak vi spør om. Alle disse er fremhevet i de statlige intensjoner og signaler som viktige. Kommunene svarer med å bekrefte dette. Jevnt over svarer 2/3 og 3/4 at de i stor eller meget stor grad vil øke innsatsen på det enkelte område.

Konkret finner vi at det er en høyere andel av svargiverne vil styrke det medisinske tilbudet til hjemmeboende brukere enn det er som vil styrke samhandlingen med spesialisthelsetjenesten.

Den største andel som gir høy prioritet finner vi på feltet rehabiliterings/habiliterings – tilbudet i kommunen. Videre ser vi at: Det er flere som vil prioritere å styrke samhandlingen med frivillige enn det er som vil styrke arbeidet med aktiv omsorg, selv om dette kan sees i sammenheng. Styrket samhandling med pårørende kommer under gjennomsnittet for de ulike tiltakene som blir vurdert for prioritering.

I kapittel 7 tar vi for oss forholdet mellom institusjon og åpen omsorg. Dette er og har vært et kjernepunkt i drøftelsen av opplegget for Helse- og omsorgstilbudet i kommunene. I evalueringen av Omsorgsplan 2015 konkluderes det med at de fleste kommunene bygger plasser i omsorgsboliger fremfor i sykehjem. Omsorgsboligene passer godt særlig for de yngre brukerne hevdes det. Kommunene hevder at det er rimeligere å drifte omsorgsboliger med hjemmetjenester enn å drifte sykehjem med heldøgnbemanning (Tingvold og Romøren 2015). Dette er også konstatert i vår undersøkelse fra 2011 (Vetvik og Disch 2014).

25% av kommunene i vår undersøkelse fra 2015 oppgir at de har en «overkapasitet» på sykehjem, mens 18% svarer at de har en «viss underdekning».

Faktisk melder også 9% om overdekning på omsorgsboliger, mens det her er 32% som melder om en «viss underdekning»

og ytterligere 16% som melder om «stor underdekning». Med andre ord svarer altså nesten halvparten av svargiverne at deres kommune i 2015 har underdekning på omsorgsplasser. Det er faktisk flere som melder om stor underdekning av omsorgsboliger i 2015 enn i 2011. Dette antas primært å være et uttrykk for at en har satt seg høye mål, men at det har tatt lengre tid enn antatt å iverksette målsettingene.

Hele 70% av svargiverne sier at det vil bli flere omsorgsboliger i 2020 enn i 2015. Men vi fremhever at utviklingen viser at det tar tid å følge opp målsettingene om å bygge omsorgsplasser. Den som ikke har en realistisk vurdering av tidsperspektivet for kommunal planlegging og iverksetting – forregner seg.

Når det gjelder sykehjem er det 21% som svarer at det vil bli flere plasser, mens 34% svarer at det vil bli færre plasser. Dette finner vi tankevekkende i et beredskapsperspektiv. Våre tall viser at det i 2015 er 38% som melder om stort etterspørselspress på kommunens sykehjemsplasser.

Underdekning på sykehjemsplasser nevnes oftest blant større kommuner.

Det meldes også fra nesten halvparten av svargiverne om underdekning av ansatte, men de fleste melder her om en «viss» underdekning (42%).

Underdekning på kompetanse finnes klart oftest i kommunegruppen med fra 5000 – 10.000 innbyggere.

Den sterkeste rapporten om underdekning gjelder frivillige. 18 % svarer at de har tilfredsstillende kapasitet, mens 57% svarer «en viss underdekning» og 25% stor underdekning. I kommunegruppen med over 20000 innbyggere melder 80% om underdekning når det gjelder frivillige.

Overdekning av sykehjemsplasser rapporteres i størst grad i kommunegruppen med under 5000 innbyggere.

Behovsundersøkelser kan tjene som et fruktbart grunnlag for planlegging av framtidig helse – og omsorgsbehov. 29% har en behovsundersøkelse fra 2014 eller 2015. Ytterligere 24% har en slik fra 2012 eller 2013. Men nesten halvparten (47%) svarer at de ikke har behovsundersøkelse siden 2010.

Sett i forhold til målsettingene i Omsorgsplan 2015, må våre tall for behovsdekningen i 2015 i dette kapittel tolkes som uttrykk for en tilstand som er utfordrende. Men den generelle melding fra svargiverne er at tilstanden er tilfredsstillende.

I kapittel 8 tar vi for oss det sentrale punktet om økonomiske vurderinger av helse og omsorgstjenesten. Nesten hver femte kommune svarer at den er «altfor dyr for kommuneøkonomien vår». Ytterligere 52% svarer at den er «litt for dyr». Dette anser vi som nøkterne og urovekkende meldinger.

Svargivernes vurderinger av situasjonen fremover viser en omtrent uforandret situasjon i 2020. Vi stiller spørsmål om dette er en indikasjon på at en ennå ikke har tatt høyde for den demografiske utvikling, eller om det betyr at en regner med at midlene vil komme fra statlig hold tilpasset situasjonen slik den blir.

I kapittel 9 fremstiller vi aktiv omsorg og bruk av frivillige. Vel en tredjedel av svargiverne opplyser at aktiv omsorg er høyt prioritert i institusjon, mens over halvparten sier at det er høyt prioritert i hjemmetjenestene.

Bare 12% har en plan for samarbeid med frivillige organisasjoner om helse- og omsorgsoppgavene. Dette er uforandret fra vår undersøkelse i 2011.

I kapittel 10 belyser vi ulike sider ved erfaringene med samhandlingsreformen. På et generelt spørsmål om hvorvidt samhandlingsreformen har fungert fordelaktig for kommunen svarer hver fjerde at den har gjort det i stor grad. Halvparten svarer i noen grad, mens en fjerdedel svarer i liten grad. Svarene varierer betydelig. De kan vanskelig tolkes som en generell misnøye med reformen, men heller ikke som uttrykk for en utbredt suksess – foreløpig.

Et klart flertall (63%) svarer at reformen i stor grad har gitt kommunen merarbeid uten kompensasjon. En fjerdedel svarer at reformen i stor grad har gitt et bedre tilbud til brukerne og halvparten svarer at den i noen grad har gjort det. En fjerdedel svarer i liten grad. Dette noteres som en viktig positiv evaluering.

77% svarer at reformen i stor grad har gitt økte utfordringer til hjemmetjenestene. 66% svarer at reformen har gitt økte utfordringer for sykehjemmene i stor grad.

I kapittel 11 fremstiller vi svarene om betydningen av politiske valg for helse- og omsorgsfeltet i kommunen. I vårt perspektiv på helse- og omsorgsoppgavene som offentlig politikk har dette interesse. Men det er ikke alltid enkelt å få forvaltningen til å vurdere effekter av politiske faktorer.

Vi finner at bare 7% av svargiverne finner at kommunevalget i 2015 ville få stor betydning for utviklingen i kommunens helse – og omsorgssektor. Det er imidlertid ytterligere 41% som svarte at kommunevalget vil få en viss betydning.

24% svarte at Stortingsvalget i 2017 vil få stor betydning, mens ytterligere 49% svarte at Stortingsvalget ville få en viss betydning.

Det er interessant å notere at Stortingsvalget generelt antas å få større betydning for den kommunale Helse- og omsorgspolitikken enn kommunevalget. Dette reflekterer imidlertid

den alminnelige oppfatning at Stortingsvalg er viktigere enn kommunevalg – noe som også reflekteres i den generelle valgdeltakelsen.

I kapittel 12 fremstiller vi svargivernes holdninger til noen av signalene i Meldingen til Stortinget nr. 26 (2014 – 2015) om fremtidens primærhelsetjeneste, Halvparten av svargiverne svarte at meldingen generelt vil få stor betydning. Det var klart flere blant de store kommunene som svarte dette.

På spørsmål om holdning til meldingens forslag om lovfestet rett til heldøgns pleie og omsorg var det bare 14% som svarte at de i stor grad hilser forslaget velkommen. 2 av 3 svarte at dette ville gi en stor økonomisk byrde for kommunen. Bare 1 av 5 svarte at dette i stor grad ville gi et kvalitativt løft for skrøpelige brukere. Men 2/3 svarer at det er greit hvis staten tar det økonomiske ansvaret med dette.

Forslaget om opprettelse av et kommunalt register for Helse- og omsorgstjenestene får heller ikke noen utbredt positiv mottakelse. Bare 1 av 4 svargivere mente at et register ville være en stor fordel for planlegging og drift. Flertallet (54%) svarte at et slikt register i stor grad vil kreve mer ressurser til rapportering og gi mindre til aktive oppgaver. Nesten halvparten (46%) svarte at oppfølging av dette i stor grad krever kompetanse og kapasitet som de ikke har.

Kapittel 13 handler om forholdet til Kommunereformen. Hele 90% svarer at kommunereformen vil bli krevende frem mot 2020. Når det gjelder forholdet mellom kommunereformen og innsats for helse- og omsorgs formål frem mot 2020, svarer 27% at kommunereformen vil bli en stor fordel. 58% svarer at den vil bli det i noen grad, mens 16 % svarer at den i liten grad vil bli det.

43% svarer at kommunen vil få kapasitetsutfordringer med dette i stor grad. 40% svarer at kommunereformen i stor grad vil prioriteres foran helse- og omsorgsoppgaver frem til 2020. Dette bildet varierer antakelig i betydelig grad med ulike lokale forhold.

Kapittel 14 handler om beredskapen for situasjonen i perioden 2020 – 2025. Her kommer det frem at 77% av svargiverne opplyser at kommunen har en kommunalt utarbeidet demografisk analyse for 2020 – 2025. Vi antar at dette tallet er høyere i vårt utvalg enn i de øvrige kommunene.

Svarene viser at det er stor variasjon i de ulike kommunene når det gjelder utviklingen av aldersgruppen 80+ fra 2020 til 2025. 4 av 5 svarer at gruppen øker, men det er bare 30% som svarer at den er sterkt økende.

Mindre enn halvparten har utarbeidet en konsekvensanalyse av utfordringene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

i perioden. De minste kommunene har den laveste andel som har utarbeidet konsekvensanalyse. De som har stabil eller synkende andel eldre har ikke uventet i mindre grad en slik analyse. Disse variasjonene kan ansees som naturlige – et stykke på vei.

På spørsmål om behovsdekningen for eldre over 65 år i 2020 – 2025 sammenliknet med situasjonen i 2015 svarer 59% at den vil være bedre enn i 2015. 23% svarer at den vil være på samme nivå som i 2015, mens 18% svarer at den vil bli lavere enn i 2015. Disse data er drøftet nærmere i kapitlet og i avslutningskapitlet sammenholdt med andre data.

Kapittel 15 drøfter hvordan kommunene tenker om de konkrete utfordringer i perioden 2020 – 2025. Vi fant at de fleste av kommunene i liten grad tenkte seg at det ville være aktuelt å benytte seg av private kommersielle aktører til å tilby Helse- og omsorgstjenester. Men hver fjerde kommune svarte vet ikke på dette spørsmålet og holder det slik åpent. Økende kommunestørrelse gir høyere andel som svarer at dette vil skje til en viss grad.

Det er positiv retorikk fra sentralt hold om samarbeidet med ideelle aktører/frivillige. Våre tall viser at kommunene er mer positive til de ideelle aktørene enn til kommersielle aktører. Hovedbildet er at kommune ikke bare regner med å ta hovedansvaret selv, men også selv i det vesentligste å utføre helse- og omsorgsoppgavene. Vi spør om dette er en holdbar antakelse.

Bare 7% av kommunene svarer at de har stort behov for ekstern bistand til å planlegge sin beredskap for 2020 – 2025. Ytterligere 49% svarer at de har noe behov. Litt mindre enn halvparten svarer ikke behov (7%) eller «mindre behov» (37%).

På spørsmål om hvilke aktører som er aktuell til planleggingsbistand er det Fylkesmannen, Kommunenes Sentralforbund og Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester som oftest blir omtalt som aktuell. De statlige instanser, departementet (49%) helsedirektoratet/helsetilsyn (64%) omtales også som aktuelle av flere. De regionale høgskoler og sentra for omsorgsforskning scorer om lag som Helsedirektoratet. Private konsulentfirma kommer sist på listen, men scorer høyere med økende kommunestørrelse.

På spørsmål om den kommunale beredskapen for utfordringene i perioden 2020 – 2025 svarer 2/3 at de har høy (12%) eller tilfredsstillende (56%) beredskap når det gjelder planlegging. Når det gjelder økonomi er det 39% som svarer tilfredsstillende beredskap. For personell er det 45% som sier at de har tilfredsstillende beredskap.

Lavest tall for beredskapen for det økende antall eldre har vi når det gjelder aktiv omsorg (35%) og frivillig innsats (19%). Jevnt over er det kategorien «litt lav beredskap» som er den største. Vi merker oss at hver 5. kommune svarer «svak beredskap» når det gjelder økonomi.

Det er bare når det gjelder planlegging at over halvparten svarer at beredskapen er tilfredsstillende. På de andre områdene svarer et flertall med varierende grader av mindre tilfredsstillende beredskap.

På et åpent spørsmål om hva som er de viktigste betingelsene for at kommunen skal kunne make utfordringene i perioden 2020 – 2025 fikk vi svar fra 70% av svargiverne. 2/3 nevnte forhold knyttet til kommuneøkonomi og statlige overføringer mv. Om lag halvparten nevnte Personelltilgang og kompetanse, ofte i sammenheng. Økonomi og personell var eksplisitt nevnt av 75% av svargiverne.

Ellers var det flere faktorer som ble omtalt av mellom 10 og 20 svargivere. Planlegging, organisasjonsutvikling, velferdsteknologi/innovasjon og politiske prioriteringer var blant disse.

6 nevnte forhold knyttet til kommunereformen. Noen pekte på det som en fordel, andre som et påkrevd avklaringsbehov.

25 svargivere benyttet seg av muligheten til å gi supplerende/konkluderende kommentarer til undersøkelsen. Det kom ikke mye nytt frem her. Både kommunesammenslåing, plansituasjonen og behovet for fokus på de yngre brukergruppene ble nevnt. En interessant kommentar gjelder forholdet til befolkningen. Den må informeres om at tilgangen på tjenester blir mindre etter 2020, skriver en av svargiverne.

I kapittel 16 presenterer vi et begrenset antall analyser av sammenhenger i materialet i tillegg til effekten av kommunistørrelse som vi har analysert underveis. Vi finner her at de som har en gjeldende helse- og omsorgsplan kommer ut med en systematisk annen svarprofil enn de som ikke har det.

Vi ser at de som har en plan også oftere har andre planer, behovsundersøkelser og konsekvensanalyser. Vi ser også at de som har en plan oftere rapporterer om underdekning på ulike områder, samtidig som de er mer lydhøre for statlige signaler og oftere har tilfredsstillende beredskap for mobilisering av personell, frivillige og aktiv omsorg.

Det er en interessant sammenheng i det mønster av ulik planleggingsaktivitet som her fremkommer. Analysen viser at planlegging er en faktor som spiller en viktig rolle i mange kommuner. Men det er også mange kommuner som har meget

lav planleggingsaktivitet og samtidig lav beredskap på flere områder. Vi antar at det er store mørketall i dette og at mange kommuner unndrar seg innsikt i sin utfordrende situasjon.

I kapittel 17 drøfter vi avslutningsvis noen hovedmomenter fra rapporten. Vi tar utgangspunkt i perspektivene i Stortingsmelding 25 fra 2006 og drøfter den aktuelle kommunale beredskapen som fremkommer i vår rapport i forhold til utfordringene fra den demografiske utviklingen. Har samfunnet maktet den forberedelse til «det økende antall eldre» som var et mål for oppfølgingen av St. meld. 25? Vi peker på at det er usikkerhet og motstridende faktorer i bildet av dette. Vårt hovedsynspunkt er imidlertid at mange kommuner ikke er tilstrekkelig forberedt på de utfordringene som kommer.

Vi avslutter med en tentativ drøftelse der vi stiller spørsmålet om konsekvensene av møtet med utfordringene vil bidra avgjørende til en endring av vår velferdsstats modell. Det går i retning av øket ansvar for individer og pårørende, samtidig som markedsløsninger på Helse- og omsorgsutfordringene vil bli markert mer omfattende enn tidligere. Dette vil være en markert endring i retning av «Subsidiaritetsprinsippet» som er den modell som ligger til grunn for Helse- og omsorgspolitikken i sentrale EU land.





INNHold

FORORD	V
SAMMENDRAG	VII
1. INNLEDNING OM PROSJEKT, PROBLEMSTILLINGER OG PERSPEKTIVER	1
1.1. innledning om prosjektets bakgrunn	1
1.2. Noen sentrale spørsmål i vår studie	4
1.3. Utfordringen fra den demografiske bakgrunn i korte trekk	8
1.3.1 Veksten i eldrebefolkningen	8
1.3.2 Kvinneflertall	9
1.3.3 Aleneboende.	9
1.4. De allmenne og de særskilte behovene	9
1.5 Noen perspektiver på våre problemstillinger	11
1.6 Rapportens oppbygging	15
2. NASJONALE INTENSJONER FOR HELSE- OG OMSORGSPOLITIKKEN	17
2.1. Meld. st. 29 (2012 – 2013) Morgendagens omsorg	18
2.2 Meld. St. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen — Mestring og muligheter	19
2.3. Demensplan 2020 - Et mer demensvennlig samfunn	21

2.4 HelseOmsorg21, Et kunnskapssystem for bedre folkehelse, Nasjonal forsknings og innovasjonsstrategi for helse og omsorg	23
2.5 Omsorgsplan 2020	24
2.6 Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet	26
2.7 Meld. St. 14 (2014-2015) Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner	28
2.8 En kvalitetsreform for Eldreomsorgen - «Leve hele livet»	30
2.9. Statlige intensjonsbølger	33
3. FAGLIGE EVALUERINGER AV OMSORGSPLAN 2015 OG SAMHANDLINGSREFORMEN	35
3.1 Resultatevaluering av Omsorgsplan 2015 - planlegging	37
3.3 Resultatevaluering av Omsorgsplan 2015 – Tjenestenes innhold, fordeling og kvalitet i planperioden 2008-2015.	40
3.4 Evaluering av Omsorgsplan 2015 – noen andre kommentarer	42
3.5 Evaluering av Samhandlingsreformen – noen hovedtrekk	47
3.6 Evaluering av Samhandlingsreformen – noen oppsummerende kommentarer	55
4. METODE OG DATAGRUNNLAG FOR VÅR STUDIE FRA 2015	57
5. PLANSITUASJONEN I KOMMUNENE I 2015	61
5.1 Har kommunene en gjeldende Helse- og omsorgsplan?	61
5.2 Planenes tidshorisont	62
5.3 Forholdet til annen kommunal planlegging	63
5.4 Har planen Inkludert en helhetlig tilstandsrapport?	64
5.5 Inneholder Helse- og omsorgsplanen en strategisk handlingsplan	65

6. KOMMUNENES SYN PÅ PRIORITERING AV ULIKE BEHOV OG OPPGAVER I HELSE- OG OMSORGSSEKTOREN	67
6.1 Kommunen vil styrke samhandlingen med spesialisthelsetjenesten.	68
6.2 Kommunen vil styrke det medisinske tilbudet til hjemmeboende brukere.	68
6.3 Kommunen vil styrke det medisinske tilbudet for brukere i institusjon.	69
6.4 Kommunen vil styrke den sykepleiefaglige kompetansen i sykehjem/hjemmetjeneste.	69
6.5 Kommunen vil styrke rehabiliterings/habiliterings tilbudet.	70
6.6 Kommunen vil styrke arbeidet med aktiv omsorg.	70
6.7 Kommunen vil styrke samhandlingen med frivillige	70
6.8 Kommunen vil styrke samhandlingen med pårørende for å styrke familieomsorgen.	71
6.9 Prioritering i sammenlikning med tidligere undersøkelser.	71
7. INSTITUSJONSPLASSE OG ÅPEN OMSORG - STATUS OG UTVIKLING	73
7.1 Behovsdekning 2015 på noen sentrale områder	73
7.1.1 Behovsdekningen etter kommunestørrelse	75
7.1.3 Sammenlikning med situasjonen i 2011	75
7.2 Vurdering av utviklingen av sykehjemsplasser og omsorgsboliger frem til 2020.	76
7.2.1 Utvikling i antall plasser og boenheter etter kommunestørrelse	77
7.2.2 Utviklingen sammenliknet med studiene fra 2009 og 2011	78
7.4 Forholdet mellom korttidsplasser og langtidsplasser i sykehjem	79

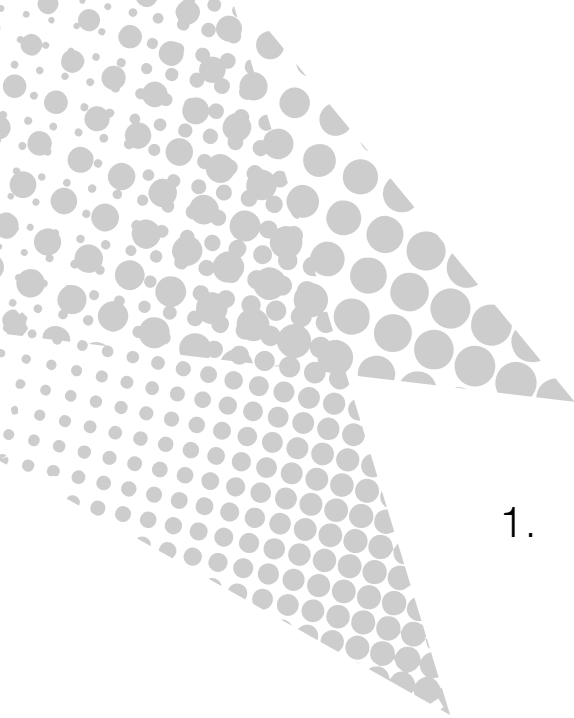
7.5 Har kommunen «venteliste» for plass i sykehjem eller omsorgsbolig?	80
7.6 Etterspørselspress på kommunens sykehjemsplasser?	81
7.7 Tilstanden i forhold til behovsdekning av kvalitativt gode helse- og omsorgstjenester.	83
8. ØKONOMISKE VURDERINGER AV HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN	85
8.1 Helse- og omsorgstjenesten ut fra en kommunaløkonomisk vurdering. 2015.	85
8.2 Helse- og omsorgstjenesten økonomiske kostnader i fremtiden	87
9. AKTIV OMSORG OG BRUK AV FRIVILLIGE	89
9.1 Prioritering av aktiv omsorg i institusjon og hjemmetjeneste.	89
9.2 Behov for kompetanseheving knyttet til aktiv omsorg.	90
9.3 Har kommunen en plan for samarbeid med frivillige organisasjoner om Helse- og omsorgsoppgavene?	91
10 KOMMUNENES ERFARINGER MED SAMHANDLINGSREFORMEN	93
10.1 Inntrykket av den generelle fungeringen av samhandlingsreformen.	93
10.2 Merarbeid for kommunen og overvelting av statlige/helseforetaks problemer på kommunen?	94
10.3 Effekten på tilbudet til pasientene.	96
10.4 Kommunen har hatt problemer med organisering av mottak av pasienter fra sykehus?	97
10.5 Økte utfordringer til hjemmetjenestene og sykehjemmene?	97
10.6 En tentativ samlet vurdering av kommunenes erfaring med samhandlingsreformen	98

11 BETYDNINGEN AV POLITISKE VALG	101
12 HOLDNINGER TIL, OG VURDERINGER AV STATLIGE INTENSJONER I MELD. ST. 26 (2014 – 2015) FREMTIDENS PRIMÆRHELSETJENESTE	105
12.1 Generelle holdninger til meldingen.	105
12.2 Vurdering av meldingens ide om lovfestet rett til heldøgns pleie- og omsorg	106
12.3 Opprettelse av et kommunalt register for helse- og omsorgstjenestene?	108
13 FORHOLDET TIL KOMMUNEREFORMEN	111
13.1 Hvor krevende antas arbeidet med Kommunereformen å bli for kommunen fram mot 2020?	112
13.2 Forholdet mellom kommunereformen og innsats for helse- og omsorg fram mot 2020.	113
14 TILSTANDEN 2015 OG BEREDSKAP FOR SITUASJONEN 2020 - 2025	115
14.1 Behovsundersøkelse av fremtidige helse- og omsorgsbehov	115
14.2 Finnes det en kommunalt utarbeidet demografisk analyse for 2020 – 2025?	117
14.3 Utviklingen i aldersgruppen 80+ i perioden 2020 – 2025.	117
14.3 Konsekvensanalyse av utfordringer i perioden 2020 - 2025	118
14.4 Hovedsatsninger i forhold til utfordringene i perioden 2020 - 2025	119
14.5 Behovsdekningen for eldre (over 65 år) i 2020 – 2025 sammenliknet med 2015.	121
15 HVORDAN TENKER KOMMUNENE Å MØTE UTFORDRINGENE I PERIODEN 2020 – 2025?	125
15.1 Bruk av kommersielle aktører	125
15.2 Samarbeide med ideelle aktører?	126

15.3 Svargivernes vurdering av beredskapen på ulike områder. 2020 – 2025	127
15.4 Vurdering av behovet for ekstern bistand til planleggingsutfordringene 2020 – 2025.	129
15.5 Sammenslåing av utdanningsinstitusjoner - betydning for faglig bistand?	132
15.6 Hva er de viktigste betingelsene for at utfordringene 2020 – 2025 kan løses?	133
15.7 Noen momenter fra svargiveres åpne sluttkommentarer.	136
16 NOEN VIDERE ANALYSER AV SAMMENHENGER I MATERIALET	139
16.1 Sammenhenger knyttet til Plansituasjonen.	139
16.2 Sammenhenger knyttet til behovsundersøkelse.	142
17 TENTATIVE KONKLUSJONER OG AVSLUTTENDE DRØFTING	143
17.1 Utgangspunktet.	143
17.2 Et økende antall eldre i fokus.	145
17.3 Et hovedsynspunkt på tilstanden i 2015 og utviklingen framover	146
17.4 Noen viktige perspektiver	147
17.4.1 Det generelle og det spesielle.	147
17.4.2 Kvantitet og kvalitet	148
17.5 Betydning av planlegging og beredskap	149
17.5.1 Plansituasjonen	149
17.5.2 Tilstandsrapport	151
17.6 En generell tilstandsrapport basert på våre prosjekter.	152
17.6.1 Tilstanden når det gjelder den daglige drift.	152
17.6.2 Tilstanden når det gjelder beredskap for et økt antall eldre.	153

17.7 Behovet for en særskilt statlig økonomisk satsing	155
17.8 Fra velferdsstat til subsidiaritets prinsippet.	157
TABELLOVERSIK	161
LITTERATUR	163





1. INNLEDNING OM PROSJEKT, PROBLEMSTILLINGER OG PERSPEKTIVER

1.1. INNLEDNING OM PROSJEKTETS BAKGRUNN

Våren 2009 gjennomførte Senter for omsorgsforskning – Sør en kartleggingsstudie av omsorgsplanarbeidet, på basis av et spørreskjema til alle landets kommuner. Undersøkelsen var fokusert på de føringer som fremkommer i St. meld. 25 (2005 – 2006) «Mestring, muligheter og mening. Framtidens omsorgsutfordringer.» Studien var bestilt og finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet. Hovedfokus i prosjektet var å se nærmere på hvordan det sto til med den kommunale helse- og omsorgsplanleggingen i kommunene.

Data viste at i 2009 hadde mindre enn 30% av kommunene et gjeldende plandokument for omsorgsoppgavene. Dette antok vi var knyttet til at denne form for planlegging ikke er et lovpålagt krav til kommunene og at veksten i antall eldre lå langt fram i tid. Dette tross signalene i Stortingsmelding 25 om at en i årene framover måtte intensivere aktiviteten og forberede seg for framtidens omsorgsutfordringer.

Studien konkluderte med at de fleste av de planene som fantes, og det planarbeid som ble utført, var mangelfullt på flere måter i mange kommuner. Undersøkelsen viste at mange kommuner var usikre særlig på økonomi og personelltilgang i møtet de med økende utfordringer på omsorgsfeltet i tiden fremover.

Rapporten førte til at nye forskningsprosjekter ble igangsatt på initiativ av departementet, og organisert av Norges Forskningsråd, for å følge opp vår studie.

Det kom etterhvert flere statlige utspill, 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,

Senter for omsorgsforskning – Sør gjennomførte en ny studie i 2011 for å følge utviklingstrekkene. Resultatene fra denne studien er publisert i rapporten: «Kommunal omsorg – i plan? Status 2011 – utfordringer mot 2025, 2. utgave, 2014.

I etterkant av vår studie i 2011 har det også kommet nye nasjonale føringer som vil ha innvirkninger på framtidens helse- og omsorgspolitik.

Meld. St. 12 (2012–2013) Perspektivmeldingen.
Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg.
Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen — Mestring og muligheter
Demensplan 2020 Et mer demensvennlig samfunn, kom i 2015
Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet
HelseOmsorg21, Et kunnskapssystem for bedre folkehelse, Nasjonal forsknings og innovasjonsstrategi for helse og omsorg, 2014
Omsorg 2020 Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020
Meld. St. 14 (2014–2015) Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner

Det er gjennomført forskningsbaserte evalueringer både av Omsorgsplan 2015 og Samhandlingsreformen ved ulike forskningsmiljø, med støtte fra Norges Forskningsråd.

Senter for omsorgsforskning Sør valgte å følge opp studiene fra 2009 og 2011 med en ny studie som vi gjennomførte på forsommeren 2015. I den nye studien har vi beholdt mange spørsmål og tema fra de foregående studiene, slik at vi kan sammenlikne noen utviklingstrekk over tid. Vi har likevel endret en del spørsmål, laget noen nye og strøket andre. Hensikten er å møte både behovet for fornyelse og ønsket kontinuitet i studiene.

I 2009 var en framtidig kraftig økning i antall eldre tilsynelatende på trygg avstand fra den kommunale helse- og omsorgssektor. Situasjonen i 2017 er preget av at antallet eldre over 65 år allerede er i vekst i mange kommuner. 1946 årgangen er blitt pensjonister. Økning i antall eldre over 80 år skyter fart fra 2020 av. Det er ikke så lenge til, når en tenker på at tiltak ikke bare skal planlegges og vedtas, men også iverksettes før veksten slår ut for alvor.

Vår rapport etterlyser i enda sterkere grad enn tidligere den kommunale og samfunnsmessige beredskap for dette.

Ettersom vi ikke ble tildelt midler fra Forskningsrådet til oppfølging av våre studier, er denne studien finansiert av Senter for Omsorgsforskning Sør/Høgskolen i Sørøst-Norge.

Rapporten handler om offentlig politikk og forvaltning med hovedvekt på Helse- og omsorgspolitik i kommunene. Denne politikken skapes i vårt demokratiske system med en universell velferdsstat som grunnlag og ramme. Ansvars- og funksjonsfordelingen i dette systemet medfører at lovgivning, ressursfordeling og overordnet styring er statens ansvar og oppgave, mens kommunene har ansvaret for det meste av produksjonen og tildelingen av de tjenester som ytes til befolkningen der de bor.

Målet om en best mulig livskvalitet for brukere og framtidige brukere av kommunale omsorgstjenester, i en situasjon preget i større eller mindre grad av aldersrelaterte livsutfordringer, er et hovedperspektiv i nasjonal politikk på dette området. Debatten om velferdssamfunnets utforming og fungering er en debatt om betingelsene for det gode liv/ livskvalitet i samfunnet.

Etter vår oppfatning er håndteringen av beredskapen for det økende antall eldre og utviklingen på «innvandringsfeltet» de to største omsorgsutfordringene i Norge fremover mot 2020. De to spørsmålene kan og bør delvis sees i sammenheng, se Brochmann utvalgets to utredninger (NOU 2011:7 og NOU 2017:2).

Et sentralt moment i forhold til begge disse utfordringene er det grunnleggende spørsmålet om Velferdssamfunnets bærekraft. Vi har imidlertid ikke direkte drøftet forholdet mellom de to utfordringene i vår undersøkelse, selv om spørsmålet om innvanderne i eldreomsorgen både som tjenesteytere og brukere i økende grad nå begynner å bli aktuelt.

Spørsmålet om velferdsstatens utvikling i lys av utfordringene med et økende antall eldre drøftes imidlertid i vårt avslutningskapittel knyttet til vårt hovedtema om Helse- og omsorgspolitikken i det norske samfunnet.

1.2. NOEN SENTRALE SPØRSMÅL I VÅR STUDIE

Formålet med vår undersøkelse i 2015 og vår rapport nå, er at vi vil gi en oppfølging med nye data på den hovedproblemstilling som vi hele tiden har arbeidet med. Det handler om utviklingen av den kommunale planleggingen og aktiviteten i forhold til behovene for kapasitets- og kvalitetsbygging i Helse- og omsorgssektoren for å møte framtidens Helse- og omsorgsbehov.

Utgangspunktet ligger i forholdet mellom den faktiske tilstand i kommunenes helse- og omsorgstjeneste på den ene side og de intensjoner som staten har formulert om en trygg og verdig alderdom for alle eldre på den annen side. Gapet mellom intensjoner og realiteter er et sentralt perspektiv.

Stortingsmelding 25 (2005 – 2006), «Mestring muligheter og mening, Framtidens omsorgsutfordringer», er startpunktet for vårt prosjekt. Her peker staten på behovet for en planmessig oppbygning av tjenestene på kommunalt nivå. Dette hadde to siktemål.

Det ene var å heve kapasitet og kvalitet på tilbudet generelt. Det andre var å oppruste sektoren i forhold til de økte behov som følger av den demografiske utviklingen.

Myndighetenes intensjon var at årene i perioden frem til 2020, før den sterke veksten av eldre for alvor slår inn, skulle utnyttes til å ta et beredskapsløft i kommunene i forhold til utfordringen som kommer på toppen av de aktuelle utfordringer til helse- og omsorgstjenestene fra andre brukere. Planlegging ble fremhevet som et sentralt virkemiddel til å virkeliggjøre dette. Hvor egnet denne strategien viser seg å være, er et viktig spørsmål i våre undersøkelser.

Stortingsmelding 25, inneholder «Omsorgsplan 2015» som er en oppsummering av «regjeringens strategi» frem til 2015. Den inneholder fem strategiske satsningsområder for å møte dagens og framtidens utfordringer.

I vår rapport (Disch og Vetvik 2009) ga vi en fremstilling av tilstanden i den kommunale helse- og omsorgssektor når det gjelder planstatus og satsning på de fem strategiske områdene. I rapporten fra 2009 fremhevet vi at selv om planleggingen var kommet i gang i mange kommuner, så var status preget av at mindre enn 30% av kommunene hadde et gjeldende vedtatt plandokument for helse- og omsorgstjenestene.

Dessuten viste vår gjennomgang av plandokumentene at de fleste hadde betydelige svakheter. De er ofte uklare om utfordringer, og har begrensede innslag om strategi,

handlingsalternativer og konkrete iverksetningsplaner. De er i liten grad bygget på evalueringer av tilstanden på feltet. De gir ofte også begrenset oversikt over tilstanden i sektoren. Selv om planarbeidet hadde fått et løft gjennom oppfølging av Stortingsmelding 25 (2005-2006), var perspektivet i kommunenes planlegging for kortsiktig til å fokusere på det økende antall eldre og den utfordring som ligger i å dimensjonere slike tjenester.

Planene i mange av kommunene var dessuten ikke fokusert på det økende antall eldre. Det var utfordringene med de mange nye og yngre brukerne som ble fremhevet (Brevik 2010).

Dette er senvirkninger av de store reformene i helse- og omsorgspolitikken rundt 1990: HVPU- reformen, Psykiatrireformen og andre reformer i Helsesektoren, blant disse er Sykehjemsreformen og oppgavene med den nye kommunale primærhelsetjenesten. Reformene har medført en endring fra i hovedsak å være en eldreomsorgstjeneste til å bli et tilbud til et større mangfold av brukere, hvor de fleste er yngre (Gautun, Grødem, Hermansen 2012).

Samlet sett kan disse reformene karakteriseres ved begrepet «av-institusjonalisering» som innebærer en vridning av tiltakskjeden med overføring av oppgaver fra institusjoner til såkalt åpen omsorg. Dette bygger på den uttalte forutsetning at de kommunale tiltak, tilbud og generelt førstelinjetjenesten skal utbygges og styrkes til å påta seg nye og større oppgaver. Knyttet til dette fikk begrepet «Leon», som er en forkortelse for: «laveste effektive omsorgsnivå», høy status som intensjon og retningsgiver for utviklingen.

Men intensjoner er en ting – realiteter noe annet (Løchen 1970). Kommunenes ressursgrunnlag og beredskap til å møte de mange endringene var ofte begrensede.

Vekten på desentralisering og av-institusjonalisering medførte redusert bruk av institusjonsplasser i helse- og omsorgssektoren. Forutsetningene for dette skulle være oppbyggingen av et kraftig forsterket system for åpen omsorg i kommunene. Dette krever tid, kompetanse og penger. Men mange kommuner stiller ikke så sterkt når det gjelder dette. Det kan derfor stilles store spørsmål om holdbarheten i de intensjoner staten hadde med sine reformer, i forhold til den kommunale kapasitet og kompetanse til å bygge ut de forutsatte lokale tiltak og tilbud.

Det tar ofte lang tid før problemene blir erkjent, selv om de delvis var forutsett og forutsagt. Dette er et memento i forhold til å satse på omfattende evalueringer kort tid etter at en reform er satt i verk.

Tilstanden på feltet etter reformene er behandlet i flere viktige faglige arbeider.

Med tittelen: «Eldreomsorgen i Norge: Helt utilstrekkelig eller best i verden»? tegnet to forskere fra Sintef et oversiktlig bilde som viste ulikhetene, dilemmaene og paradoksene i tilstanden i eldreomsorgen i kommunene (Huseby og Paulsen, 2009). Deres rapport viser at utviklingen henimot en oppfylging av de statlige intensjoner trygt kan sies å være haltende.

På samme tid viste to andre forskere at eldreomsorgen i praksis, trass all retorikk, var nedprioritert i de kommunale budsjettene siden 1990 - tallet og opp mot 2007 (Rattsø og Sørensen 2009). De antar at dette vil fortsette. De eldre må stole på seg selv, konkluderte de.

I en artikkel drøftet Vetvik (2010) den demografiske utviklingen og utfordringen i forhold til de store forventningene i den norske befolkning til de offentlige hjelpeordningers evne til å møte fremtidige behov i befolkningen med kvalitativt gode tilbud og tiltak. Tilstanden belyses mer omfattende i de nylig publiserte evalueringsstudiene av Omsorg 2015 og Samhandlingsreformen, som vi omhandler seinere i vår rapport.

Vi gjentok vår undersøkelse fra 2009 i 2011. I rapporten beskrev vi en klar forbedring av planleggingstilstanden i mange kommuner (Vetvik og Disch 2014). Men vi konkluderte med at det fantes en utbredt, betydelig usikkerhet i kommunene om utviklingen i årene framover. Dette gjaldt særlig det økonomiske grunnlaget og personelltilgangen for en opptrapping av tjenesten i forhold til den kommende økning i antall eldre.

Vi fant grunn til å anta at mange kommuners plangrunnlag fortsatt var mangelfullt. Vi tok derfor til orde for at et system med «kommunal tilstandsrapport» på feltet ville være nødvendig og tjenlig for en mer treffsikker og konkret planlegging. Poenget med dette er å skape et bedre beslutningsgrunnlag for de strategiske valg som kommunene må gjøre i forhold til fremtidens utfordringer. En solid basert tilstandsanalyse som gir helhetlig oversikt med status på feltet og med en GAP analyse mellom behov og tilbud, vil kunne gi bedre policy-, prioriterings- og utviklingsbeslutninger.

På grunn av sammenfallet i tid med den planlagte Kommunereformen basert på regjeringens ønske om en rask og omfattende fusjon i kommunestrukturen, så vi her en fare for en uheldig interferens mellom disse to prosessene. Vi så for oss at beredskapsplanlegging for utfordringene fra et økende antall eldre kunne bli satt på vent på grunn av aktivitet

med og fokus på kommunereformen. Mot dette ble det hevdet at kommunereformen ville virke meget gunstig som en forutsetning for å makte helse- og omsorgsutfordringene. Her går det vel an å ha to tanker i hodet samtidig. Hvordan det vil gå i praksis er mer uavklart, men antakelig varierende.

I vår undersøkelse fra 2015, som denne rapporten handler om, fulgte vi opp arbeidet med flere av våre tidligere spørsmål og noen nye. Fortsatt er hovedproblemstillingen å få tak på hovedfaktorer knyttet til planleggingen og tilstanden i kommunenes Helse – og omsorgs sektor.

Forholdet mellom retorikk og realiteter er en underliggende analytisk tilnærming. I økende grad er vi nå fokusert på beredskapen for det kraftig økende antall eldre. Om det var langt frem til det økende antall eldre slår ut i de fleste kommuner i 2009 og 2011, så er situasjonen i 2017 at økningen for alvor står for døren. Hvordan er kommunene beredt til å møte dette? Hva er betingelsene for å lykkes? Er utfordringens alvor i ferd med å synke inn i den kommunale elites bevisst og kommet til uttrykk i den kommunale planlegging? Har staten for alvor tatt inn over seg gapet mellom intensjoner og realiteter når det gjelder de varierende kommunale forutsetningene for å møte utfordringene?

Et hovedpoeng for oss er at økningen i antall eldre allerede er her – og at den vokser. Selv om antallet i gruppen over 80 år ennå ikke stiger generelt, er gruppen over 67 år i rask vekst. Selv om behovene for mange først melder seg etter fylte 80 år, er det betydelig behov hos mange lenge før denne tid. Den statistiske sammenhengen mellom økende alder og økende avhengighet av omsorg, hjelp og helsetjenester er et etablert faktum. Denne grunnleggende sammenhengen vil medføre kraftig økte behov for innsats og ressurser om kvalitetene på tiltak og tjenester ikke skal forringes. De sentrale spørsmål i vår studie er derfor:

«Hvordan er tilstanden i kommunenes helse- og omsorgssektor i forhold til de oppgaver de nå har – og hvordan er beredskapen for den situasjon som inntreffer med et kraftig økende antall eldre fra 2020 av».

Og

«I hvilken grad og på hvilke betingelser kan kommunal planlegging bidra til en styrket beredskap som virkelig gjør de sentrale intensjoner og løfter om en kvalitativt bedre eldreomsorg i kommunene?»

Og

«På hvilket beslutningsgrunnlag vedtar og gjennomfører norske kommuner sin innsats på helse- og omsorgsfeltet».

Og

«Hvordan vil staten, kommunene og sivilsamfunnet forholde seg til utfordringene fra «eldrebølgen» - og hvordan antas dette å påvirke vår velferdsmodell?»

1.3. UTFORDRINGEN FRA DEN DEMOGRAFISKE BAKGRUNN I KORTE TREKK

I våre tidligere rapporter har vi gitt oversikter over den demografiske utviklingen når det gjelder de eldre i landet, generelt og på kommunenivå, basert på SSBs framskrivninger av folkemengden. Vi la stor vekt på å illustrere den meget varierende demografiske utvikling i kommunene. Vi skal ikke gjenta dette her, men minner om noen generelle hovedpunkter.

1.3.1 VEKSTEN I ELDREBEFOLKNINGEN

De eldre deles gjerne i kategoriene «yngre eldre» som er de mellom 67 og 79 år og de «eldre, eldre» som er gruppen fra 80 år og opp.

Hele eldrebefolkningen er nå i økning, på grunn av veksten blant de «yngre eldre», mens de «eldre, eldre» i gjennomsnitt ikke øker hverken i absolutte eller relative tall før 2020.

Fra 2020 – 2030 øker imidlertid tallet på eldre fra 80 år med 50%. Dette må anses som en meget kraftig vekst. Den aller sterkeste veksten i denne gruppen kommer mellom 2025 – 2030, men det er en betydelig stigning, nesten 20% også mellom 2020 og 2025. Det faktum at tallene stiger kraftigst etter 2025 gjør ikke at utfordringene før denne tid kan settes på vent uten å resultere i et avvik fra målet om en verdig alderdom – den såkalte «Eldre garantien».

Et viktig poeng i dette er at «eldrebølgen» ikke er en Tsunami som kommer brått og overraskende med voldsom kraft og som raskt er over. Stigningen i antall eldre har vært kjent i alle fall siden Stortingsmelding 25 i 2006. Hovedtallene viser at den sterkeste stigningen kommer fra 2025 av.

Men den fortsetter kraftig også etter 2030. SSBs framskrivninger viser at utviklingen i aldersgruppen 80 +

innebærer en fordobling mellom 2020 og 2040. Dette er en heftig utvikling som mangler parallell i vår moderne historie.

Et viktig moment er imidlertid, som nevnt, at det er store variasjoner mellom kommunene når det gjelder utviklingen av eldrebefolkningen. De nasjonale gjennomsnittstall gjelder omtrentlig for de fleste av kommunene. Men enkelte har klart lavere tall og andre betydelig høyere tall for veksten i eldrebefolkningen i tiden fremover. Noen kommuner får allerede fra 2020 – 2025 fra 30% – 40% økning i aldersgruppen 80+. Vi har derfor tidligere pekt på behovet for gode kommunale analyser av dette (Vetvik og Disch 2014).

1.3.2 KVINNEFLERTALL

Tross en viss utvikling mot minkende forskjell i levealder mellom kvinner og menn i de senere år, er det store flertallet av de eldre kvinner. I aldersgruppen over 80 år er det nesten dobbelt så mange kvinner som menn. I denne gruppen er det også markant flere kvinner enn menn som er minstepensjonister. Det er også kjent at kvinner i denne aldersgruppen har betydelig høyere bruk av helsetjenester enn menn (St.meld.nr. 25 (2005 – 2006)).

1.3.3 ALENEBOENDE.

Det er mange aleneboende blant eldre. Forskning viser at mange også er ensomme. Mange mister sine livsledsagere i eldre år. Det er særlig kvinner som lever alene i mange år på slutten av livet. Dette er et viktig moment å være oppmerksom på i planlegging av behov og ressurstilgangen. Samvær med andre i sosiale fellesskap har stor betydning for helsa og for opplevelsen av trivsel og mening i tilværelsen.

1.4. DE ALLMENNE OG DE SÆRSKILTE BEHOVENE

De elders behov varierer både fra person til person og med alder. Mens mange lever godt og klarer seg selv i det alt vesentligste frem til livets avslutning, er noen meget skrøpelige. I de siste 5 årene av livet opplever imidlertid mange store helseproblemer, funksjonstap og svekket livskvalitet på ulike måter.

De grunnleggende faktorer er: Helse, omsorg, og økonomi. Mange har gode forhold når det gjelder alle disse tre hovedfaktorene langt på veg mot livets avslutning.

Generelt er økonomien det minste av problemene for eldre i Norge. Folketrygden og den gunstige økonomiske situasjonen etter 1960 har gjort at de aller fleste av dagens eldre er godt stilt. Dette er en faktor som kommer til å få stor betydning i den videre utforming av omsorgen for eldre i praksis. Det må imidlertid understrekes at det fortsatt er innslag av fattigdom i eldrebefolkningen.

Når det gjelder helse er bildet mer blandet. Tross en betydelig levealders økning i Norge i de seinere år (Vetvik og Disch 2014) er Norge ikke blant de aller fremste landene i Europa når det gjelder befolkningens levealder (OECD 2015). Dette fremstår som et tankekors i vår sosiale utvikling. Men Norge ligger meget høyt i sammenlikning med andre land i Europa når det gjelder «Healthy life years» (European Social Statistics. Eurostat 2016).

Når det gjelder omsorg er situasjonen også mer varierende. Her er det imidlertid store kunnskapshull når det gjelder å tegne et treffsikkert bilde av tilstanden.

Vi vet er at faktorene: Økonomi, helse og omsorg er innbyrdes sterkt korrelert i de enkelte menneskers situasjon. Det medfører at for flertallet av de eldre er situasjonen preget av god økonomi, god helse og tilfredsstillende omsorg langt på veg mot livets avslutning.

Men for nokså mange blir situasjonen etter hvert preget av en eller flere problemfaktorer som økonomisk knapphet, skrantende helse og/eller sviktende omsorg. Det finnes slike også blant de yngre eldre, men de fleste av disse er i gruppen over 80 år. Vi kaller disse for de «skrøpelige eldre». Ofte er det i stigende grad slik at problemene hopper seg opp og gjensidig forsterker hverandre for noen.

Det finnes fattige eldre, med store helseproblemer og isolerte liv med skrantende nettverk. Disse går i mange tilfeller «under radaren» i eldreomsorgen, men dukker opp i media som fortellinger om uverdige forhold for medmennesker i samfunnet. Det er antakelig et klart flertall av kvinner i denne gruppen. Hver av disse problemene, fattigdom, helsevikt og omsorgsvikt, utgjør store trusler mot livskvaliteten til de eldre. Når disse faktorene virker sammen, blir situasjonen ille og behovene store.

Hvis Norge må prioritere i eldreomsorgen – og det må vi i økende grad slik som den samfunnsøkonomiske situasjonen avtegner seg – er det disse som er den største utfordringen.

Sviker samfunnet disse sårbare eldre, vil verdighetsgaranti og kvalitetsreform fremstå som tomme ord og brutte løfter.

1.5 NOEN PERSPEKTIVER PÅ VÅRE PROBLEMSTILLINGER

En gjennomgang av utfordringer og planlegging på helse- og omsorgsfeltet, med vekt på eldreomsorgen, kan gjøres fra mange synsvinkler. Et hovedperspektiv for oss er at dette handler offentlig politikk og forvaltning i Norge i dag. Makt, økonomi og forholdet mellom befolkning og myndigheter er ett perspektiv på dette. Det gjelder relasjonen mellom intensjoner, symbolpolitikk og realiteter.

Det handler også i høy grad om forholdet mellom stat og kommuner, og det gjelder relasjonen mellom politikk, fag og forvaltning. Forholdet mellom det offentlige, markedet og sivilsamfunnet er sentralt.

De ulike aktørenes egenart og egne interesser medfører at det ikke alltid blir det forutsatte samspill i løsningen av viktige samfunnsoppgaver. I en artikkel publisert allerede på 1970 tallet analyserte Harriet Holter: «Motstands- og avverge teknikker i sosiale organisasjoner» (Holter 1970). Fenomenet motstand og avverge fremtrer fortsatt i ulike former og på ulikt grunnlag både i sosiale organisasjoner og offentlig politikk og forvaltning.

I vår forrige rapport (Vetvik og Disch 2014) ga vi en fremstilling av planleggingsteori som en bakgrunn for våre drøftelser. Det har vi ikke gjort denne gangen. Men det er med i vårt teoretiske grunnlag for prosjektet og rapporten. Denne gang har vi mer hatt i mente aspekter ved den politiske prosess og fokusert distinksjonen mellom utredning/planlegging, politiske vedtak og sist men ikke minst spørsmålet om iverksetting av vedtak og planer.

Et annet, men relatert, perspektiv er knyttet til Maktutredningens fremstilling av en tiltakende «rettsliggjøring» av politikken i landet (NOU 2003: 19 og Engelstad, Østerud og Selle, 2003). En spennende vurdering når det gjelder implementering av målsettingene i eldrepolitikken gjelder i hvilken utstrekning en skal satse på lovgivning i forhold til andre virkemidler.

En kan spørre: Hvor effektiv er lovgivning for å oppnå de mål som ønskes oppnådd? Et åpenbart poeng her er at lovpålegg slett ikke alltid blir fulgt i praksis (Molven og Vetvik

1986, Vetvik 1987, Riksrevisjonen 2016 og Helsetilsynet 2011 og 2017).

Pasient- og brukerrettighetsloven (02.07.99) skal sikre at den enkelte har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Formålet med loven er å sikre at pasienter og brukere får lik tilgang på Helse- og omsorgstjenester av god kvalitet. Denne loven har vært i kraft siden årtusensskiftet. Formålet er tilnærmet identisk med det som ble sagt under presentasjonen av den nye Kvalitetsreformen for eldreomsorgen.

Men hva som er nødvendig og riktig vil være avhengig av subjektive vurderinger. Dette er antakelig påvirket av den aktuelle tilstand i den enkelte kommune når det gjelder kapasitet og kompetanse. Et aktuelt uttrykk for de dilemma som er knyttet til dette er illustrert i Helsetilsynets årsmelding for 2016. I lederens beretning om tilstanden skrives det at det på den ene siden er stor etterspørsel etter tilsynets virksomhet for å rette avvik, feil og mangler i tjenestene, mens det på den andre siden er ulike faktorer som taler for at innbyggernes rettigheter i mindre grad skal fokuseres for å lette byrdene for dem som har ansvaret for tjenestene (Helsetilsynet 2017, side 6).

På denne bakgrunn er det også et viktig moment at lovbrudd og avvik på ulike tjenesteområder i forvaltningen oftest ikke blir møtt med sanksjoner. Lovpålegg kan bli/blir vurdert som målsettinger av ideell art som skal følges - så langt de passer.

Et annet perspektiv på våre problemstillinger kan være en antatt utvikling mot en høyere grad av medikalisering av samfunnets helse- og omsorgspolitik. I dette ligger det at helseperspektivet blir dominant og får hegemoni i tenkingen om eldreomsorgen og også på andre områder med vesentlige sosiale aspekter. Fagpersonale i eldreomsorgen er i det alt vesentlige helsepersonell. Innslaget av personell med sosialfaglig/kulturell bakgrunn er meget sparsomt. Mange av oppgavene knyttet til forebygging og aktiv aldring kunne med fordel benytte, ergoterapeuter, kulturarbeidere og pedagogisk personell.

Det er også megetsigende at det er Helsetilsynet som, i tråd med sitt mandat, undersøker og avdekker den store svikt i de lovpålagte oppgaver også i det kommunale barnevern (Helsetilsynet 2017). En sterkt presset Statsråd (Barne- og familieministeren, ikke helseministeren) fremhevet på NRK Dagsrevyen (07.03.17) at kommunene måtte følge opp sitt ansvar for barnevernet, jf. diskusjonen om ansvars- og oppgavefordelingen mellom nivåer og sektorer i forvaltningen. Den samme situasjon gjelder for avvik på eldreomsorgsområdet.

Rettsliggjøringen sammen med medikaliseringen skaper en situasjon i praksis hvor helse- og omsorgsoppgavene i sterk grad preges av juridiske og medisinske aspekter. Dette hegemoniet burde antakelig revurderes for å sikre en bredere politisk og faglig tilnærming til utfordringene fra eldreomsorgen i fremtiden. Men dette vil neppe skje før det erkjennes at dagens tenkning og praksis ikke er i stand til å møte utfordringene med et økende antall eldre på en adekvat måte (Dahl Jacobsen 1970).

Fra et planleggingsteoretisk perspektiv kan det fremheves at planleggingen av helse- og omsorgsoppgavene på en konstruktiv måte kan baseres på et skille mellom oppgaver som kan løses innenfor de eksisterende ressursrammer, og de som krever «friske midler». Alle liker best de oppgaver som kan løses innenfor de etablerte rammer, og leter med iver etter slike. Det skal ikke ironiseres for mye over dette. Veldig mye bra i eldrepolitikken kan skapes med enkle midler når det gjelder den alminnelige situasjonen. Når det gjelder de sterkt omsorgstrengende er imidlertid situasjonen klart mer krevende når det gjelder dette.

Nyttårstalen til Statsminister Solberg (2017) omtalte historien om en ansatt på en eldreinstitusjon som hadde skapt viktige endringer på institusjonen. Mohsen Jamei hadde lagt merke til at mange av de eldre var underernært og spiste lite til middagen, som ble servert kl. 13.30. Han hadde derfor foreslått å servere maten på tidspunkter hvor det med rimelighet kunne antas at de eldre var sultne, konkret to timer senere. Han vant over skepsis og motstand og fikk skapt positiv endring (Tidsskriftet Sykepleien i oktober 2015). Fortellingen ble fulgt opp med bred mediedekning. Kommunens rådmann kunne melde at dette hadde blitt gjennomført helt uten nye kostnader for kommunen. Institusjonslederen fortalte om store gevinster av dette på flere måter.

Erna Solberg fortalte i nyttårstalen at inntil 60% av beboerne i eldreinstitusjoner er underernærte: «Nå arbeider regjeringen for at alle eldre skal få middag senere på dagen», uttalte hun. Her er et godt eksempel på at man med enkle midler, uten merkostnader, kan oppnå vesentlige forbedringer for eldre på et felt som er sentralt i et Helse- og livs- kvalitetsperspektiv.

Det er på den annen side et stort tankekors knyttet til denne fortellingen – Hva sier dette om tilstanden i den kommunale eldreomsorgen? Hva betyr det at denne endringen oppfattes som en genial nyskaping - og at endringen av måltidstidspunktet måtte kjempes igjennom mot sterk motstand? Hvem sine premisser ligger til grunn for organisering av aktiviteten i norske sykehjem?

Kreativitet, nytenking og innovasjon er gode greier. Men hvis en ikke har noen tryllestav og behovene øker kraftig, kommer en ikke utenom en drøftelse av nødvendigheten av friske midler. Som kommunene pleier å si om de statlige reformforslag: «Det er flott – men det følger ingen sjekk med».

Uansett den faktiske empiriske gehalt i dette, er forholdet mellom sentrale oppgave pålegg og kommunens økonomi et helt sentralt element for å håndtere utfordringene i helse- og omsorgspolitikken.

Dahl Jacobsens (1970) tese om at en krisebakgrunn er en nødvendig betingelse for å skape endring i etablerte strukturer, synes fortsatt å ha mye for seg. Dette er en brems på å iverksette fornyelse – også i de tilfeller hvor det ikke kreves «friske penger» (Dahl Jacobsen 1970). For dersom en antar at alt går noenlunde bra med de etablerte strukturer og rammer, blir det ingen forandring. Vanetenkningen har stor makt – inntil alarmklokkene for alvor ringer.

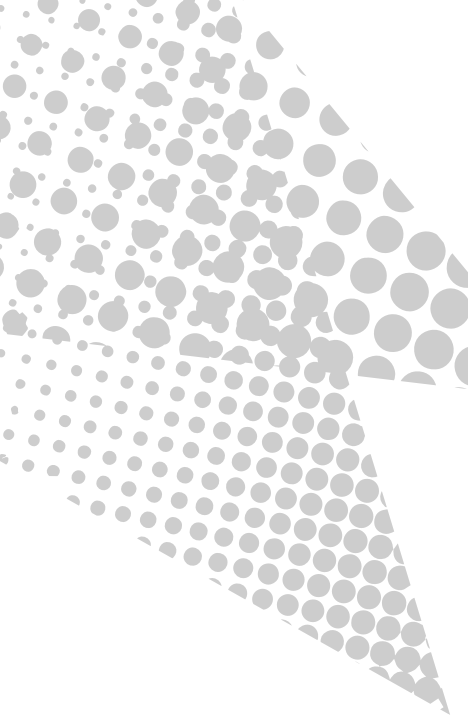
Selv om en erkjenner et tydelig behov for endringer – er det ikke sikkert at noe skjer. Noen agerer på strutsens vis og stikker hodet i sanden for å unngå å se utfordringene («Strutsemodellen»). De vil vente og håpe at utfordringene forsvinner av seg selv.

Det finnes også dem som ikke bare nekter å forholde seg til faktum, men som rett og slett nekter at faktum er faktum. Kampen om virkelighetsbeskrivelsen er ikke enkel.

Noen motsetter seg endringer fordi de ikke har tro på at de foreslåtte løsningsmodeller, Dahl Jacobsen kaller det bote-midler, vil være effektive grep til å håndtere utfordringene. Det må anses rasjonelt og nødvendig å foreta slike vurderinger. Det er på dette nivå vi oftest finner de ulike konkrete konflikter i offentlig politikk.

Til sist vil vi nevne at forholdet mellom symbolpolitikk og realpolitikk er et sentralt moment i drøftelsen av tilstanden og tiltakssiden. Positiv retorikk og symbolpolitikk er allerede etablert som viktige innslag i debatten om hvordan de eldre skal sikres en bedre alderdom. Fremhevingen av de eldre som en stor ressurs for samfunnet og vekten på positive livsholdninger og aktivitet har mye for seg. Det er viktig hva som sies og perspektivet på vurderingene har stor betydning. Det kommer ikke bare an på hvordan du har, men på hvordan du tar det. Dette må anses som et riktig og positivt perspektiv.

Men om dette blir fremhevet til fortrenghet for andre faktabaserte beskrivelser som peker på problemsidene, kan det gi grunnlag for alvorlige feiloppfatninger om tilstanden og medføre at nødvendig realpolitikk blir tilslørt og forsømt.



Dette synspunktet drøftes på ulike måter nærmere seinere i rapporten.

1.6 RAPPORTENS OPPBYGGING

Etter dette innledningskapittelet, tar vi for oss de sentrale statlige signaler på Helse - og omsorgsområdet i kapittel 2. I Kapittel 3 beskriver i korte trekk faglige evalueringer av Omsorgsplan 2020 og Samhandlingsreformen. I kapittel 4 beskriver vi kort metode og datagrunnlag i vår undersøkelse fra 2015.

Datapresentasjonen starter med kapittel 5 som beskriver plansituasjonen i kommunene på undersøkelsestidspunktet på slutten av våren 2015. I kapittel 6 og 7 fremstiller vi data om prioritering av ulike oppgaver i helse- og omsorg og forholdet mellom institusjonsplasser og åpen omsorg i kommunene. Kapittel 8 handler om de økonomiske vurderinger av kostnadene med helse- og omsorgsoppgavene i kommunens administrative ledelse på feltet. Kapittel 9 fremstiller data om aktiv omsorg og bruk av frivillige i helse- og omsorgssektoren. Kapittel 10 fremstiller våre data om vurderingen av Samhandlingsreformen, mens kapittel 11 handler om hvilken betydning politiske valg antas å ha for utviklingen på helse- og omsorgsområdet i kommunene. Kapittel 12 gjengir svarene fra svargiverne om vurderingen av ulike statlige signaler som har vært fremmet i de siste par år. I kapittel 13 reiser vi eksplisitt spørsmålet om forholdet mellom kommunereformen og arbeidet med beredskap for eldrebølgen i kommunene. I kapitlene 14 og 15 tar vi opp forholdet mellom situasjonen nå og beredskapen i kommunene for utfordringene i perioden 2020 – 2025.

Underveis i de ulike kapitlene har vi analysert data i forhold til kommunestørrelse. I kapittel 16 fremstiller vi et begrenset antall andre analyser av sammenhenger i våre data.

I kapittel 17 gir vi en oppsummering av hovedpunkter og en drøftelse av noen sentrale tentative konklusjoner.





2. NASJONALE INTENSJONER FOR HELSE- OG OMSORGPOLITIKKEN

Nasjonale, statlige, intensjoner har stor betydning i arbeidet med å utvikle både mål, retning og virkemidler for helse- og omsorgstjenestene i kommunene. De danner grunnlag for de statlige økonomiske overføringene som vesentlige bidrag til å finansiere de kommunale Helse- og omsorgsoppgavene.

I det følgende skal vi i korte trekk omtale noen av de statlige intensjonene og føringene på området. Dette blir en skissemessig framstilling uten målsetting om å være utfyllende på de områder som berøres. Sentrale kilder i dette er departementale nettsider. Hensikten er å peke på noe sentrale momenter som antas å ha betydning for den kommunale situasjonen mht. utvikling og planlegging av Helse – og omsorgstjenestene.

De signalene vi vil presentere nærmere har vi hentet fra: Meld. St. 29 (2012 – 2013) Morgendagens Omsorg Meld. St. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen — Mestring og muligheter, HelseOmsorg21, Et kunnskapssystem for bedre folkehelse, Nasjonal forsknings og innovasjonsstrategi for helse og omsorg, Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020, Meld. St. 14 (2014-2015) Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner og Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.

2.1. 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* og Omsorgsplan 2015, Meldingen er også bygget på *NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg*. Meldingen om morgendagens omsorg er også omtalt i vår forrige rapport (Vetvik og Disch 2014)

Meld. St. 29 (2012 – 2013) lanserer «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 mht. til de punkter hvor det svikter, særlig hva gjelder de skrøpelige elders situasjon (Jf. Wergeland Sørbye, Grue Vengnes og Vetvik, 2009).

På bakgrunn av meldingen til Stortinget ønsker regjeringen å legge til rette for en langsiktig omstillingsprosess som kan sikre nyskaping og forbedrede løsninger i omsorgssektoren. Forenkling, fornying og forbedring av offentlig sektor fremheves som ett av regjeringens hovedsatsingsområder. En forutsetning for fornyelse og innovasjon i omsorgssektoren er kommunal handlefrihet til å utvikle fag, ledelse, ny teknologi og nye organisasjonsformer (Omsorg 2020).

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 imidlertid fått en bedre belysning med flere nye momenter. Her kommer det fram et viktig forslag om «Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse og omsorgsfeltet» (Meld. St. 29. 2012–2013, s. 22).

I meldingen er den demografiske utviklingen viet noe lite plass. Her savnes en forståelse av at veksten i eldrebefolkningen allerede er stor i enkelte kommuner og at det øker kraftig i mange kommuner allerede fra 2020.

Planlegging og vedtak tar tid. Og implementering av planvedtak krever ofte langvarige prosesser. Et økende antall eldre er her allerede om vi ser på det totale antall over 67 år.

En annen kommentar fra vår side er at modernisering av forvaltningen og forbedring av organiseringen av offentlig forvaltning er en aktuell løpende utfordring. Men det savnes mer konkrete analyser av hva disse omorganiseringene skal innebære, hvilke konkrete formål de skal ha og hvordan omstillingskostnadene vil se ut – både økonomisk og organisatorisk.

2.2 MELD. ST. 19 (2014-2015) FOLKEHELSEMEDLINGEN — MESTRING OG MULIGHETER

I Meld. St. 19 (2014-2015) «Folkehelsemeldingen - Mestring og muligheter», presenterer regjeringen strategier for å styrke folkehelsearbeidet og legge til rette for sunne helsevalg. Regjeringen ønsker her å utvikle en folkehelsepolitikk som skaper muligheter for alle til å ta ansvar for egen helse.

Psykisk helse skal integreres som en likeverdig del av folkehelsearbeidet.

Arbeidet med livsstilsendring skal få en ny og mer positiv vinkling og det skal utvikles en moderne eldrepolitikk med vekt på aktivitet og deltakelse. Dette er en forsterkning av tidligere signaler om aktiv omsorg. Men det er enda mer en fremheving av de eldres eget ansvar og egen aktivitet som ledd i en helhetlig omsorgspolitik for eldre. Vi antar at meldingen her lener seg noe mot Eu's Eldreår i 2012 og den policy som der ble trukket opp. Med tittelen «active ageing and solidarity between generations» gir Eurostat et statistisk bilde over situasjonen på feltet. Veksten i eldrebefolkningen og dens relative andel av totalbefolkningen er større i mange av EU's medlemsland enn i Norge. I innledningen til statistikken skisseres de bærende prinsipper for Europas møte med et økende antall eldre. På publikasjonens forside er det et bilde av en 85 årig mann i energisk løp oppover en bakke.

«Active ageing» er et kjernebegrep og lanseres som nøkkelen til å møte utfordringene fra den økende andelen eldre i fremtidens Europa. Et slikt perspektiv har på den ene side selvsagt mye for seg. Men bildet av det kraftig økende antall hjelpetrengende synliggjøres ikke slik.

«Active ageing» er et «smart» grep og samsvarer med EUs generelle mål for perioden 2010 – 2020 som bruker «smart» som et samlebegrep for den utvikling som skal finne sted. Men avstanden mellom retorikk og resultater fremstår som et kjerneproblem i forholdet mellom folket og EU.

Det finnes mange spreke og selvhjulpne eldre over 80 år, og flere enn før. På grunn av økende levealder og flere friske leveår, er det mange spreke eldre som kan bli en ressurs for samfunnet i større grad enn i dag (Meld. St. 19 (2014-2015)). Dette er et lyspunkt som vil kunne få stor betydning.

Men faren for at positiv retorikk og symbolpolitikk kan komme til å overskygge det faktum at andelen skrøpelige, sterkt hjelpetrengende eldre vil øke kraftig, anses som meget aktuell. Vi vil alle helst snakke om det positive. I praktisk politikk – kall

det gjerne realpolitikk - kan dette medføre nedprioritering av nødvendig helse- og omsorgstilbud til de skrøpeligste eldre.

I meldingen fremhever regjeringen at den ønsker å styrke samarbeidet på tvers av sektorer for å skape et samfunn som fremmer helse og trivsel. Hensynet til befolkningens helse skal få større plass i steds-, nærmiljø- og lokalsamfunnsutviklingen. Det skal settes i gang et utviklingsarbeid i samarbeid med kommunesektoren med sikte på å etablere et program for folkehelsearbeid i kommunene med vekt på psykisk helse og rusforebyggende arbeid. Metoder og verktøy til bruk i folkehelsearbeidet er en viktig del av innsatsen, for eksempel kommunehelseprofiler, faglig støtte til kommunene og bedre koordinering av statlige føringer. Det skal legges til rette for systematisk utvikling og bruk av forskningsbasert kunnskap i folkehelsearbeidet. Det krever gode helseanalyser, forskning, evalueringer og kunnskapsoppsummeringer. Her er det ingen mangel på positive visjoner.

Regjeringen vil legge fram en strategi for en moderne eldrepolitikk. Eldre skal ha mulighet til å delta på alle områder, både i arbeids- og samfunnsliv. Stortingsmeldingen synes i liten grad å vektlegge viktigheten av en fysisk aktiv alderdom. Tilrettelegging for tiltak for å redusere eller utsette pleiebehov må være et viktig element i folkehelseiltak rettet mot gruppen 65+. Her er det ingen mangel på positive visjoner.

Dersom man skal få et paradigmeskifte fra pleie til hverdagsmestring må dette antakelig tydeliggjøres i større grad enn meldingen her gjør. Avstanden mellom strålende retorikk og de empiriske realiteter, er etter vår oppfatning fortsatt for stor i norsk offentlig politikk (Meld. St.19(2014 - 2015)). Utfordringen blir å kombinere mål og realiteter på en bedre måte. Det ene må gjøres og det andre ikke forsømmes.

Det er liten trøst i at tilstanden i EU med hensyn til dette er mye dårligere.

I Folkehelsemeldingen beskrives utfordringene, og det fremmes forslag til tiltak. Adressaten er ikke først og fremst helsetjenestene, men hele samfunnet. Prinsippet om «helse i alt vi gjør» innebærer at hensyn til befolkningens helse må ivaretas i all politikk og i hele bredden av samfunnet. Dette er strålende retorikk – men hvordan følges dette opp i konkret offentlig politikk? Får dette noen betydning for arbeidet med de demente? Som vi skal se i neste avsnitt kan vi håpe det.

2.3. DEMENSPLAN 2020 - ET MER DEMENSVENNLIG SAMFUNN

Allerede i 2007, som første land i verden, la Norge fram en egen plan for tjenester til mennesker som blir rammet av demenssykdom. På bakgrunn av denne planen utviklet regjeringen Demensplan 2015 som var en del av Omsorgsplan 2015. Planen fikk tittelen «Den gode dagen». Planen skulle sikre et godt og verdig tjenestetilbud gjennom tre hovedgrep; Et styrket aktivitetstilbud på dagtid, økt kunnskap og kompetanse i omsorgstjenesten og i samfunnet ellers, og utbygging av tilrettelagte omsorgsboliger og sykehjem (Helsedirektoratet 2007).

Demensplan 2015 gikk ut ved årsskiftet. Helse og omsorgsdepartementet gjennomførte i slutten av perioden en landsomfattende kartleggingsundersøkelse Hovedfunnene her kan oppsummeres i seks punkter:

- 71,5% av kommunene har tjenester til personer med demens nedfelt i kommunens planverk, (demensplaner/omsorgsplaner)
- Nær 78% av kommunene har organisert demensutredning med eget demensteam og/eller demenskoordinator, mot bare 25% ved oppstart av planperioden i 2007.
- 305 kommuner har tilbud om dagaktivitetstilbud og antall personer som mottar tilbudet er nær doblet fra kartleggingen i 2010-2011.
- 289 kommuner gjennomførte pårørendeskole i 2013 og/eller 2014 mot bare 20 i 2007 (Demensplan 2020)
- Demensplan 2020
- Et mer demensvennlig samfunn
- 396 kommuner har tilrettelagte botilbud for personer med demens i form av skjermet enhet i sykehjem og/eller bokollektiv for personer med demens i omsorgsbolig.
- Over 20 000 personer registrert i forbindelse med ABC-opplæringen

Data viser at demenssatsningen har gitt resultater (Hotvedt, Fossberg og Garden 2016). På bakgrunn av dette, og i forhold til de utfordringer demenssykdom vil få i den aldrende befolkning, ønsket regjeringen en videre satsning på dette området gjennom en ny og revidert plan: Demensplan 2020: «Et mer demensvennlig samfunn»

Målet med Demensplan 2020 er å skape et mer demensvennlig samfunn som tar vare på og integrerer personer med demens i fellesskapet. For å lykkes med dette vil det både kreve større åpenhet og mer kunnskap om demens i samfunnet generelt og i helse- og omsorgstjenesten spesielt.

Demensplan 2020 har som målsetting å bidra til å forbedre tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. Regjeringens mål er å skape brukerens og pasientens helse- og omsorgstjeneste. Erfaringskunnskapen som mennesker med demens og kognitiv svikt selv sitter med, er viktig i arbeidet med å utvikle de gode løsningene. Demensplan 2020 er i et tett samarbeid med mennesker som selv har demens og deres nærmeste/pårørende. Planen bygger også på erfaringer med Demensplan 2015 (Hotvedt, Fossberg og Garden 2016)

Nye tiltak i Demensplan 2020 kan oppsummeres slik:

- Utvikle brukerskoler
- Utvikle modeller for systematisk oppfølging etter diagnose
- Utvikle opplæringspakke for ulike samfunnssektorer + ny informasjonskampanje
- Lovfeste dagaktivitetstilbud for hjemmeboende personer med demens fra 2020
- Utvikle gode modeller for hjemmetjenester til personer med demens
- Bedre kunnskap om forekomst av demens

I demensplan 2020 foreslås det en rekke tiltak som vil skape forventninger bra både brukere og pårørende til den kommunale omsorgstjeneste. I planen finner vi lite om hvordan dette bør organiseres på kommunalt plan og lite om økonomi i dette. Det er grunn til å tro at tiltakene i Demensplan 2020 vil kreve økte ressurser i kommunene, både økonomisk og i forhold til kompetanse. Dette er noe som bekymrer mange kommuner..

2.4 HELSEOMSORG21, ET KUNNSKAPSSYSTEM FOR BEDRE FOLKEHELSE, NASJONAL FORSKNINGS OG INNOVASJONSSTRATEGI FOR HELSE OG OMSORG

HelseOmsorg21 er en nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi som er laget av sentrale aktører fra både næringsliv, pasientorganisasjoner, sykehus, kommuner, universitets- og høyskolemiljøer. Strategien ble overlevert Statsminister Erna Solberg og helse- og omsorgsminister Bent Høie, juni 2014. Det er første gang det er laget en så omfattende tverrsektoriell forskningsstrategi for helse- og omsorgstjenestene (Regjeringen.no)

Helse- og omsorgsdepartementet tok våren 2013 initiativ til HelseOmsorg21. Målet med strategien er å bidra til en kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste som er kjennetegnet av kvalitet, pasientsikkerhet og effektive tjenester.

En kortversjon av rapportens hovedprioriteringer er at den ønsker å få til mer forskning og innovasjon i kommunene, helse som næringspolitisk satsingsområde, utnyttelse av de nasjonale fortrinnene vi har med helsedata, en mer kunnskapsbasert helse- og omsorgssektor med brukermedvirkning, og større vektlegging av internasjonalisering og deltakelse i EUs Horisont2020.

Kort oppsummert skisserer strategien opp ti satsingsområder (Forskningsrådet 2015):

- Økt brukermedvirkning
- Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde
- Kunnskapsløft for kommunene
- Helsedata som nasjonalt fortrinn
- Bedre klinisk behandling
- Effektive og lærende tjenester
- Møte de globale helseutfordringene
- Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering
- Utvikling av de menneskelige ressursene
- Strategisk og kunnskapsbasert styring

HelseOmsorg21s hovedprioriteringer er:

- Et kunnskapsløft for kommunene
- Helse- og omsorg som et næringspolitisk satsingsområde med sektorspesifikke virkemidler og økt samhandling mellom offentlig og privat sektor.

- Lettere tilgang til og økt utnyttelse av helsedata.
- Et kunnskapsbasert helse- og omsorgssystem med brukermedvirkning og vektlegging av kompetanse og det å utvikle, utprøve og dokumentere effekter av tiltak.
- Sterkere satsing på internasjonalisering av forskning og økt deltakelse i konkurransen i EUs forskningssystem (Norges Forskningsråd 2014)

I kjølevannet av denne strategien la Regjeringen fram en handlingsplan for oppfølging. Strategien er tverrsektoriell og følges tydelig opp i handlingsplanen ved at Statsministeren, kunnskapsministeren, næringsministeren og helse- og omsorgsministeren står som avsender av handlingsplanen, og flere departementer har bidratt.

Planen presenterer regjeringens politikk og tiltak innenfor ti strategiske satsingsområder som sammen skal bidra til bedre folkehelse, bedre helse- og omsorgstjenester, utvikling av helse som et næringspolitisk satsingsområde i Norge, mer fremragende forskning og sterkere internasjonalisering.

Virkemidler som foreslås er økt finansiering, etablering av strukturer for FoU-samarbeid og en tydeliggjøring av det kommunale ansvaret. I tillegg er det behov for et forbedret datagrunnlag for forskning på kommunale helse- og omsorgstjenester, spesielt innenfor rus- og psykisk helsetjenester.

Kompetansebehovet er stort i mange norske kommuner. Strategien og den etterfølgende handlingsplanen legger opp til mer kunnskapsutvikling og forskning på tjenester. For å kunne utnytte dette maksimalt gjennom implementering av kunnskap trenger også kommunene kompetanse i anvendelse og implementering av ny kunnskap.

Det er grunn til å stille spørsmål om denne finnes i tilstrekkelig grad til å nyttiggjøre seg dette. Målene er flotte – men hva med oppfølgingen?

2.5 OMSORGSPLAN 2020

Omsorg 2020 er regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020. Den omfatter prioriterte områder i regjeringens plattformen, med viktige tiltak for å styrke kvaliteten og kompetansen i omsorgstjenestene, samtidig som den følger opp Stortingets behandling av meldingen Morgendagens omsorg.

I tråd med tiltakene i stortingsmeldingen om Morgendagens omsorg, ønsker regjeringen å legge til rette for en langsiktig

omstillingsprosess som kan sikre nyskaping og utvikling av nye og forbedrede løsninger i omsorgssektoren. Forenkling, fornying og forbedring av offentlig sektor er ett av regjeringens hovedsatsingsområder. En forutsetning for fornyelse og innovasjon i omsorgssektoren er kommunal handlefrihet til å utvikle fag, ledelse, ny teknologi og nye organisasjonsformer. Har vi hørt dette før?

- Regjeringen satser målrettet på å øke kapasiteten og kvaliteten i omsorgstjenestene. Det er ønskelig at flere skal kunne bo hjemme lenger, og leve aktive og selvstendige liv – med individuelt tilpassede tjenester, trygghet og verdighet.
- Regjeringen arbeider med å utrede lovfestet rett til heldøgns omsorg. Regjeringen vil skape trygghet for at tjenestene er der når behovet oppstår. Det skal også etableres en plan sammen med KS om årlige mål for utbygging av flere heldøgns omsorgsplasser.
- For å sikre likeverdighet vil regjeringen at staten skal ta et større økonomisk ansvar. Det arbeides nå med å etablere en forsøksordning med statlig finansiering av omsorgstjenesten. Målet er å undersøke om statlig finansiering kan øke kvaliteten i omsorgstjenestene, gi økt likebehandling på tvers av kommunegrensene og sikre at brukernes behov dekkes på en bedre måte enn i dag.
- Det er nødvendig med en faglig sterk omsorgstjeneste med riktig kompetanse. For å sikre dette vil regjeringen lage en plan for kompetanseheving gjennom Kompetanseløftet 2020.
- Det skal også lages en ny demensplan for å bedre tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. Planen skal utvikles med innspill fra dem dette berører

For å sikre bedre kvalitet i tjenestene løfter regjeringen fram nye og forsterkede tiltak i Omsorg 2020 i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Tiltakene skal bidra til nye løsninger for å sikre at brukerne får større innflytelse over egen hverdag, økt valgfrihet og et tilstrekkelig mangfold av tilbud med god kvalitet. Regjeringen vil at staten skal ta et større økonomisk ansvar for å sikre at kommunene bygger ut tilstrekkelig kapasitet og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten. Videre vil regjeringen i meldingen fremme tiltak for å bedre den medisinske oppfølgingen i sykehjem og hjemmetjenester, og sikre en bedre og mer systematisk

samhandling og koordinering mellom de ulike deltjenestene i kommunene.

Det skal legges til rette for en langsiktig omstillingsprosess som kan sikre nyskaping og utvikling av nye og forbedrede løsninger i omsorgssektoren. Forenkling, fornyelse og forbedring av offentlig sektor er ett av regjeringens hovedsatsingsområder. En forutsetning for fornyelse og innovasjon i omsorgssektoren er kommunal handlefrihet til å utvikle fag, ledelse, ny teknologi og nye organisasjonsformer. Spannende tanker. Men igjen etterspørres metode og iverksettelsesperspektivet. Hva må gjøres – hvordan?

2.6 MELD. ST. 26 (2014- 2015) FREMTIDENS PRIMÆRHELSETJENESTE – NÆRHET OG HELHET

Med primærhelsemeldingen ønsker regjeringen å skape en sammenhengende helse- og omsorgstjeneste med helsepersonell som arbeider i flerfaglige team. Dette vil kreve økt kompetanse og bedre ledelse både i helseforetak og kommune, jf. omsorgsplan 2020.

Pasientenes behov skal settes i sentrum for utvikling og endring av helse- og omsorgstjenesten. «Ingen beslutninger om meg, tas uten meg.» Meld. St. 26

(2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.

Kommunene skal nå rustes opp og gjøres i stand til å oppfylle Samhandlingsreformens intensjoner om koordinerte og helhetlige pasientforløp, mer forebygging og tidlig innsats, flere tjenester nær der brukerne bor, og at en større andel av tjenestene leveres i kommunene.

Regjeringen vil skape en sammenhengende helse- og omsorgstjeneste med helsepersonell som arbeider i flerfaglige team. Dette vil kreve økt kompetanse og bedre ledelse.

Kommunene står i dette overfor utfordringer med å tiltrekke seg nok personell med riktig kompetanse. Stadig mer komplekse helse- og omsorgs-tjenester skal ytes i kommunene. Regjeringen forslår derfor, i meldingen, flere tiltak for å øke de ansattes kompetanse.

Ansatte i helse- og omsorgstjenestene gjør mer enn å yte omsorg. De diagnostiserer og behandler sykdom og hjelper mennesker til å mestre kroniske lidelser og funksjonsnedsettelse.

Skal vi heve kvaliteten på tjenestene, må vi heve kompetansen til dem som gjør jobben, sier Helse- og omsorgsminister Høie til regjeringen.no

I dette finner vi blant annet

- Lovfeste en liste over profesjoner som kommunene må ha for å gi innbyggerne tjenestene de trenger.
- Alle allmennleger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal være spesialister eller under spesialisering i allmennmedisin. Innretning skal utredes nærmere.
- Utvikle en handlingsplan for rekruttering og kompetanseheving i hele den kommunale helse- og omsorgssektoren.
- Utrede om det skal etableres nye brede kliniske videreutdanninger på mastergradsnivå.

Tilsyn viser at det flere steder er mangler i ledelsen av helse- og omsorgstjenestene. For at brukerne og pasientene skal få koordinerte helse- og omsorgstjenester av god kvalitet må det også stilles høye krav til ledelse. Det gjelder ikke bare i den enkelte deltjeneste, men på øverste nivå i kommunen.

Ledelse og styring skal styrkes. «- Vi trenger et lederløft. Skal vi arbeide smartere og bruke ressursene bedre, er vi avhengig av godt lederskap på alle nivåer i kommunen. Regjeringen vil derfor bedre tilgangen til lederutdanninger og stille tydelige krav til ledelse», sier Høie til regjeringen.no

Mange brukere opplever helse- og omsorgstjenestene som dårlig koordinerte og lite tilgjengelige. Det gjelder særlig for personer med store behov. Mange av disse kunne hatt en lettere hverdag og færre sykehusinnleggelse dersom tjenestene var bedre organisert.

For å få dette til ønsker en et fokus på å stimulere til samlokalisering av helse- og omsorgstjenester i kommunene.

Legge til rette for etablering av primærhelseteam gjennom endringer i regelverk og finansieringsordninger. Endringer skal utredes først.

Legge til rette for etablering av oppfølgingsteam for brukere med store og sammensatte behov.

I likhet med de øvrige politiske føringene som kommer gjennom planverk (Omsorgsplan 2020) og meldinger til Stortinget – skapes det forventninger både hos brukere og tjenesteutøvere. Regjeringen har i meldingen lagt opp til et ambisiøst program som vil bety betydelige økonomiske investeringer i kompetansebygging i kommunene og økt samhandling med sivilsamfunn. I tillegg er det grunn til å stille

spørsmål ved om utdanningskapasiteten både ved universiteter og høyskoler er stor nok til å innfri på disse områdene.

En annen vurdering er i hvilken grad de aktuelle personene vil velge å arbeide innen det lokale helse- og omsorgsfeltet. Det er mange faresignaler når det gjelder dette.

Noen vil kunne tenke at regjeringens program her er et velment og godt opplegg, men det kan bli et vel heftig arbeidsprogram for litt slitne kommuner.

2.7 MELD. ST. 14 (2014-2015) KOMMUNEREFORMEN – NYE OPPGAVER TIL STØRRE KOMMUNER

I slutten av mars la Regjeringen fram Meld. St. 14. (2014 – 2015) ”Nye oppgaver til større kommuner”, - kommunereformen. Reformens overordnede målsettinger kan oppsummeres i fire punkter:

- Gode og likeverdig tjenester til innbyggerne
- Helhetlig og samordnet samfunnsutvikling
- Bærekraftige og økonomisk robuste kommuner
- Styrket lokaldemokrati

Det regjeringsoppnevnte ekspertutvalget, knyttet til reformarbeidet, hevder at de nye kommunene bør minimum bestå av mellom 15.000 – 20.000 innbyggere. Om dette blir en realitet vil vi få store distriktskommuner med store arealer og store avstander. Hvor mange innbyggere og hvor stor bør en kommune være for at innbyggerne skal føle en tilstrekkelig nærhet til demokratiske prosesser, velferdstjenester og øvrige kommunale tjenester, er derfor et viktig spørsmål.

Meldingen foreslår store overføringer av oppgaver til kommunene. Gjennom dette ønsker regjeringen sterkere lokalsamfunn og kommuner med flere oppgaver som, de mener kan gi innbyggerne bedre tjenester. Kommunene kan gjennom reformen få flere oppgaver innenfor helse- og velferdstjenester. Tannhelsetjenesten, samt større ansvar for rehabiliteringstjenester og basishjelpemidler er blant oppgavene regjeringen nå foreslår å overføre.

Arbeids- og sosialdepartementet har i samråd med Helse- og omsorgsdepartementet startet et arbeid med å utrede konkrete forslag til endringer i pleiepengeordningen. Formålet

med gjennomgangen er å utforme en mer hensiktsmessig og treffsikker pleiepengeordning.

Helse og omsorgsdepartementet foreslår blant annet at allmenntannhelsetjenesten, spesialisttannhelsetjenesten og fylkeskommunenes ansvar etter tannhelsetjenesteloven overføres til større kommuner. Det skal utredes nærmere hvordan og når implementeringen skal skje.

Departementet foreslår at større kommuner kan få et større ansvar for rehabiliteringstjenester som i dag ivaretas av spesialisthelsetjenesten. Det skal utredes nærmere hvilke oppgaver innenfor rehabiliteringsfeltet kommunene skal få et større ansvar for, samt i hvilken form en slik ansvarsendring skal skje.

Regjeringen foreslår i meldingen å opprette en forsøksordning med overføring av driftsansvar for DPS til kommuner som har tilstrekkelig kapasitet og kompetanse. Formålet med forsøksordningen vil være å undersøke om et kommunalt ansvar for tjenesten kan bidra til et bedre og mer helhetlig tilbud til brukerne. DPS er, og vil i forsøket fortsatt være, en spesialisthelsetjeneste. Det kommunale driftsansvaret skal utøves etter avtale med RHF, som fortsatt vil inneha det lovbestemte sørge-for-ansvaret.

Et område som har kommet mere fram i debatten i etterkant av at meldingen ble lagt fram er utfordringene kommunereformen vil få for de kommunale omsorgsutfordringene framover, og for organisering av omsorgstjenestene spesielt.

Konsekvensen av reformen er at den i noen år framover vil kreve mye ressurser knyttet til ledelse og styring og fokus på, organisering/omorganisering, tilpasning av tjenester i den «nye» kommunen. Det er liten tvil om at det vil ta tid å implementere reformen. Politiske styringsverktøy som planer og budsjetter, vil det i denne fasen være knyttet større usikkerhet til – selv om Kommunalministeren hevder at kommuner som slår seg sammen skal beholde alle tilskudd i årene framover og at en slipper innstramninger i inntektssystemet.

Mange kommunale ledere er engstelige for reformen. Her er det både problemer med selve organiseringen av prosessen, men også om tilstanden kommunene vil møte. Reformen medfører som andre tidligere reformer betydelig merarbeid og mange nye oppgaver for kommunene. Spørsmålet om lokaliseringen av institusjoner og tjenester fremstår som et sentralt problem. Mange små og mellomstore kommuner har et svært landareal med store avstander innenfor kommunegrensen.

Årsaken for denne usikkerheten stikker imidlertid dypere enn det at barn må fraktes noe lengre for å gå på skolen. På ulike måter betyr kommunale institusjoner, som eksempelvis

skoler, mye for hvem folk oppfatter at de er, hvor de kommer fra og hvem de hører sammen med. Kanskje særlig er dette tilfelle i små bygdepregede kommuner. Kommunereformen vil kreve omstillinger/omorganiseringer av tjenestetilbud til innbyggerne noe som også omfatter de kommunale omsorgstjenestene (Frisvold og Almås 2004).

Vi vet at den kommunale omsorgstjenesten er under press. Kommunereformen vil trolig stille omsorgssektoren overfor store utfordringer både med hensyn på organisering og tjenesteutøvelse og levering av tjenestene.

I skrivende stund har mange kommuner holdt folkeavstemninger om kommunesammenslåing. Et klart flertall har sagt nei. Det tyder på at problemene knyttet til konsekvenser for brukere av kommunale tjenester og innflytelse på disse i en ny storkommune har vært underkommunisert. Det er derfor grunn til å tro at det ikke skjer vesentlige endringer på kommunekartet før etter valget i 2017. Men kommunereformen i kan antas i lang tid å stå sentralt i fokus for kommuneeliten i politikk og administrasjon.

Tanken er at Kommunereformen skal iverksettes fra 2020 av. Når en aner hvor mye arbeid den konkrete implementeringen vil kreve og hvor lang tid det vil ta – kan det antas at denne omorganiseringen først på meget lang sikt vil kunne bli tjenlig for utviklingen av helse- og omsorgssektoren i kommunene. En kan ikke se bort fra at perioden 2020 til 2025 vil bli meget utfordrende i en rekke kommuner.

Kommunereformen er vedtatt med et knappest mulig flertall som innebar tvangssammenslutning av flere kommuner. Risikoen for at dette vil være gjenstand for omkamper og en utfordrende vei videre er stor.

2.8 EN KVALITETSREFORM FOR ELDREOMSORGEN - «LEVE HELE LIVET»

I begynnelsen av Mars 2017 lanserte regjeringen starten av arbeidet med reformen: «Leve hele livet» som omtales som en «Kvalitetsreform» for eldreomsorgen. Målsettingen er at eldre skal oppleve samme kvalitet i omsorg og tjenester uansett hvor de bor i landet.

Dette er et meget ambisiøst mål. Kommunale variasjoner i tjenestenes kvalitet på alle områder er antakelig en tilnærmet nødvendig følge av strukturen i offentlig politikk og forvaltning.

Det anses likevel helt klart at det er hensiktsmessig å fokusere på ulikhetene i større grad enn det som tidligere er gjort – når en tar i betraktning at Pasient- og brukerrettighetsloven har eksistert i mer enn 15 år.

Betegnelsen «Kvalitetsreform» ble som kjent tidligere også brukt på den omfattende reform av høyere utdanning i landet, i tråd med den såkalte Bologna prosessen for utdanning i EU. Forholdet mellom kvantitet og kvalitet, fremstår som et interessant perspektiv på dette. Noen ser det vel slik at kvalitetsreformen for utdanning i hovedsak var kvantitativt orientert.

Reformen for eldreomsorgen ble presenter av Statsminister, Finansminister og Helseminister, noe som viser hvilken vekt som legges på reformen. Reformen skal fokusere fire hovedområder:

- Mat og ernæring,
- Helsehjelp,
- Forebygging av ensomhet og passivitet
- Bedre koordinering av tjenestene.

Disse områdene finner vi også igjen som satsningsområder både i Omsorgsplan 2015 (fra 2006) og i Omsorgsplan 2020. Utgangspunktet for reformen er ifølge statsministeren at

«det svikter for ofte med det aller viktigste» i eldreomsorgen.

Det gjør siste del av livet tyngre å mestre for mange eldre og deres pårørende uttalte hun (NTB 4 mars). Denne tilstandsvurderingen er viktig i et symbolpolitisk perspektiv, delvis uavhengig av hva den bygger på og hva som konkret menes.

Finansminister Jensen uttalte ved presentasjonen av reformen at hele landet i løpet av kort tid kommer til å få en kraftig bedring av eldreomsorgen. Dette er meget Løfterikt – men hva vil skje?

Opposisjonen, ved Jonas Gard Støre omtaler dette som en kopi av det hans parti la frem to år tidligere (Aftenposten 3. Mars 2017).

Ved denne anledning tok AP selvkritikk for sin håndtering av utfordringene mens de hadde regjeringsmakten (Aftenposten 12.01.2015). Vi har ikke nådd våre mål, uttalte Helsepolitisk talsmann Torgeir Michaelsen. Virkemidlene har ikke vært sterke nok uttrykte han. Michaelsen uttalte at de hadde et forslag om en «Kraftfull reform» i eldreomsorgen. En sterkere statlig innflytelse i eldresektoren var et middel til å oppnå dette.

I det programmet de la frem, basert på et utvalgsarbeid i partiet, foreslo de et «nytt kartleggingsverktøy» for å måle, styre

og sammenlikne tilbud som gis i eldreomsorgen. Det skulle gi flere og mer presise indikatorer for å måle opplevd kvalitet i eldreomsorgen, ble det sagt. Ap ønsket også å sette nasjonale minstekrav til tjenester og kvalitet.

Forslaget om kartleggingsverktøyet har visse likheter med forslaget i vår rapport fra 2014 om innføring av et system med Tilstandsrapport på feltet i kommunene som grunnlag for å lage en nasjonalt aggregert helhetlig Tilstandsrapport.

Vårt forslag var imidlertid ikke så mye å produsere nye generelle statistikk data, men mer å lage et opplegg for et kommunalt planarbeid med fokus på bruk og analyse av de data som allerede langt på veg finnes (Jf. Vetvik og Disch 2014). Vi tenkte at dette kunne suppleres med realistiske rapporter fra ansatte i de ulike deler av førstelinjetjenesten. Vi lanserte det overfor Helsedirektoratet, men fikk det tilbake i fanget uten noen midler til å gjøre noe med det.

Det må uansett sies at det er positivt at både regjeringen og opposisjonen ser behovet for et krafttak på eldreomsorgsfeltet nå.

Det nærmer seg valg igjen. De eldre (65+) har aldri tidligere utgjort en så stor del av velgermassen. Det er ingen dristig antakelse at løftene til de eldre vil ha forrang fremfor konkrete tiltak og forpliktelser på bevilgninger til å gjennomføre dem. Fokus vil ligge på den generelle politikken og på målsettingene. «Aktiv aldring for alle». «Alle må med.» «Ta hele landet i bruk».

Hva så med situasjonen for de skrøpelige eldre som er en betydelig mindre gruppe og som også er mindre tilbøyelig til å stemme og som i mange tilfeller ikke er i stand til å gjøre det? De kan i alle fall håpe på politiske innspill fra fortvilte pårørende som ser hva som kan skje hvis løftene svikter – igjen.

Det avgjørende blir spørsmålet om gjennomføring av de gode mål og intensjoner. Hva vil skje med det? Det trengs både en «Krafttaks reform og en kvalitetsreform», men hvordan vil dette bli iverksatt? Hvilke ressurser tiltak vil politikerne forplikte seg på?

Arbeidet med kvalitetsreformen nå skal resultere i en Stortingsmelding våren 2018 hvor reformen legges frem for Stortinget.

På det nåværende tidspunkt er det ikke gitt noen egentlig beskrivelse av reformen. Aftenposten skriver at det er lansert en reform – men at ingen vet hva den skal inneholde. Dette er kanskje ikke helt dekkende, som det fremgår av det foregående.

Men det foreligger ikke et dokument eller et program som beskriver innholdet av reformen når det gjelder virkemidler og økonomi. Det står ingenting om behov for planlegging.

Det eneste som foreligger er en pressekonferanse og to korte notater på Helse- og omsorgs departementets hjemmesider. Det ene er en kronikk i Dagbladet av Helseministeren (3.3.2017). Det andre er en to siders pressemelding med overskriften: Ny reform skal gi eldre bedre tjenester.

Starten på iverksetting av Reformen er satt til 2019.

2.9. STATLIGE INTENSJONSBØLGER

Som avslutning av dette kapittelet vil vi fremheve bildet av den mengden av statlige signaler som vi har omtalt i dette kapittelet. Dette må sammenholdes med den kommunale virkeligheten og tilstanden på feltet helse- og omsorgsfeltet hva gjelder beredskap generelt og for eldrebølgen særskilt.

Forholdet mellom den rike stat og de oftest ikke veldig rike, men meget viktige kommunene, er et sentralt moment her. Det må anses å være krevende å sitte i den enden hvor en mottar alle disse statlige signalene til oppfølging og iverksetting. Samtidig fremtrer bildet av en delvis «avmektig» stat som pøser på med signaler og intensjoner, uten å ha særlig styring med oppfølgingen og implementeringsprosessen i kommunene.

Tempoet i arbeidet med å reformere den kommunale sektor på flere ulike områder er høyt. Så høyt at mange kommuner har store utfordringer med å organisere og implementere de nye oppgavene. Behovet for investeringer både i infrastruktur, personell og kompetanse i kommunene er store og blir større framover.

Konsekvensen av kommunereformen er at det kan skape betydelige ulemper for bl.a. Helse- og omsorgsplanleggingen, dersom mange av kommunene primært blir opptatt av implementering og organisering av de utfordringer som ligger i en kommunesammenslåing. En situasjon der to eller flere kommuner skal slå seg sammen vil legge beslag på store kommunale politiske og administrative ressurser, i en periode der det burde planlegges mye for å møte veksten i de kommunale Helse- og omsorgstjenestene. I tillegg kommer det store arbeidet med regionreformen som medfører sammenslåing av mange fylkeskommuner.

Det kan derfor være nyttig å se på tempoet og vurdere timeplanen for de store endringer, slik at kommunene sikres tilstrekkelig fokus på planlegging og prioritering i veksten av omsorgsoppgavene fra 2020 i de fleste kommuner.

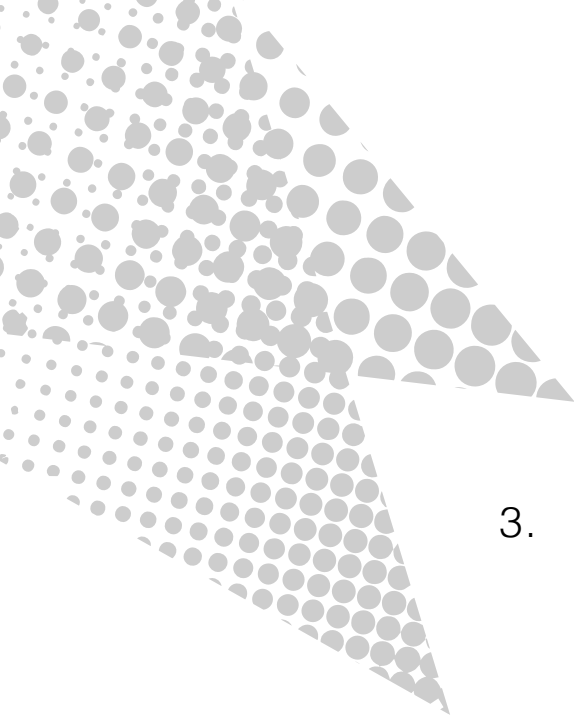
Studiene vi har foretatt i 2009, 2011 og 2015 om de kommunale Helse- og omsorgsutfordringene viser at:

- Kommunen har store utfordringer på bakgrunn av manglende ressurser for å bygge opp rett kompetanse til rett tid og rett sted,
- Det er stor ulikhet i tjenestetilbudet fra kommune til kommune.
- Økonomien bekymrer mange kommuner
- Planlegging er en utfordring som er på etterskudd i mange kommuner.
- Personell og kompetanse, rekruttering og utvikling er utbredte problemer, særlig ofte i mindre kommuner.
- Samhandling med familien, pårørende og frivillige fungerer meget ujevnt og er lite planlagt
- Mange har utfordringer ved behov for spesialistkompetanse.
- Flere kommuner skriver også at forventningene i befolkningen er en utfordring, og at det er nødvendig at kommunen er tydeligere på hva som er kommunale tjenester.

På bakgrunn av dette har mange kommuner begynt å stille seg spørsmålet: Er vi i ferd med å nå velferdens økonomiske grense? Har kommune Norge tilstrekkelige forutsetninger for å kunne gjennomføre de mange nasjonale intensjoner. På bakgrunn av de skisserte reformene er det grunn til å stille spørsmål om Regjeringen bringer kommunene inn i et stort og underfinansiert prosjekt med høyt tempo – liten tid til analyse og planlegging og mangelfull sammenheng mellom plan – økonomi – personell.

Hagen mfl (2014) påpeker betydningen av flere planstudier. Det har vi også gjort i våre rapporter. Mer omfattende studier av foreliggende helse- og omsorgsplaner kan gi flere svar på hvordan tilstanden er, hvilke gap som finnes og hvilke innsatsområder kommunene planlegger å satse på. Betydningen av lokalt baserte analyser fremheves av oss igjen.

Vi gjentar at det er på høy tid å utvikle et system for en «Tilstandsrapport» for Helse- og omsorgstjenestene i hver enkelt kommune. Dette vil være et viktig grunnlag for arbeidet med å lage gode, realistiske planer i kommunene. Aggregerte tilstandsrapporten kan gi staten et bedre grunnlag for å følge opp med mer målrettede tiltak og nasjonaløkonomisk planlegging. Det er behov for bedre målretting av statens politikk for håndteringen av den kommende veksten i oppgaver og brukere i den kommunale Helse- og omsorgspolitikken.



3. FAGLIGE EVALUERINGER AV OMSORGSPLAN 2015 OG SAMHANDLINGSREFORMEN

I dette kapittelet skal vi fremstille hovedpunkter fra noen evalueringer av Omsorgsplan 2015 og Samhandlingsreformen. Noen momenter fra disse er allerede noe utnyttet i de foregående kapitler. Her går vi mer utførlig inn på disse evalueringene.

Mens omsorgsplan 2015 har et bredt perspektiv på regjeringens hovedstrategier for utviklingen den generelle Helse- og omsorgspolitikken fra 2006 – 2015, er evalueringen av samhandlingsreformen rettet inn mot konkrete tiltak for å skape bedre koordinering mellom den kommunale helse- og Omsorgssektor og Sykehusene. Dette har karakter av en organisasjons- og forvaltningsreform.

Tross denne ulikheten henger Omsorgsplan 2015 og Samhandlingsreformen tydelig sammen på følgende områder:

- Omsorgsplan: Utbygging av 12 000 omsorgsplasser innen 2015.
- ✓ Samhandlingsreformen foreslår etablering av bo- og behandlingstilbud i kommunene (før, istedenfor og etter sykehusbehandling).
- Omsorgsplan: 12 000 nye årsverk 2008- 2015 (tillegg til 10 000) kompetanseheving for å sikre en større faglig bredde.
- ✓ Samhandlingsreformen vil sikre en faglig styrking av kommunehelsetjenesten, flere faggrupper og større fagmiljøer.
- Omsorgsplan: Tiltak for bedre medisinske oppfølging og styrke legetjenesten, herunder lokal norm- 40% økning av leger i sykehjem
- ✓ Samhandlingsreformen foreslår å styrke legetjenesten i kommunene og øke innsatsen overfor prioriterte grupper

- Omsorgsplan: Styrke dagaktivitetstilbud og økt aktiv omsorg
- ✓ Samhandlingsreformen skal styrke forebygging og tidlig intervensjon

Går vi videre og ser på Innovasjonsmeldingen, Innovasjon i omsorg, NOU: 2011:11 og Meld. St. 29 (2012 – 2013) Morgendagens omsorg, finner vi også tydelige sammenhenger.

På bakgrunn av dette var det knyttet stor spenning til evalueringen av Omsorgsplan 2015 og Samhandlingsreformen.

På oppdrag fra Norges Forskningsråd ble Omsorgsplan 2015 evaluert av en forskergruppe fra: Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo NOVA, Høgskolen i Oslo og Akershus, Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR), Senter for omsorgsforskning Øst, Høgskolen i Gjøvik. Forskningsleder for dette arbeidet var Professor Terje P. Hagen, Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn. I kjølvannet av evalueringen har forskergruppa publisert flere interessante artikler og rapporter som gir god og oppdatert kunnskap om tilstanden på feltet.

Det må likevel understrekes at det er meget tidlig å evaluere disse tiltakene når det gjelder effekt. Virkningen av planer og reformer viser seg best i et lengre perspektiv. Det tar tid før stabile effekter viser seg. Erfaringene med reformene rundt 1990 illustrerer dette poenget på en utmerket måte.

Vi skal i det videre likevel skissere noen hovedpunkter i innholdet som gir et bilde av status basert på den forskningsbaserte evalueringen av disse to reformene som nå foreligger. Vi har valgt å fokusere på rapporten til Marijke Veenstra, Anders Kvale Havig og Heidi Gautun om kommunal omsorgsplanlegging (NOVA rapport 4/15) og rapporten til Laila Tingvold og Tor Inge Romøren om tjenestens innhold og fordeling (Senter for omsorgsforskning rapport 5/15).

Når det gjelder Samhandlingsreformen har vi fokusert på hovedrapporten fra Forskningsrådets ulike prosjekter med evaluering av den og på Riksrevisjonens undersøkelse av reformen.

Vi trekker imidlertid også frem elementer fra andre arbeider, deriblant momenter fra våre egne tidligere studier.

3.1 RESULTATEVALUERING AV OMSORGSPLAN 2015 - PLANLEGGING

Hensikten med denne devalueringen var å vurdere i hvilken grad kommunene hadde utviklet lokale omsorgsplaner, og hvorvidt kommunene har satt de framtidige pleie- og omsorgsutfordringene på dagsorden i det kommunale planverket.

Et av hovedvirkemidlene i Omsorgsplan 2015 var å sette de framtidige omsorgsutfordringene på dagsorden i kommunal planlegging og stimulere kommunene til å utvikle lokale omsorgsplaner som en del av det helhetlige kommune- og økonomiplanarbeidet

I St.meld. nr. 25 (2005–2006), også kalt Omsorgsplan 2015, uttrykte Regjeringen bekymring over hvordan kommunene skal håndtere framtidige pleie- og omsorgsutfordringer. Nye brukergrupper, aldring, knapphet på omsorgsytere, medisinsk oppfølging og aktiv omsorg, er definert som de viktigste utfordringene (Veenstra Havig og Gautun 2015)

Fire satsingsområder ble særlig løftet frem: Nye årsverk, Nye omsorgsplasser, Økt kompetanse og Styrking av demensomsorgen.

For å vurdere i hvilken grad kommunene har utviklet lokale omsorgsplaner og satt de fire hovedsatsingsområder fra omsorgsplan 2015 på dagsorden i det kommunale planverket har kartla NOVA planverket til alle landets 428 kommuner. Metodisk ble dette gjort på følgende måte:

«For å vurdere i hvilken grad kommunene har utviklet lokale omsorgsplaner og satt de fire hovedutfordringer fra Omsorgsplan 2015 på dagsorden i det kommunale planverket, har vi innhentet planverket fra alle landets 428 kommuner. De gjeldende kommunale planene skal være tilgjengelige for offentligheten og er derfor vanligvis tilgjengelige på hjemmesidene til kommunene. Lokale delplaner ble innhentet ved å gå inn på kommunens hjemmeside på internett og undersøke menyene og undermenyene for å se om disse henviste til kommunens plandokumenter, inklusiv lokale delplaner. Dersom ingen lokale delplaner var synlig på denne måten, søkte vi etter lokale delplaner på søkemotoren Google ved hjelp av søkeordene «omsorgsplan» og «eldreplan» til den respektive kommune. Fant vi et høringsutkast eller møtereferat som omtalte en delplan under søk på internett eller på kommunens hjemmeside, tok vi kontakt med kommunen og bad om å få en eventuell PLO-plan oversendt per e-post eller

post. Dersom søkene på hjemmesiden og internett ikke gav noe resultat, undersøkte vi planstrategien, kommuneplanen og handlings- og økonomiplanen for å se om de refererte til en egen delplan for pleie- og omsorgssektor. Vi studerte særlig planstrategien nøye siden den i utgangspunktet skal inneholde en oversikt over kommunens planbehov, planaktiviteter og delplaner (Lovkommentar, Klima- og miljødepartementet, 2009)» (Veenstra, Havig og Gautun 2015 s. 19-20)

I studien ble kvaliteten på planverkets behandling av de fire hovedsatsingsområder fra Omsorgsplan 2015 kartlagt for et underutvalg på 67 kommuner. Semi-strukturerte intervjuer av ledere fra 28 av disse kommuner ble brukt som hovedkilde for å beskrive erfaringer med å utvikle lokale delplaner for pleie- og omsorgssektoren. Metodisk ble dette gjort på følgende måte:

«For å kartlegge kvaliteten på planverkets behandling av de de fire hovedsatsingsområder fra Omsorgsplan 2015 fokuserte NOVA på et utvalg av 67 kommuner. Femti av disse kommunene er hentet fra et kommuneforskningspanel som er utarbeidet av sentrene for omsorgsforskning. Kommunene i kommuneforskningspanelet har gjennom skriftlige avtaler med sentrene for omsorgsforskning forpliktet seg til å delta i forskningsprosjekter. De 50 kommunene utgjør et tilnærmet representativt utvalg av norske kommuner, og er stratifisert etter region (Østlandet, Sørlandet, Vestlandet, Midt-Norge og Nord-Norge) og befolkningsstørrelse». (Veenstra, Havig og Gautun 2015).

De 17 andre kommunene i utvalget er vertskommuner for undervisningssykehjem eller -hjemmetjeneste. Alle landets fylker er representert med minst to kommuner i utvalget (se vedlegg). For å vurdere kvaliteten på planverkets behandling av utfordringene i Omsorgsplan 2015.

Resultatene fra studien sier at 41 prosent av alle landets kommuner har utarbeidet en lokal delplan for pleie- og omsorgssektoren per 1. mars 2013. Det sies videre i studien at om en tar høyde for kommuner som har spesifisert de fire hovedsatsingene fra omsorgsplan 2015 i planstrategi, Kommuneplanens samfunnsdel eller handlingsplan, er det cirka 55 prosent som har satt de fremtidige omsorgsutfordringene på dagsorden i kommunal planlegging.

Studien viser betydelige fylkesvise variasjoner i hvorvidt kommunene har utarbeidet lokale delplaner for pleie- og omsorgssektoren. Dette kan muligens tyde på en noe ulik grad av involvering av fylkesmennene. Hovedsatsingene fra Omsorgsplan 2015 omtales i størst grad i kommunenes

handlingsplaner. Disse revideres årlig og kan dermed lettere ivareta nyere satsinger.

Fravær av omsorgsplaner er størst blant de minste kommunene. Forklaringene kan være relatert til både behov og tilgjengelige ressurser, hevdes det i studien. Planverket til de største kommunene omtaler ofte hovedsatsingsområdene, men store kommuner klarer i mindre grad å spesifisere utfordringene, det vil si diskutere hvilke konsekvenser de har for kommunen og beskrive strategier for å møte utfordringene.

Ser vi på tallene som vi har innhentet i studien fra 2011 oppgir 56% at de hadde en ferdig plan (Vetvik og Disch 2014) og 67% av vårt utvalg fra 2015 svarer dette. Dette kan tyde på at vi i våre studier oftere har fått svar fra kommuner som har gjennomført planarbeidet og i mindre grad fra de som ligger etter. Dette er et metodeproblem som vi har omtalt mer seinere i denne rapporten.

Sammenlikner vi våre tall med NOVA sine tall kan det tyde på en mer bekymringsfull situasjon enn den vi har beskrevet i våre tidligere studier. Studien til NOVA sier også noe om handlingsplanene knyttet til de kommunale omsorgsplanene. De syntes mer oppdaterte på utfordringene enn selve plandokumentet.

Dette kan tyde på en ekstra innsats i forlengelse av Omsorgsplan 2015. Inkluderes også kommuner som har spesifisert de fire hovedsatsingene fra Omsorgsplan 2015 i planstrategien, samfunnsdelen eller handlingsplanen, er det cirka 55 prosent som har satt omsorgsutfordringene på dagsorden i planleggingen. Hovedsatsingene fra Omsorgsplan 2015 omtales i størst grad i kommunenes handlingsplaner.

Rapporten sier videre at kommunale ledere stort sett har gode erfaringer med utvikling av omsorgsplaner, men understreker at disse bør være realistiske og forankret hos kommunepolitikere som legger føringer for det totale tilbudet av pleie- og omsorgstjenester (Veenstra Havig og Gautun 2015). Betydningen og potensialet av gode planleggingsbidrag for utviklingen av Helse- og omsorgstiltakene vises i dette.

Nova rapporten påpeker også at planverket til kommunene ofte omtaler status i kommunens pleie- og omsorgssektor. Over halvparten av planene har oversikt over antall sykehjems-plasser, brukere av hjemmetjenester og brukerstatistikk (KOSTRA). Dette gir en viss oversikt, men det er bemerkelsesverdig at nesten halvparten av kommuneplanene IKKE har oversikt over dette.

Strategier for rekruttering og kompetanseheving i pleie- og omsorgssektoren blir imidlertid i liten grad omtalt i planverket.

De minste kommunene har i noe mindre grad klart å plassere pleie- og omsorgsutfordringer og satsinger fra Omsorgsplan 2015 på dagsorden i sine planverk enn større kommuner. Men små kommuner som har utarbeidet en lokal omsorgsplan, skårer høyere på kvalitet i det øvrige planverket sammenlignet med små kommuner uten en slik lokal plan (Veenstra, Havig og Gautun 2015). Dette tilsvarer de funn om planleggingen som vi presenterer seinere i denne rapporten.

Til sist peker rapporten på momenter til framtidig overveielse: Utarbeidelse av lokale delplaner for pleie- og omsorgssektoren må i større grad blir del av det helhetlige planarbeidet i kommunene. Dersom en plan skal fungere som et dokument som legger føringer for praktisk politikk, må den være forankret hos kommunepolitikere som fordeler ressurser og legger føringer for det totale tilbudet av pleie- og omsorgstjenester, blant annet hvordan tje-nestene skal organiseres, fordeles og prioriteres (Veenstra, Havig og Gautun 2015).

Sammenholder vi de funn som Veenstra, Havig og Gautun har gjort, samsvarer de godt med de funn vi har gjort i våre studier fra 2009, 2011 og 2015. Dette betyr at det ikke er noen stor kvalitetsheving i det kommunale helse- og omsorgsplanarbeidet i disse årene.

3.3 RESULTATEVALUERING AV OMSORGSPLAN 2015 – TJENESTENES INNHOOLD, FORDELING OG KVALITET I PLANPERIODEN 2008-2015.

Senter for omsorgsforskning Øst gjennomførte ved årsskiftet 2013-2014 en intervjuundersøkelse i 76 av landets kommuner (Tingvold og Romøren 2015).

De fleste var meget store kommuner. Deres utvalg omfatter derfor kommuner som til sammen har nesten 80% av landets befolkning. Hensikten var å studere omsorgstjenestens innhold, fordeling og kvalitet i planperioden 2008-2015.

Studien undersøkte også kommunens planlagte og utførte bygging av boliger til heldøgns pleie- og omsorgsformål med investeringstilskudd, tjenestens innhold (øremerking av plasser og faglige satsningsområder) samt fordeling mellom ulike brukergrupper i sykehjem og hjemmetjeneste.

De største kommunene i utvalget til Tingvold og Romøren (kommuner med flere enn 60.000 innbyggere) søkte og

mottok i størst grad investeringstilskudd til sykehjem. Også når det gjaldt omsorgsboliger, var det de største kommunene som søkte og mottok investeringstilskudd. Det var også de største kommunene som hadde mest konkrete planer for å bygge sykehjemsplasser og omsorgsboliger de neste fem årene.

De fleste av kommunene i utvalget til Tingvold og Romøren bygde i planperioden plasser i omsorgsboliger fremfor i sykehjem, noe vi også har funnet klare indikasjoner på i våre studier. Kommunene hevdet at omsorgsboliger er et alternativ som passer godt for personer i ulike alders- og brukergrupper. Her ble spesielt yngre brukere nevnt. Personer med psykisk utviklingshemming, unge funksjonshemmede og multifunksjonshemmede brukere samt yngre personer med sammensatte lidelser, ble nevnt som viktige brukergrupper i omsorgsboliger. I flere kommuner ble det også påpekt at økonomiske avveininger var en viktig årsak til å satse på bygging av omsorgsboliger fremfor sykehjem. Det ble hevdet at det er rimeligere å drifte omsorgsboliger med hjemmetjenesten enn å drifte sykehjemsplasser med heldøgns bemanning. (Tingvold og Romøren 2015).

Rapporten viser også hvordan også sykehjemmene gradvis er blitt et tilbud til yngre grupper av ulike kategorier: Mennesker som mottar palliativ omsorg, som har psykiske lidelser, alvorlige nevrologiske lidelser, er rusmisbrukere, eller har andre kroniske eller akutte helseproblemer.

Sykehjemmenes nye funksjoner får konsekvenser for fordeling av denne ressursen. Problemstillingen kommer bl.a. til syne når kommunene beskriver hvilke grupper som har blitt brukere av de nye sykehjemsplassene i de senere årene, og hvem som er målgruppene for den videre utbyggingen av sykehjem og omsorgsboliger. Antallet sykehjemsplasser (eller omsorgsboliger) er derfor ikke lenger et fullgodt mål på hvor mye institusjonskapasitet kommunene har til rådighet for å dekke de eldres behov for denne typen omsorg.

En tilstandsanalyse/rapport vil kunne skaffe oversikt over dette.

Undersøkelsen til Tingvold og Romøren dokumenterer også hvordan differensierings- og spesialiseringsprosessene har nådd hjemmetjenestene. Rehabilitering, palliativ omsorg, differensiert demensomsorg og hjemmetjenester til nye grupper – med psykiske lidelser, rusproblemer, nevrologiske lidelser og andre helsemessige og sosiale problemer – er blitt en del av hjemmetjenestens hverdag i alle kommuner. Gjennom økningen av yngre brukergrupper i hjemmetjenesten har denne utviklingen indirekte vært kjent i snart ti år.

Undersøkelsen her utdyper bildet ved å vise hvordan hjemmetjenestene også faglig differensieres og spesialiseres, med de følger det kan få for målforskyvning og ressursfordeling mellom tjenestemottakere.

I rapporten kommer det også fram at kommunene er i en fase der de trenger å tenke nytt om hvordan de organiserer og innretter tjenestene sine. Noen ønsker, og ser seg nødt til, å samarbeide mer med andre nærliggende kommuner for å sikre seg riktig kompetanse og behandlingstilbud for tjenestemottakere. Dette handler også om økonomi til å håndtere stadig flere oppgaver og økende etterspørsel etter tjenester fra brukere i alle aldre og diagnosegrupper. Det handler også om å bygge tilstrekkelig og høyere kompetanse for å kunne betjene forespørsler og personer med behov for mer avansert pleie og stell enn det kommunene tidligere har vært vant til (Tingvold og Romøren 2015).

3.4 EVALUERING AV OMSORGSPLAN 2015 – NOEN ANDRE KOMMENTARER

I bestiller dokumentet fra Helse- og omsorgs Departementet til forskningsrådet knyttet til evalueringen av Omsorgsplan 2015, ble det pekt på at en ønsket å se nærmere på de funn Disch og Vetvik gjorde studien: Framtidas omsorgsbilde, slik det ser ut på tegnebrettet (Disch og Vetvik 2009). Dette ble i tildelingsbrevet omtalt med følgende formulering:

” å undersøke hvordan Omsorgsplanen har materialisert seg i ulike kommuner. Fokus skal settes på konkrete resultater som har kommet ut av Omsorgsplanen og dens fire hovedsaker: Nye årsverk, 12 000 nye omsorgsplasser, Demensplan 2015, Kompetanseløftet 2015”.

Evalueringsgruppa hadde derfor fokus på fire hovedområder i sitt arbeid (Hagen mfl 2015):

- Kommunale omsorgsplaner
- Kommunenes drifts- og investeringsnivå i pleie- og omsorgstjenestene
- Tjenestenes innhold, fordeling og kvalitet

I en oppsummeringsrapport fra evalueringen av Omsorgsplan 2015, kommer forskergruppen med en rekke anbefalinger (Hagen mfl. 2015).

Forskergruppen har følgende anbefalinger, sitat:

- Det bør utarbeides en kort og konsis veileder for planlegging av pleie- og omsorgstjenester i kommunene for å redusere de store fylkesvise variasjonene i planenes kvalitet og innhold.
- Siden etablering av lokale omsorgsplaner gjør at kommunene bedre tilpasser tjenestetilbudet til endringer i demografi, bør fylkesmennene pålegges å stimulere kommunene til å etablere slike planer.
- Det bør etableres samarbeidsfora for kommunal planlegging der erfaringene med planarbeidet deles.
- En bør gjennomføre flere analyser av hvorvidt planene gir kommunene drivkraft til å gjennomføre planlagte endringer i pleie- og omsorgssektoren.
- Tilskuddssatsene for investeringer i omsorgsboliger og sykehjem har fra 2014 gitt tilstrekkelige insentiver til å nå målsettingen i OM 2015. Dersom en ønsker tilsvarende vekst i tilbudet av omsorgsplasser og institusjoner i årene framover, bør satsene beholdes på 2015-nivå.
- Mange kommuner bygger omsorgsboliger fremfor sykehjemsplasser av økonomiske årsaker og fordi omsorgsboliger passer for mange grupper brukere. En bør harmonisere finansieringsordningene for ulike tilbud slik at investeringene ikke bestemmes av ulik grad av statlig finansiering og variasjoner i brukerbetalingen mellom ulike tilbud.
- En bør følge nøye med på hvordan omsorgstilbudene utvikler seg og hvordan tilbudene ivaretar de eldste eldre i en situasjon der yngre brukergrupper øker og opptar en betydelig del av tjenestetilbudet (Hagen m.fl. 2015).

Disse konklusjonene samsvarer i høy grad med de funn vi gjorde i våre undersøkelser (Disch og Vetvik 2009, Vetvik og Disch 2014).

I vår første rapport (Disch og Vetvik 2009). Konkluderte vi med følgende seks punkter:

- Det kommunale plansystemet må endres og kapasitet og kompetanse for planlegging må styrkes.
- En udogmatisk vurdering av omsorgsbehovet i forhold til balansen mellom institusjoner og åpen omsorg må gjennomføres og nedfelles i konkrete standarder.

- Familieomsorgens og den frivillige innsatsens rolle må avklares og konkretiseres for å finne en bedre samhandling mellom det offentlige og sivilsamfunnet.
- En nøktern debatt om flere private/ideelle løsninger som bidragsytere til det totale bildet, bør finne sted.
- Kommunenes ressursgrunnlag må styrkes økonomisk og organisasjonsmessig.
- Omsorgsyrkene må gjøres mer attraktive slik at rekrutteringsoppgaven har bedre utsikter til å lykkes. Konkret gjelder det lønn, arbeidsmiljø og faglig miljø.

Når det gjelder plansituasjonen konkluderte vi i 2009 på bakgrunn av vår innholds studie av planene at mange av de plandokumenter som foreligger i mindre grad har de kvaliteter som er nødvendig for å møte fremtidens utfordringer, slik de er skissert i St. meld. 25. Mange planer har ikke særlig klare konklusjoner mht. utfordringer, strategi og tiltak. De er også sjelden basert på en nøktern og kritisk evaluering av dagens situasjon når det gjelder dekningsgrad og systemets fungering. Vi konkluderte at de foreliggende planer bare i begrenset utstrekning kunne være retningsgivende for oppfølging/handling.

Vi mener at dette synliggjør et behov for et systematisk løft i kommunene mht. vekt på integrert planlegging i det generelle kommuneplanopplegget. Det bør utarbeides opplegg for omsorgsplanlegging som samkjører utfordringene og ressursituasjonen i en helhetlig kommuneplan. Det bør vurderes å gjøre dette til en Kommunedelplan i alle kommuner.

Planveiledere bør utarbeides og kompetanse og planleggingskapasitet bør etableres permanent og ikke mest på ad hoc basis (Disch og Vetvik 2009).

Når det gjelder forholdet mellom hjemmetjenester og institusjonstjenester fant vi at kommunene i sterkere grad ønsker å satse på hjemmetjenester framfor institusjonstilbud, behandling/rehabilitering framfor pleie og satse mer på aktiv omsorg, familie og frivillige framfor en sterkere grad av profesjonalisering /spesialisering.

En av de største utfordringene kommunen har for den framtidige omsorgstjeneste er foruten økonomi, – nødvendig kompetanse og rekruttering av både nok og godt kvalifisert personell. Det er størst bekymring om dette i de små og mellomstore kommunene. De fleste plandokumentene vi har gjennomgått viser i liten grad at kommunene har tydelige strategier for hvordan en skal utvikle og vedlikeholde den interne kompetansen og styrke rekrutteringen av

faglært personell. Dette er bekymringsfullt i forhold til framtidssiktene.

I vår rapport fra 2014 (Vetvik og Disch 2014) konkluderer vi med følgende:

Det er en meget varierende status mht. tilstanden i kommunal omsorgsplanlegging. Vi understreker de prioriteringsutfordringene og policyvalgene som kommunene står overfor. Vi argumenterer for at det er behov for en styrket og mer sentralt ledet kommuneplanlegging for å møte utfordringene. Plangrunnlaget må styrkes gjennom et system med Tilstandsrapport for sektoren.

Vi anser det tjenlig at alle kommuner lager en egen Tilstandsrapport for Helse- og omsorgssektoren som integreres i den overordnede kommuneplanlegging, konkret Kommuneplan, Langtidsbudsjett og Årsbudsjett. Vi fremholder at en beredskapsholdning er nødvendig i alle kommuner. Vi vurderer det slik at flere kommuner antakelig uansett vil få større utfordringer enn de kan make. Vi antar at det kan melde seg kriselignende tilstander i flere kommuner snart etter år 2020. Dette kan lede til reelle endringer og nyskaping, men det blir avhengig av ressurstilgangen og statens rolle.

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 på basis av de kommunale tilstandsrapporter. Slik kan staten få en samlet oversikt over den reelle statusen i forhold til det sterkt økende antall eldre, særlig i aldergruppen over 80 år, som vil komme i årene etter 2020.

Ser vi på våre anbefalinger opp mot det som evalueringen av Omsorgsplan 2015, finner vi at vi har flere sammenfallende oppfatninger om tilstanden knyttet til planlegging.

Hagen mfl. 2015 sier at: En bør følge nøye med på hvordan omsorgstilbudene utvikler seg og hvordan tilbudene ivaretar de eldste eldre i en situasjon der yngre brukergrupper øker og opptar en betydelig del av tjenestetilbudet.

Dette ser vi som en klar faktisk støtte til vårt forslag om utvikling av tilstandsrapporter i den kommunale Helse- og omsorgssektor. Her foreslår vi følgende i 2014:

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, med hovedfokus på 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.

Det er tydelig at de funn som foreligger fra evalueringen av Omsorgsplan 2015 og våre funn fra 2009 og 2014 viser at det er mangler på området. En helhetlig oversikt over tilstanden er derfor viktig å få. Primærhelsemeldingens intensjoner gjør det ikke mindre vesentlig å få på plass en oversikt her.

3.5 EVALUERING AV SAMHANDLINGSREFORMEN – NOEN HOVEDTREKK

Samhandlingsreformen er blitt evaluert av seks evalueringskonsortier igangsatt av Norges

Forskningsråd med bevilgning fra Helse- og omsorgsdepartementet. Forskningsrådet valgte ut seks miljøer til å foreta evalueringen. Evalueringen ble gjennomført i perioden 2012 – 2015. Miljøene er fra NTNU, UIO, Frischsenteret og Uni Research AS og HSN/NIBR

Samhandlingsreformens formål var 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 tre hovedutfordringene uttrykker sentrale og viktige helsepolitiske mål. En kan si at de tre utfordringene henholdsvis representerer et pasientperspektiv, et folkehelseperspektiv og et samfunnsøkonomisk perspektiv. Samhandlingsreformen er

et virkemiddel for å nå de langsiktige helsepolitiske målene (Kaasa 2011).

Følgene hovedresultater ble framlagt i sluttrapporten for prosjektet: Evaluering av samhandlingsreformen (EVASAM) (NFR 2016) Norges forskningsråd 2016 Evaluering av samhandlingsreformen, Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen

I rapporten framkommer det følgende funn og anbefalinger videre.

Helhetlige pasientforløp

- Diagnosebaserte pasientforløp opplevdes som lite tilpasset den kommunale virkelighet og for spesialisert for det lokale pasientgrunnet.
- Diagnoseuavhengige pasientforløp synes å passe bedre, særlig for pasienter med multisykdom.
- Brukerne har i begrenset utstrekning medvirket i utformingen av avtalene mellom kommuner og foretak.
- Nesten alle kommuner hadde ved utgangen av 2015 tatt i bruk digitale pleie- og omsorgsmeldinger, noe som har bidratt til bedre oversikt over pasientstrømmer.

Økonomiske virkemidler

- Det kommunale betalingsansvaret for utskrivningsklare pasienter har hatt betydelige effekter, både tilsiktede og utilsiktede: Liggetiden på sykehus har gått kraftig ned, men antallet innleggelses har økt påtagelig.
- Statstilskuddene til kommunene har ført til en signifikant vekst i kommunenes budsjetter for pleie og omsorg.

Folkehelse og forebygging

- Folkehelse temaer har fått økt oppmerksomhet i de kommunale planprosessene.
- Økt fokus på korttidsforebygging. Særlig i små og mellomstore kommuner satser man på å unngå innleggelseskostnader på denne måten.
- Mer tverrsektorielt samarbeid. Mer gjennomslag i sektorer utenom helsesektoren.
- Alle kommuner bør ha en folkehelsekoordinator.

Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak

- Kommunene har bare i liten grad benyttet rommet for lokale tilpasninger som er mulig innenfor lovverket.
- Avtalene har ikke bidratt til vesentlige endringer i opplevd samarbeid. Kommunene opplever ikke endret styrkeforhold og økt

- likeverd i forhandlinger og samarbeid.
- Kommunchelsetjenesten bør involveres tidligere i utskrivingsprosessen fra sykehus, og utskrivningen bør differensieres slik at det tas hensyn til pasientenes kompleksitet.
- Fastlegens kompetanse bør i langt større grad brukes i denne fasen.

Interkommunalt samarbeid og andre organisatoriske mekanismer

- Kommunene står ganske fritt med hensyn til hvordan de organisatorisk vil ivareta sitt utvidede ansvar. Ansvaret er i stor utstrekning organisert gjennom interkommunalt samarbeid.
- To tredjedeler av alle kommuner inngår i interkommunale samarbeidsordninger omkring helse spørsmål. Særlig er det utbredt samarbeid om legevakt.
- Detaljene i samarbeidet varierer en god del, og det er rom for lokale tilpasninger, samtidig som samarbeidet ser ut til å fungere nokså problemfritt. Den vanligste samarbeidsformen er gjennom vertskommunemodellen.

IKT-løsninger

- Både pasienter og helsepersonell er gjennomgående svært positive til de IKT-løsningene som er tatt i bruk og dokumentert.
- Pasientene er foreløpig bare marginalt involvert i disse løsningene.
- Løsningene for elektronisk samhandling øker effektiviteten hos helsepersonell, legger grunnlaget for bedre informasjonskvalitet og gir bedre pasientsikkerhet.
- Elektronisk samhandling mellom helsepersonell er godt etablert og rutinemessig innført.
- De elektroniske samhandlingsløsningene har medført behov for å forbedre kvalitet, struktur og innhold i informasjonen som formidles.
- Samhandling mellom pasienter og helsepersonell har fortsatt et betydelig potensial.
- Tilgang til oppdatert og relevant informasjon er en utfordring, ikke minst for å kunne gi pasienter og brukere større muligheter til å ta kontroll over egen sykdom, spesielt innenfor kronikergrupper.
- Det er potensial for i større grad å ta i bruk telemedisinske løsninger

Kommunale akutte døgnplasser (KAD)

- Innføringen av KAD har hatt effekter, men effektene varierer med hvordan tilbudet er organisert.
- KAD med god tilgang til legetjenester (samlokalisert med legevakt/god legeberedskap) har hatt best effekt. For KAD med annen organisering er det ikke dokumentert effekt.
- Effekten er størst for pasientgruppen over 80 år innlagt ved medisinske avdelinger

Riksrevisjonen har i sin rapport Dokument 3:5 (2015–2016) en gjennomgang av Samhandlingsreformen og kommet fram til følgende hovedfunn:

- Kommunene har tatt over pasienter som tidligere lå ferdigbehandlet i sykehus.
- Det finnes lite kunnskap om kvaliteten på tjenestene til pasienter som skrives ut til kommunene.
- Kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD) benyttes ikke på en måte og i et omfang som er i tråd med intensjonen.
- Samarbeidet om pasienter med behov for tjenester fra både primær- og spesialisthelsetjenesten er ikke godt nok.
- Innenfor rus- og psykiatriområdet er ikke tilbudet i kommunene styrket i takt med nedbyggingen av døgnplasser i spesialisthelsetjenesten.
- Kommunene har i liten grad økt kapasiteten og styrket kompetansen etter innføringen av Samhandlingsreformen.

Denne undersøkelsen bygger bl.a. på et spørreskjema til alle landets kommuner, med en svarprosent på 78%. Undersøkelsens metodikk og den høye svarprosenten gir grunn til å anta en høy grad av reliabilitet i undersøkelsens resultater.

Vi noterer oss likevel at i Riksrevisjonen sin undersøkelse er det mer enn hver femte kommune som ikke har svart. Vi antar at dette i overveiende grad er kommuner som har større mangler i sitt planarbeid og tiltak i helse- og omsorgssektoren enn gjennomsnittet. Dette kan tyde på at noen kommuner ikke liker å bli kikket i kortene.

I rapporten kommer det frem at 95% av kommunene opplever at pasientene typisk er sykere når de overføres til kommunehelsetjenesten sammenliknet med før reformen. Over 80% av fastlegene svarer at pasienter ofte blir skrevet ut for tidlig til kommunen.

«Etter Riksrevisjonens vurdering er det grunn til å følge utviklingen nøye, både når det gjelder om pasienter overføres for raskt til kommunene, og om kommunene er i stand til å ta imot flere og sykere pasienter på en god måte» (side 8 i rapporten).

Dette er en megetsigende uttalelse om et hovedpunkt i den foreløpige evalueringen av Samhandlingsreformen.

I forhold til de statlige intensjoner og være undersøkelser finner vi også følgende sitat fra rapporten meget tankevekkende:

«Selv om kommunene bruker noe mer penger på pleie og omsorg i 2014 sammenliknet med 2010, har kapasiteten i kommunehelsetjenesten i liten grad blitt styrket» (sitat side 11).

Det samme vil vi si om rapporten påpekning av at antallet heldøgns plasser til rusbehandling og psykiatri i spesialisthelsetjenesten har sunket med nesten 10 prosent fra 2010 til 2014. Det sies videre: «Reduksjonen i antallet heldøgns plasser i spesialisthelsetjenesten har ikke blitt kompensert med en tilsvarende styrking av tilbudet i kommunene.»

Dette er et hovedmoment i en kritisk vurdering som gjelder oppfylling av forutsetningene for den reduserte bruk av institusjonsplasser i Helse- og omsorgssektoren.

Nær halvparten av kommune opplyser at de har for få sykepleiere, mens bare hver femte kommune mener at de har for lav legedekning.

Vi ser igjen et hovedbilde av svikten i forutsetningene for en vellykket implementering av ideer som er velmente og teoretisk sett holdbare.

Denne rapporten fra Riksrevisjonen bekrefter ett av våre hovedpoenger. Vi har hele tiden hevdet at det tar tid å få på plass de konkrete forutsetninger for å få intensjoner og reformer til å virke i praksis.

Samhandlingsreformen er i likhet med mange av de andre reformene en «Avinstitusjonaliseringsreform». Problemet er at det er lettere og raskere å formulere intensjonene enn å konkretisere og iverksette de oppfølgende tiltak og tjenester. Utbyggingen av de konkrete alternativene som er reformenes forutsetninger for å lykkes, kommer for seint og for svakt til å erstatte institusjonsbehandlingen.

Dette henger sammen med den kommunale ressursituasjon når det gjelder særlig penger og kompetanse. De kommunale ressurser er ofte for svake til å møte de utfordringer som følger med iverksetting av reformene. Derfor blir de hengende i luften.

Det er også andre fagmiljøer som har sett nærmere på Samhandlingsreformen. Ett av disse er Telemarksforskning (Haukelien, Vike og Vadheim 2015) Undersøkelsen belyser sykepleiernes, arbeidstakernes erfaringer med reformen. Undersøkelsen her bygger på et utvalg av fem kommuner. Dette er et for spinkelt grunnlag til å kunne trekke sikre, generelle konklusjoner, men tendensene er uansett interessante.

Hovedfunnene siteres fra rapporten nedenfor:

- Samhandlingsreformen har gitt økt arbeidsmengde i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Den økte arbeidsmengden skyldes flere og sykere pasienter, større gjennomstrømming av pasienter mellom ulike kommunale tilbud og mellom kommunens helse- og omsorgstjeneste og helseforetakene, noe som medfører økt administrering og dokumentasjon.
- Oppgavene har blitt langt mer komplekse. Dette gjelder både mer kompliserte medisinske prosedyrer enn før, langt større krav til koordinering, beredskap og kvalitetssikring.
- Økt kompleksitet og arbeidsmengde har kommet før kommunene har vært i stand til å bygge opp kompetanse og faglig infrastruktur. Det gjør at kommunene hele tiden er på etterskudd i å møte de økte kravene.
- De kommunale helse- og omsorgstjenestene har for liten kompetanse til å imøtekomme de økte utfordringene. Kompetanseheving foregår i stor grad i form av kurs- og ad hoc-opplæring og i mindre grad i form av systematisk utdanning av sykepleiespesialister.
- Dette fører til økt sårbarhet og svikt i kvalitetssikringen.
- Kvaliteten varierer mer enn før mellom ulike deler av det kommunale helse- og omsorgsapparatet og mellom ulike kommuner.
- Både spørreundersøkelsen og intervjuundersøkelsen viser at sykepleierne gjennomgående svarer at kvaliteten er god, selv om de påpeker store mangler i kvalitet og kompetanse. Denne tilsynelatende motsetningen ser ut til å ha sammenheng med sykepleiernes personlig erfarte, individuelle, og vanskelig avgrensbare ansvar for kvaliteten i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.
- Ledere og ansatte vurderer situasjonen ulikt. Ledere vurderer situasjonen som langt mindre problematisk enn de som yter tjenestene.
- De utilsiktede konsekvensene av den store oppgave- og ansvarsoverføringen fra helseforetak til kommuner er lite erkjent og lite gjort kjent.

- Terskelen for å få innvilget kommunale helse- og omsorgstjenester har blitt merkbart høyere på grunn av for knappe ressurser i forhold til de økte behovene.
- Samhandlingsreformen synes ikke å ha ført til økt rehabilitering, bedre psykiske helsehjelp eller mer forebygging. De som kommer dårligst ut etter Samhandlingsreformen er eldre mennesker med moderate psykiske problemer, eldre mennesker med behov for tilsyn, moderate helse- og omsorgsbehov, og sosial kontakt.
- For alle de fem kommunene vi har undersøkt kom Samhandlingsreformen brått på. I løpet av kort tid på nyåret 2012 begynte nye og sykere pasientgrupper å strømme til. Det var på ingen måte snakk om gradvis opptrapping i takt med bemannings- og kompetanseheving i kommunene. (Haukelien, Vike, Vadheim 2015 s. 8).

Dette er interessante funn. Spesielt er funnene til Riksrevisjonen og Haukelien, Vike og Vadheim i tråd med våre funn (Vetvik og Disch 2014). Dette viser at det er ytterligere behov for oversikt og tilstandsanalyser i Norske kommuner.

Undersøkelsene som her skisseres er av ulik karakter, men viser her på andre måter det høye tempo i intensjonsbølgene som skyller inn over kommunene. Jf. Kapittel 2. Beredskapen for dette i kommunene både når det gjelder plan, økonomi, personell og frivillig innsats er et utfordrende spørsmål.

Hagen og Romøren oppsummerer evalueringen av samhandlingsreformen i Tidsskrift for omsorgsforskning 2/2016. Liggetiden i sykehus har gått ned og antall reinnleggelses svalt opp, men sammenhengen med reformbestrebelsene er ikke entydige. Reduksjonen i liggetider for pasientene som skal ha kommunale tjenester skjedde raskere enn det vi ville forventet uten samhandlingsreformen, men utviklingen ville gått i denne retningen uansett. Kommunale akutte døgnenheter har en begrenset effekt på antallet sykehusinnleggelses blant eldre. Kommunene ser ut til å løse denne oppgaven gjennom interkommunalt samarbeid. KAD er i seg selv trolig ikke avhengig av større kommunale enheter, men de minste KAD-ene må organiseres bedre for å gi effekt.

Fastlegen, som er tiltenkt en nøkkelrolle i samhandlingsreformens opplegg, står i hovedsak på sidelinjen. Forskjellen på intensjoner og praksis er igjen et sentralt poeng.

Alt i alt har kommunene et stykke på vei mestret de store nye oppgavene de har fått, men spørsmålet er: Til hvilken pris?

Andre studier indikerer at personalet er under press. Kanskje vil entusiasmen reformen åpenbart ble møtt med lokalt etter hvert forta seg (Gautun & Syse, 2013). Om samhandlingsreformen hever kostnadseffektiviteten i helsetjenesten vet vi ennå ikke. Riksrevisjonen (2016) har vært tidlig ute med en analyse av kostnadseffektiviteten ved KAD-ene. Etter vårt syn er analysen gjennomført for tidlig. Nye tiltak finansiert ved øremerkede bevilgninger vil ofte være lite kostnadseffektive fordi kommunene ikke stilles overfor den reelle kostnaden ved tiltaket. Om to-tre år, etter at KAD-ene er lagt inn i kommunerammen og muligens kan utnyttes mer fleksibelt for eksempel også overfor utskrivningsklare pasienter, vil det være mulig å trekke sikrere konklusjoner om tiltakets kostnadseffektivitet.

Hagen og Romøren sier til sist i sin oppsummering i Tidsskrift for omsorgsforskning 2/2016 følgende: «Samhandlingsreformen var en stor og omfattende reform. Noen kalte den en «retningsreform». At retningen ble endret tror ikke vi. Det var snarere en «fortsettelsesreform» der flere oppgaver i tråd med utviklingen de siste 30 årene ble lagt til kommunene. I økende grad har tiltakene som nå desentraliseres et nedslagsfelt som går utover grensene for de minste kommunene. Kommunenes svar er interkommunale samarbeid som av og til kan være skjøre konstruksjoner. Effektiviteten i virkemidlene har også variert, og det bør stilles spørsmål ved om staten i utgangspunktet burde ha benyttet en mer eksperimenterende tilnærming. Vi tror at ulike forsøk med tiltak både kan gi oss mer treffsikre tjenester og hindre iverksetting av tiltak som ikke fungerer».

Vi tenker at dette er vurderinger som samsvarer med våre konklusjoner.

3.6 EVALUERING AV SAMHANDLINGSREFORMEN – NOEN OPPSUMMERENDE KOMMENTARER

Myndighetene fra ulike politiske partier har gitt tydelige uttrykk for den politiske viljen til å forbedre den kommunale helse- og omsorgstjenesten. For å styrke gjennomføringen av Samhandlingsreformen legges det i Primærhelsemeldingen fram nye intensjoner.

Regjeringen vil gjennom denne meldingen vil styrke pasientenes helsetjeneste. Pasientenes behov skal settes i sentrum for utvikling og endring av helse- og omsorgstjenesten. For å oppnå dette kreves endringer. Kommunene må gjøres i stand til å oppfylle samhandlingsreformens intensjoner om koordinerte og helhetlige pasientforløp, mer forebygging og tidlig innsats, flere tjenester nær der brukerne bor, og at en større andel av tjenestene leveres i kommunene. Med Samhandlingsreformen formen har kommunene fått en viktigere rolle i å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til befolkningen.

Regjeringen hevder at denne rollen krever en annen kommunestruktur enn vi har i dag. En ny kommunestruktur, der kommunene blir større kan gjøre dem bedre i stand til å levere helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet i tråd med dagens og fremtidens behov.

Men det er ingen automatikk i dette. Kommunereformen blir ingen parademarsj og det er ikke sikkert at de kommunene som vil ha mest å hente i en sammenslåing er de som faktisk ville ha størst behov/gevinst av det.

Å møte samhandlingsreformens målsettinger og utfordringer krever endringer og fornyelse innad i den kommunale helse- og omsorgstjenesten både på kort og lengre sikt. Dette kan erfaringsmessig vise seg å bli krevende omstillingsprosesser som tar lang tid å gå seg til.

Det er for tidlig å si mye om de hva langsiktige virkninger av reformen vil bli i praksis. Mye kan tyde på at det kunne vært fordelaktig å ha gjort forsøk med Samhandlingsreformen i et mindre utvalg av kommuner for å vinne praktisk erfaring før den ble etablert som en generell ordning i alle landets kommuner.

Norske helse- og omsorgstjenester har en god standard i internasjonale sammenligninger. Norge ligger høyt når det gjelder ressursbruken på Helse- og Omsorgstjenester pr

innbygger. Men det er som vist erkjent store utfordringer likevel, og beredskapen for et økende antall eldre er det store spørsmål nå.

Det er nå flere år siden hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten er blitt vurdert i en melding til Stortinget. Omsorgsfeltet er bredt beskrevet i Meld. St. 29 (2012–2013), Morgendagens omsorg. Tyngdepunktet i den siste meldingen (Folkehelsemeldingen) handler helsetjenestene i kommunen. Det er imidlertid nå, etter vår vurdering, behov for å vurdere innholdet i og samspillet mellom alle deltjenestene, med tydelige og fremtidsrettede politiske føringer for en helhetlig politikk for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.





4. METODE OG DATAGRUNNLAG FOR VÅR STUDIE FRA 2015

De nye data i denne rapporten bygger på et spørreskjema som ble utsendt elektronisk til leder av Helse- og omsorgssektoren i alle norske kommuner. Skjemaet er bygget over samme mal som våre tidligere undersøkelser (Disch og Vetvik 2009 og Vetvik og Disch 2014). I spørreskjemaet har vi noen spørsmål som fortsatt ble vurdert å være aktuelle. Disse ble også gjentatt for sammenlikningens. Vi har i tillegg også nye spørsmål tilpasset den aktuelle situasjon og utviklingen siden vår forrige rapport i 2014.

Spørreskjemaet ble besvart i 129 kommuner, som er 30% av alle. Dette er markert lavere enn i de to foregående undersøkelsene, hvor begge hadde svarprosent over 50. Selv om spørreskjemaet er sendt til hele universet og slik ikke er en utvalgsstudie, er dette såpass lav svarprosent at det må tas større forbehold enn tidligere om undersøkelsens representativitet.

Ser vi imidlertid på fordelingen av våre 129 svargivere, finner vi at størrelsesfordelingen er i meget godt samsvar med fordelingen av norske kommuner. 53% av svargiverne kommer fra kommuner er med mindre enn 5000 innbyggere. 22% er i størrelseskategorien 5000 – 10.000 innbyggere og 25% har over 10.000 innbyggere.

Svargiverne i materialet fordeler seg som vist i tabell 1.

Tabell 1: Svargiverne etter kommunestørrelse i prosent

Antall innbyggere	Svargivere	Landet
0 – 4.999	53	55
5.000 – 9.999	22	21
10.000 +	25	24

N = 129

Vi ser altså at vårt materiale med hensyn til størrelsesfordeling treffer fordelingsstrukturen av landets kommuner nesten perfekt. Tabellen illustrer den småkommunestruktur som er typisk for Norge. Når en tenker på at over halvparten av kommunene har mindre enn 5000 innbyggere, kunne det vært av interesse og delt denne gruppen i to for eksempel ved å skille ut kommuner med mindre enn 2000 innbyggere som en desidert småkommunegruppe. Men vi har ikke gjort det i våre tidligere undersøkelser og valgte også å la det være med tanken også denne gang. Det kunne imidlertid hatt positiv betydning i forhold til drøftelsene av antatte virkninger av kommunereformen.

Selv om vårt materiale har godt samsvar med den generelle størrelsesfordelingen av norske kommuner, noe som styrker datas representativitet, er den lave svarprosenten et problem.

Vi vet ikke hvorfor svarprosenten ble så lav, men antar at flere faktorer alene/sammen har medvirket til dette. Vi skal drøfte noen ulike aspekter av dette.

Et viktig poeng er at kommunene selv velger om de vil svare. Svarene er et resultat av selvseleksjon. Grunnene til at de deltar eller ikke deltar kan avhenge av flere forhold. Vi kan derfor ha en skjevhet i bortfallet som ikke er tilfeldig, men som kan være knyttet til situasjoner og vurderinger i den enkelte kommune, delvis uavhengig av kommunestørrelse.

Det kan være et ugunstig tidspunkt på forsommeren før et kommunevalg. På denne tiden er aktiviteten i kommunene erfaringsmessig ikke den høyeste.

Enkelte kan ha tenkt at dette har vi på ulike måter svart på før. Det har, som det fremgår tidligere i rapporten (Kapittel 2 og 3), vært mange studier og undersøkelser på feltet i de seinere år.

Etsærligmetodepoeng som påvirker både slike undersøkelser generelt og vår siste undersøkelse spesielt, gjelder svargivernes stilling. Svargiverne er øverst administrative ansvarlige for et felt som i høy grad har politisk interesse og oppmerksomhet

både på lokalt og nasjonalt nivå. Media følger feltet nøye, særlig frem mot valg.

Det må uansett regnes med en viss reservasjon mot å svare på spørsmål om tilstanden på et felt en har ansvar for. Spørsmål der svarene kan oppfattes å ha politiske aspekter og være aktuelle for media, vil lett bli møtt med forsiktighet. Dels kan dette lede til at man lar spørsmålene stå ubesvart og dels kan det tenkes at svarene presenteres med en viss retusjering av bildet – for å si det slik.

I en tidligere undersøkelse om praktiseringen av Forvaltningsloven i norske kommuner ble det dokumentert at det var en systematisk signifikant forskjell mellom det respondentene svarte i intervju, sammenholdt med det som kom frem gjennom en studie av saksbehandlingen i den skriftlige dokumentasjon i arkivet (Vetvik 1987). På samme måte fant vi markante forskjeller i vår undersøkelse fra 2009 mellom enkelte av svarene på spørreskjemaet og en innholds studie av de plandokumenter vi analyserte (Disch og Vetvik 2009).

Våre tidligere rapporter har fått store oppslag i media på grunn av påpekningen av store utfordringer i form av gapet mellom behov og ressurser og manglene i den kommunale plansituasjon. Dette vil kunne påvirke svargiverne til en forsiktighet både når det gjelder å delta i undersøkelsen og måten de besvarer spørsmålene i den.

Disse momentene må has i mente når vi beskriver og drøfter undersøkelsens resultater.

Vi antar at vi har en overrepresentasjon av kommuner hvor situasjonen er bedre enn gjennomsnittet. Som vi har pekt på og seinere skal drøfte noe mer er det konkrete data som tyder på det i blant annet i sammenlikning med andre undersøkelser på feltet. Jf. neste kapittel.

Men vi kan også anta at noen som opplever en sterk skvis/krysspress mellom sin ressurssituasjon og de antatte behovene, har sett på spørreskjemaet som en kanal for å sende varselsignaler og dermed har valgt å delta på grunn av krevende situasjon.

Spørreskjemaets utforming når det gjelder formuleringen av spørsmål og svaralternativer er også et problem. Det er vanskelig å utforme dette slik at den enkelte svargiver får uttrykt sin nøyaktige oppfatning av spørsmålet i forhold til situasjonen i egen kommune (Mordal 1989).

Vi vil fremheve at det er noe uvanlig i undersøkelser å stille spørsmål om vurdering av fremtidige forhold. Vi vet at det er krevende å svare på slike spørsmål og at usikkerheten

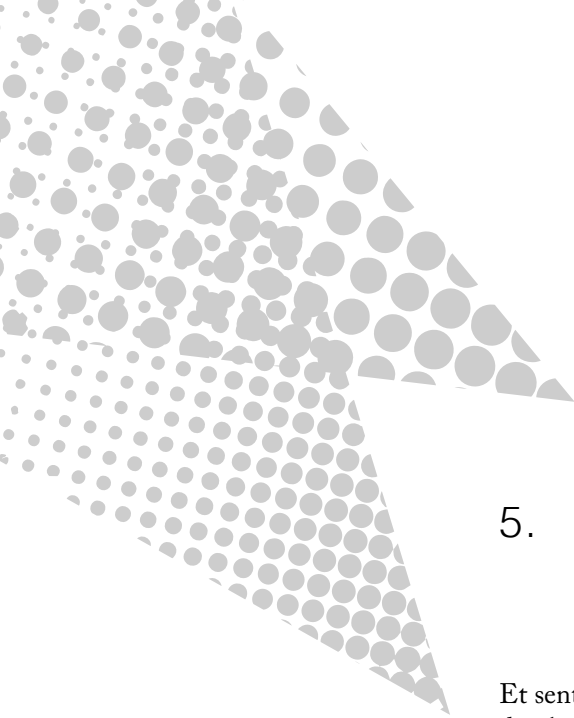
om svarene må anses som ekstra stor. Det er likevel et bevisst særtrekk ved vår undersøkelse å inkludere slike spørsmål. Planlegging handler om å se framover og ha et fremtidsperspektiv på nåtidens tilstand.

I de avsluttende åpne kommentarene fra svargiverne på slutten av spørreskjemaet fikk vi 11 kommentarer til metodespørsmålet. Flere pekte på problemer med svaralternativene i forhold til den aktuelle situasjon. Det ble også sagt at det var for mange og vanskelige spørsmål. En bemerket også at det var vanskelig «å svare på spørsmål av politisk art».

Vi har imidlertid søkt å variere datainnsamlingen ved å gi åpen anledning til kommentar på noen punkter og stilt åpne spørsmål uten gitte svaralternativer på noen få spørsmål. Noen få spørsmål (for få) har basert seg på konkrete faktaopplysninger. På denne måten har vi fått et bredere datagrunnlag for vår fremstilling.

Undersøkelsen bygger i tillegg til spørreskjemaet på offentlige dokumenter og statistikk, samt andre forskningsbidrag på vårt tema, slik det er fremstilt i kapittel 2 og 3, men også som referanser i de etterfølgende kapitler i vår fremstilling.





5. PLANSITUASJONEN I KOMMUNENE I 2015

Et sentralt spørsmål i alle våre undersøkelser har vært å ta rede på den konkrete situasjonen når det gjelder hvilke planer/plandokumenter som finnes i den enkelte kommune og å se dette i forhold til dets egnethet som grunnlag for beslutninger om policy, penger og konkrete handlinger for å møte Helse- og omsorgsutfordringene på kort og lengre sikt.

5.1 HAR KOMMUNENE EN GJELDENE HELSE- OG OMSORGSPLAN?

Det første spørsmål om planleggingssituasjonen er om kommunen har en gjeldende Helse- og omsorgsplan. Nøyaktig 2/3 (67%) svarte at de har det. Det innebærer at hver tredje kommune i vårt materiale ikke har det. Når en tenker på den vekt det har vært på dette i de sentrale signaler, er dette kanskje litt overraskende.

Men når vi ser på det store bortfallet av svargivere i vår undersøkelse, samt data fra NOVA undersøkelsen som viste at bare 43% hadde en slik plan våren 2013, antar vi at andelen kommuner som ikke har en plan er betydelig høyere enn det våre tall viser. Vi antar at minst 40% og kanskje 50% av kommunene ikke har en gjeldende helse- og omsorgsplan i 2015.

Svarene varierer signifikant etter kommunestørrelse. I kommunegruppen 0- 5000 innbyggere, de minste kommunene, er det 53% som svarer at de har en gjeldende Helse- og omsorgsplan. I kommunegruppen 5000 – 19.999, mellomstore kommuner, er det 75 – 79% som svarer det samme. I kommunegruppen fra 20.000 og over, de store kommunene, har 100% en gjeldende Helse- og omsorgsplan. Selv om tallene generelt er for høye i vår

undersøkelse, regner vi med at mønsteret er holdbart.

Disse svarene er i tråd med det en kunne anta. Både behov for å ha planer og kapasitet/kompetanse til å utarbeide dem antas å være korrelert med økende kommunestørrelse.

Når vi sammenlikner med liknende spørsmål fra de tidligere undersøkelsene våre, ser vi uansett en klart økende andel kommuner med planer på feltet. I 2009 svarte bare 28% at de hadde et vedtatt plandokument. Men allerede i 2011 var dette tallet fordoblet til 56%. Med det vi nå vet regner vi med at også disse tallene er klart for høye. Men tendensen til betydelig økning anser vi som holdbar. Dette ser vi som en delvis effekt av de statlige signaler.

Økningen har vært mindre i perioden frem til 2015. Vi ser at det fortsatt er de små kommunene som henger etter med å utarbeide og vedta planer for utviklingen.

Et moment som må nevnes i forbindelse med spørsmålet om hvorvidt kommunene har en Helse- og omsorgsplan er at dette ikke er en lovpålagt oppgave. Det er bare kommuneplan og budsjett som er lovpålagt. Det er en del av den kommunale «frihet» å velge andre arbeidsredskaper etter en selvstendig vurdering av behov og ressurser.

Den økte forekomsten av planer og planvedtak er imidlertid både etter de statlige signaler og vår oppfatning fordelaktig for den videre utvikling av helse- og omsorgstjenestene i kommunene.

Vi vet fra planleggingsteorien at selve prosessen med å utarbeide planen kan ha stor selvstendig verdi, delvis uavhengig av det konkrete planinnholdet (Amdam og Amdam 1990, Amdam og Veggeland 1998).

5.2 PLANENES TIDSHORISONT

På spørsmål om hvilken periode den gjeldende planen gjelder for, er det 1/3 av de som svarer at de har en gjeldende plan, som ikke oppgir noe om planens tidshorisont. Vi tolker dette som et uttrykk for at planen neppe er et aktivt arbeidsdokument i mange disse kommunene. Begrepet «skuffeplan» er benyttet som uttrykk for dette. Vi tenker også at det kanskje er noen som har svart at en slik plan finnes, uten at det er helt korrekt og at planen eventuelt er utgått på dato.

Av de 60 som opplyste om periode for planen hadde en tredjedel planer som hadde utløpstid i 2017 eller tidligere. 1/3 hadde planer som utløp i perioden 2018 – 2020, mens den siste tredjedelen hadde planer som gjaldt frem til mellom

2021 og 2030. Noen planer hadde således en periode på 15 år. Det kan vel stilles et spørsmål om hvor konkret disse planene kan være. Men enkelte opplyste at planen ble rullert hvert år eller annet hvert år.

Den vanligste tidshorizonten var 5 – 10 år. Nesten halvparten (45%) svarte dette. Men det var nesten like mange (38%) som hadde en planhorisont på 4 år. 17% hadde en planperiode på 11 år eller mer, av disse hadde 3 over 15 år.

Et interessant utsagn kom fra en kommune som hadde en gyldighet på planen fra 2010 til 2020. Om denne planen skriver kommunen i 2015 at: «den er overmoden» for revidering.» Denne vurderingen finner vi å være en aktuell og treffende observasjon knyttet til spørsmålet om lengden på planperioden sett i forhold til planens anvendelighet.

Svarene på dette spørsmål gir samlet ikke noe overbevisende uttrykk for at planarbeidet har den nødvendige kvalitet.

5.3 FORHOLDET TIL ANNEN KOMMUNAL PLANLEGGING

Et viktig spørsmål om planenes anvendelighet og faktiske bruk, er om de er enkeltstående dokumenter eller om de er konkret relatert til annen kommunal planlegging.

Halvparten (48%) svarer at Helse- og omsorgsplanens hovedkonklusjoner er inntatt både i kommuneplan og økonomiplan. 36% svarer at hovedkonklusjonene er medtatt enten i økonomiplan (26%) eller i gjeldende kommuneplan (10%). Det er 17% som svarer at hovedkonklusjonene verken er medtatt i kommuneplanen eller økonomiplanen.

Hovedbildet er klart at Helse- og omsorgsplanen opplyses å være relatert til den sentrale kommunale planleggingen, selv om det er noen unntak og en viss variasjon i dette. Hvor konkret dette forholder seg, vites ikke. Vi har denne gangen ikke gjort innholdsanalyser av planene, noe som ga viktige nyanser i bildet i vår første studie av dette i 2009.

Når vi imidlertid sammenlikner svarfordelingen på dette spørsmålet i 2015, med tilsvarende i 2009 og 2011, finner vi en klar utvikling hvor stadig flere av kommunene svarer at helse- og omsorgsplanen er integrert i annen kommunal planlegging. Plansituasjonen kan således sies å ha forbedret seg betydelig i tiden mellom 2009 og 2015 både ved at flere av kommunene har Helse- og omsorgsplan og at disse planene er relatert til øvrig kommunal planlegging. Vi tar likevel et lite

forbehold fordi svarprosenten på vår undersøkelse var så klart lavere enn i de to foregående.

Når vi ser på svarfordelingen etter kommunestørrelse fremkommer samme hovedinntrykk som på spørsmålet om kommunen har en gjeldende Helse- og omsorgsplan. Innpassing av hovedkonklusjonene i annen kommunal planlegging øker tydelig med økende kommunestørrelse.

I de minste kommunene er det bare en tredjedel (34%) som har inntatt hovedkonklusjonene i både kommuneplan og økonomiplan. 29% av disse kommunene har planer som verken er integrert i kommuneplan eller økonomiplan. Blant de største kommunene svarer opp mot 70% at de har medtatt hovedkonklusjonene både i sin kommuneplan og økonomiplan. Knappt noen (1) har verken medtatt konklusjonene i kommuneplan eller økonomiplan. Vi får igjen en markert forskjell når det gjelder aktiv planlegging etter kommunestørrelse.

Denne forskjellen forklarer vi også her som uttrykk for mindre persipert behov for planlegging og mindre kapasitet og kompetanse til dette, i de minste kommunene.

5.4 HAR PLANEN INKLUDERT EN HELHETLIG TILSTANDSRAPPORT?

En viktig hensikt med å lage en Helse- og omsorgsplan kan være å få en helhetlig oversikt over den aktuelle tilstand på feltet med hensyn til oppbygning og fungering av arbeidet på feltet. Uten å definere begrepet «tilstandsrapport» spurte vi de kommunene som hadde en gjeldende Helse – og omsorgsplan om planen inneholdt en «helhetlig tilstandsrapport for situasjonen i kommunens helse- og omsorgssektor i dag»?

33% svarte at planen i stor grad inneholdt en slik tilstandsrapport, og 39% svarte at den gjorde det i tilfredsstillende grad. 24% svarte nei fordi det var visse mangler i oversikten, mens et lite mindretall 3%, svarte at planen i liten grad gir en helhetlig oversikt over situasjonen.

Selv om de fleste svarer at planen gir god/tilfredsstillende oversikt over tilstanden, skal vi likevel legge merke til at om lag en fjerdedel av kommunene svarer at det er mangler når det gjelder dette i planen. Siden vi ikke denne gang har gjort innholdsanalyser av planene kan vi ikke si noe mer konkret om dette. Vi har likevel en antakelse om at en nærmere sjekk av planenes kvalitet med hensyn til dette, ville gitt et øket antall med mangler i forhold til svarene gitt ovenfor.

På denne svarfordelingen er det ikke noen systematisk sammenheng med kommunestørrelse.

5.5 INNEHOLDER HELSE- OG OMSORGSPLANEN EN STRATEGISK HANDLINGSPLAN

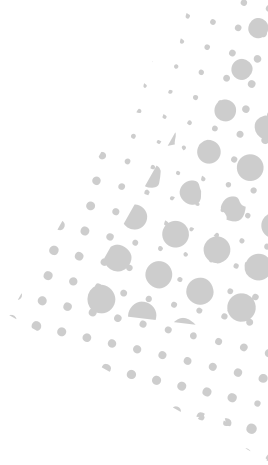
Et annet element som vi tenker vil kunne være tjenlig i en slik plan, er en strategisk handlingsplan som viser hvilke hovedgrep en vil gjøre fremover i forhold til oppgavene på feltet. Vi spurte kommunene om en slik handlingsplan for utviklingen fremover var inkludert i Helse- og omsorgsplanen.

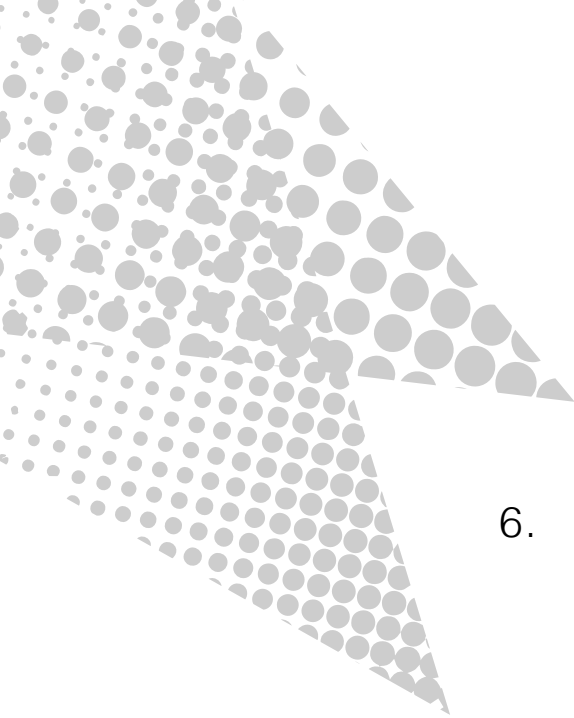
Svarfordelingen på dette følger samme hovedmønster som på spørsmålet om tilstandsrapport. 29% svarte at dette var tilfelle i stor grad, 49% svarte ja, i tilfredsstillende grad. 22% svarte nei fordi det var klare mangler i planen med dette. Samlet kan en si at svarene indikerer en litt større innpassing av strategisk handlingsplan enn av tilstandsanalyse. Men igjen kan dette bare gi et grovt inntrykk. Begrepet «strategisk handlingsplan» er ikke definert i spørreskjemaet og tolkningen av begrepet kan antakelig variere en del mellom de ulike svargiverne. Mange vil vel tenke at om planen har noen hovedprinsipper som er retningsgivende/veiledende, så vil det kunne kalles en strategisk handlingsplan.

Når vi ser på dette spørsmålet etter kommunestørrelse finner vi et tydelig innslag av det blant de minste kommunene, gruppen 0 – 5000 innbyggere, var klart flere (38%) som svarte at det var mangler i Helse- og sosialplanen når det gjelder dette, enn i de større kommunene. Dette tallet sank med økende kommunestørrelse og det var bare 1 av kommunene med over 20000 innbyggere som svarte at det var mangler i planen med hensyn til dette.

Det spørres som nevnt hva som legges i begrepene når det gjelder disse spørsmålene. Vi ser ikke bort fra at en innholdsanalyse av planene ville gitt belegg for å hevde at det manglet mye både i tilstandsrapport og strategisk handlingsplan i mange flere av planene i 2015 enn det som fremkommer i våre tall.

Dette inntrykk forsterkes av de data vi seinere i rapporten fremstiller når det gjelder behovsundersøkelser, planer for frivillig innsats og konsekvensanalyser i forhold til den demografiske utviklingen. Jevnfør her vår avsluttende drøfting av plansituasjonen i de ulike kommunene i vårt avslutningskapittel.





6. KOMMUNENES SYN PÅ PRIORITERING AV ULIKE BEHOV OG OPPGAVER I HELSE- OG OMSORGSSEKTOREN

Vi stilte i vår studie en rekke spørsmål om hvordan den enkelte kommune ville prioritere konkrete utfordringer i Helse- og omsorgssektoren i tråd med de statlige signaler. Det var gitt fire svaralternativer på spørsmålene om prioriteringene: I meget stor grad, I stor grad, til en viss grad og i liten grad.

Et samlet blikk på svarene om de ulike prioriteringene viser at utfordringene har en nokså jevn prioritering. Alle områdene kan sies å være høyt prioritert på den måte at et klart flertall av kommunene svarer at det enkelte område/utfordring er prioritert i meget stor grad, eller i stor grad. Bare et forsvinnende lite mindretall på alle områder velger svaralternativet i liten grad. Dette kan tolkes som et uttrykk for at viljen til å styrke og videreutvikle tilbudet gjør seg sterkt gjeldende i kommunene.

Den høyeste prioritering målt ved gjennomsnitt finner vi av å «styrke rehabiliterings -og habiliterings tilbudet i kommunen».

Den laveste prioritering får vi for det å «styrke det medisinske tilbud for brukerne i institusjon».

Denne høye prioriteringen av habilitering og rehabilitering finner vi å være meget interessant. Vi antar at dette reflekterer en endring i problemoppfatningen i kommunene når det gjelder bruk av ressurser, (jf. Tingvold og Romøren 2015).

Den relativt lavere prioriteringen av det medisinske tilbud for institusjonsbrukerne kan tyde på at dette ansees å være mer på stell og at andre oppgaver er mer presserende. Det er kanskje ikke

de mest kompliserte helseoppgavene som er det dominerende i omsorgen generelt sett.

I fortsettelsen presenterer vi data om de ulike prioriteringsområdene.

6.1 KOMMUNEN VIL STYRKE SAMHANDLINGEN MED SPESIALISTHELSETJENESTEN.

Den vanligste svarkategorien her er «i stor grad» (53%). 32% svarer «til en viss grad». 14% svarer at de vil prioritere dette «i meget stor grad». Det er praktisk talt ingen som svarer at de i «liten grad» vil gjøre dette.

Samlet sett er dette uttrykk for en utbredt høy prioritering. Men i sammenlikning med de øvrige områdene er dette blant de lavest prioriterte. Det er mulig at dette er et uttrykk for at dette er brukbart ivaretatt og at andre behov er mer presserende.

Ser vi på svarfordelingen etter kommunestørrelse, finner vi at prioriteringen øker med stigende kommunestørrelse.

6.2 KOMMUNEN VIL STYRKE DET MEDISINSKE TILBUDET TIL HJEMMEBOENDE BRUKERE.

På dette området ser vi en høyere prioritering enn på forrige omtalte område. Det kommer til uttrykk ved at 24% svarer at de vil prioritere dette i meget stor grad. Ytterligere 54% vil prioritere dette i «stor grad». Andelen som svarer det noe mer forbeholdne «til en viss grad» er på 20%.

Selv om vi også her konstaterer en viss variasjon i svarene, er hovedtendensen uttrykk for en gjennomgående høy prioritering av denne oppgaven. Det kan være at dette er uttrykk for et behov som er blitt klarere etterhvert som tenkningen om den åpne omsorgen i egne hjem er blitt mer konkret.

Ser vi på dette etter kommunestørrelse kommer det ikke frem noen signifikante variasjoner.

6.3 KOMMUNEN VIL STYRKE DET MEDISINSKE TILBUDET FOR BRUKERE I INSTITUSJON.

Svarfordelingen her viser at 9% vil styrke dette i meget stor grad, mens ytterligere 54% vil styrke dette i stor grad. 33% vil styrke dette til en viss grad. Svarfordelingen her likner således mye på prioriteringen av styrket samhandling med spesialist helsetjenesten.

Men vi ser at styrking av helsetilbudet til beboerne i institusjon prioriteres klart lavere en styrking av tilbudet til de hjemmeboende. Dette kan både være uttrykk for at helsetjenesten i institusjon i mange kommuner har vært utbygget til et tilfredsstillende nivå tidligere og for at det er et mantra for tiden i kommunene at øket satsning primært skal rettes mot de hjemmeboende.

Ser vi på svarfordelingen etter kommunestørrelse ser vi at dette er prioritert noe lavere i kommunegruppen med under 10.000 innbyggere enn i de større kommunene over 10.000 innbyggere.

6.4 KOMMUNEN VIL STYRKE DEN SYKEPLEIEFAGLIGE KOMPETANSEN I SYKEHJEM/HJEMMETJENESTE.

Dette spørsmålet gjelder styrking av den sykepleiefaglige kompetansen generelt og skiller ikke mellom de som bor hjemme og de som bor på institusjon.

24% svarer at kompetansen skal styrkes i meget stor grad, mens ytterligere 50% svarer at den skal styrkes i stor grad. 25% svarer at den skal styrkes til en viss grad. Det er altså også her betydelig variasjon. Men hovedbildet er jevnt over høy prioritet til styrking av den sykepleiefaglige kompetansen. Vi ser at behovet for styrking av den sykepleiefaglige kompetansen er høyere prioritert enn det medisinske tilbudet.

Ser vi på dette etter kommunestørrelse, finner vi at dette er prioritert høyere i kommunene med mindre enn 10.000 innbyggere, enn i de større kommunene over 10.000 innbyggere.

6.5 KOMMUNEN VIL STYRKE REHABILITERINGS/ HABILITERINGS TILBUDET.

Dette er det område som fremstår med den høyeste gjennomsnittsscore av de ulike prioriteringsområdene som inngår i vår undersøkelse. Hele 37% svarer at dette skal prioriteres i meget stor grad, mens ytterligere 42% svarer at det i stor grad skal prioriteres. Det er altså praktisk talt 8 av 10 svargivere som vil prioritere dette i meget stor grad/stor grad. Nesten 20% at det skal prioriteres til en viss grad.

Dette området er aller høyest prioritert i kommunegruppen med over 20.000 innbyggere. Her svarer alle unntatt 1 kommune at dette skal prioriteres i meget stor eller stor grad.

6.6 KOMMUNEN VIL STYRKE ARBEIDET MED AKTIV OMSORG.

Svarfordelingen her ligger omtrent på gjennomsnittet av de ulike prioriteringsområdene. 27% vil styrke aktiv omsorg i meget stor grad. Ytterligere 48% vil styrke det i stor grad, mens 23% svarer til en viss grad.

Vi ser en klar tendens til at dette oftere prioriteres høyt i kommuner med 20.000 innbyggere eller mer enn i de mindre kommunene.

6.7 KOMMUNEN VIL STYRKE SAMHANDLINGEN MED FRIVILLIGE

22% svarer at de i meget stor grad vil prioritere dette. Ytterligere 50% svarer at de i stor grad vil prioritere dette. 28% svarer at de til en viss grad vil prioritere dette. Samlet ligger styrking på dette området litt lavere enn gjennomsnittet.

Det er en markant tendens til at dette er klart lavere prioritert i kommuner med mindre enn 10.000 innbyggere. I de store kommunene har dette en betydelig markert høyere prioritet.

6.8 KOMMUNEN VIL STYRKE SAMHANDLINGEN MED PÅRØRENDE FOR Å STYRKE FAMILIEOMSORGEN.

13% sier at de vil gjøre dette i meget stor grad. Ytterligere 54% vil gjøre dette i stor grad. Vi ser imidlertid at 32% svarer til en viss grad med hensyn til dette. Også på dette feltet gir gjennomsnittstallet uttrykk for noe lavere prioritering og større forskjell mellom kommunene i denne prioriteringen.

Ser vi dette etter kommunestørrelse finner vi en klar sammenheng. Med økende kommunestørrelse øker også prioriteringen av dette styrkingstiltaket.

Samlet ser vi at prioriteringen av aktiv omsorg, samhandling med frivillige og pårørende kommer ut under gjennomsnittet når det gjelder prioritering. Men vi understreker at forskjellene ikke er store og at det hefter usikkerhet om tallenes representativitet på grunn av svarprosenten i undersøkelsen.

Når det gjelder utslaget etter kommunestørrelse ser at disse områdene først og fremst er prioritert lavere i de små og mellomstore kommunene, mens de store kommune, fra 10.000 innbyggere og flere har en markert høyere prioritering av disse områdene.

Vi tenker at dette kan ha en sammenheng med de økonomiske ressursene i kommunene. Der hvor økonomien er mest anstrengt vil en oftere se etter alternative aktører for å avhjelpe situasjonen.

Det kan også henge sammen med status presens, det vil si hvilke nivå man har på tilstanden på det aktuelle området på undersøkelsestidspunktet.

6.9 PRIORITERING I SAMMENLIKNING MED TIDLIGERE UNDERSØKELSER.

Vi har sammenliknet disse data med data fra våre undersøkelser i 2009 og 2011. Hovedbildet har ikke endret seg mye, men vi finner enkelte forskjeller.

Vi ser at prioriteringen av samarbeid med spesialisthelsetjenesten og det medisinske tilbud til institusjonsbeboere har fått en lavere prioritering i 2015 enn i de tidligere årene.

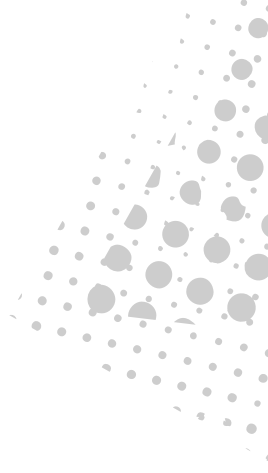
Vi er usikker på hva dette kan skyldes. Det kan være en effekt av samhandlingsreformen. Den kan ha bedret samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

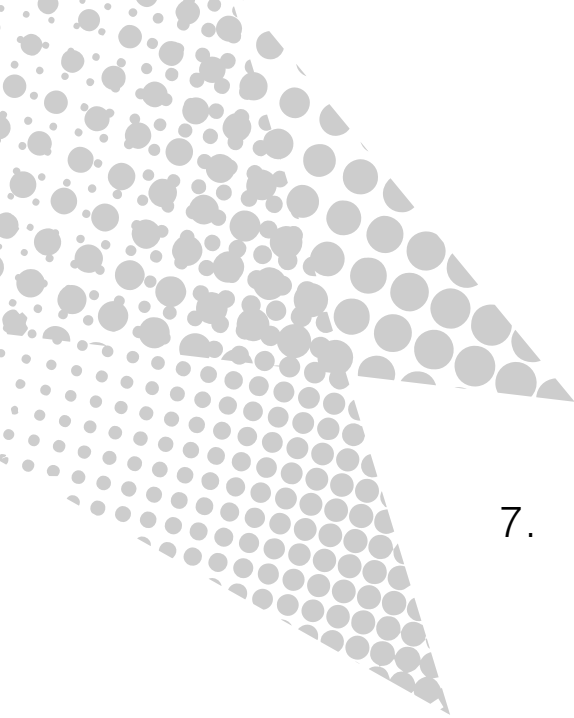
På den annen side har evalueringsundersøkelser vist at andelen skrøpelig pasienter i sykehjemmene har øket med samhandlingsreformen (Tingvold og Romøren 2015). De tall vi presenterer seinere i denne rapporten synes også å være en indikasjon på dette. Dette skulle tilsi at behovet for øket medisinsk bistand skulle være til stede.

Prioriteringen av økt sykepleiefaglig kompetanse har også sunket noe. Dette kan ha en sammenheng med at personell økningen i perioden 2011 – 15 har bidratt til å avhjelpe noe av dette behovet spesielt i store kommuner over 10.000 innbyggere.

Vi må ta det forbehold at usikkerheten om datagrunnlaget særlig i 2015 gjør det usikkert om disse tendensene også er reelle for helhetssituasjonen. Men vi tenker at vi antakelig har fanget opp en viss reell endring som kan skyldes økt behovsdekning i disse årene på noen områder.

På den annen side ser vi at prioriteringen av økt vekt på aktiv omsorg har økt betydelig fra 2011 – 2015. Dette er i tråd med de statlige signaler i perioden, tenker vi. Økt fokus på folkehelse kan være noe av årsaken.





7. INSTITUSJONSPLASSER OG ÅPEN OMSORG - STATUS OG UTVIKLING

Spørsmålet om utbygging og fordeling av ressurser mellom institusjonsplasser og plasser i den åpne omsorgen har vært et av hovedpunktene i debatten om valg av modell for utformingen av eldreomsorgen på lokalt nivå. Det her siden årtusenskiftet vært et klart hegemoni for det syn at institusjonsomsorgen bør få en mindre dominerende plass enn tidligere i samfunnets samlede tilbud til de eldre og omsorgstrengende. Hovedargumentet har vært at dette er best for brukerne og i tråd med deres ønsker. Men det har også vært en betydelig vekt på økonomiske aspekter for kommuneøkonomien (Tingvold og Romøren 2015), (Veenstra, Havig og Gautun 2015).

Privatøkonomiske sider av saken knyttet til brukerbetalingen ved ulike boformer er i mindre grad kommunisert som et moment. Dette fremstår som en viktig svakhet i de økonomiske overveielene rundt dette.

7.1 BEHOVSDEKNING 2015 PÅ NOEN SENTRALE OMRÅDER

Vi har vært interessert i forholdet mellom hva kommunene sier, og hva de faktisk gjør, når det gjelder helse- og omsorgsoppgavene. Hva de tenker om utviklingen fremover har også vært et sentralt spørsmål.

Vi stilte først et spørsmål om hvordan kommunene vurderte sin behovsdekning i 2015 på fire ulike områder: Sykehjemsplasser,

omsorgsboliger, antall ansatte og antall frivillige. I tabell 2 har vi stilt opp data som viser svarfordelingen på dette spørsmålet.

Tabell 2: Behovsdekning 2015 på fire områder. Prosent

Svarkategori	Sykehjem	Omsorgsboliger	Ansatte	Frivillige
Overkapasitet	25	9	2	0
Tilfredsstillende kapasitet	56	43	54	18
En viss underdekning	18	32	42	57
Stor Underdekning	2	16	2	25
Sum	101	100	100	100

$N = 125$

Tallene viser at hele 25% av kommunene i vårt utvalg svarer at de har en overkapasitet på sykehjemsplasser. Ytterligere 56% svarer at de har en tilfredsstillende kapasitet. Bare 2% svarer stor underdekning, mens 18% svarer en viss underdekning. Dette betyr at 1 av 5 kommuner i utvalget melder om manko på sykehjemsplasser.

Når vi ser på svarene når det gjelder omsorgsboliger, kommer et noe annet bilde frem. Også her melder noen om overkapasitet (9%). 42% melder om tilfredsstillende dekning. Det vil si at halvparten melder om god kapasitet. Vi ser imidlertid her at nesten halvparten (48%) melder om underdekning her. Hver 6 kommune i utvalget melder om stor underdekning.

Ettersom den demografiske situasjonen i perioden har vært stabil, og siden bygging av omsorgsboliger har vært en prioritert i de fleste kommunene i de seinere årene, viser vel disse tallene det viktige poeng at det ikke bare er å gjøre et policyvedtak og så går det videre av seg selv. Det er lettere sagt enn gjort. Iverksetting tar tid.

Når det gjelder personell situasjonen finner vi at 2% svarer overkapasitet og 54% tilfredsstillende kapasitet. Men vi finner også at 42% svarer en viss underdekning, mens bare 2% svarer stor underdekning. Bildet av personalsituasjonen fremstår således ikke kritisk, selv om det antakelig kan variere en del hva som legges i begrepet «en viss underdekning». Men det noteres at henimot halvparten har en situasjon som kan kalles for noe presset. Dette kan være et problem både for arbeidsmiljø og for fremtidig rekruttering.

Når det gjelder behovsdekningen av frivillige ser vi at ingen

melder om overdekning. Bare 18% melder om tilfredsstillende kapasitet. Det er 57% som melder om en viss underdekning og ytterligere 25% som melder om stor underdekning. Igjen kan en spørre om dette er et resultat primært av avstanden mellom retorikk og de praktiske muligheter som finnes.

Det kan også være forbundet med et metodeproblem knyttet til å utløse mer frivillig innsats. Vi vil vi vil, men vi får det ikke til? Spørsmålet om konkrete planer for den frivillige innsatsen og en konkret pårørende politikk kan være aktuelt her.

7.1.1 BEHOVSDEKNINGEN ETTER KOMMUNESTØRRELSE

Når det gjelder overkapasitet av sykehjemsplasser rapporteres dette bare i kommuner med mindre enn 20.000 innbyggere. Store kommuner i vårt materiale melder overhodet ikke om slik overkapasitet. I den minste størrelseskategorien, kommuner under 5000 innbyggere, melder 34% om overkapasitet.

I gruppen 10.000 – 19.999 melder hele 44% om en viss underdekning.

Når det gjelder overdekning av omsorgsboliger rapporteres dette nesten bare i kommuner med mindre enn 10.000 innbyggere.

Når det gjelder underdekning av omsorgsboliger finner vi ingen nevneverdig forskjell etter kommunestørrelse.

De tre kommunene som melder om overdekning av ansatte har alle mindre enn 10.000 innbyggere.

Når det gjelder underdekning av ansatte ser vi at den er størst i kommunegruppen med 5000 – 9999 innbyggere. Her er det over 50% som svarer dette, og de to eneste kommuner som svarer stor underdekning finnes her.

Når det gjelder underdekning av frivillige finner vi økende andel med økende kommunestørrelse.

7.1.3 SAMMENLIKNING MED SITUASJONEN I 2011

På samme spørsmål i 2011 undersøkelsen fant vi en klart lavere overdekning (11%) og en klart høyere andel som svarte underdekning (36 %) av sykehjemsplasser.

Når det gjelder omsorgsboliger er tallene mye likere. Det var imidlertid bare 1% som meldte om en overkapasitet i 2011, mot 9 % i 2015.

Det er imidlertid flere i 2015 som melder om stor underdekning av omsorgsboliger enn i 2011. Situasjonen synes

derfor å være noe mer varierende med hensyn til dette i 2015 enn i 2011. Det må kommenteres at tallene for 2015 kan sees i lys av det forhold at det tar tid også å opprette plasser i omsorgsboliger, selv om formålet er tiljublet og prioritert. Men det er et tankekors uansett at den form for tiltak som oftest er foretrukket i kommunene har en lavere dekningsgrad i 2015 enn i 2011. Det kan sees som et kapasitetsproblem i forhold til beredskapen for fremtidens utvikling.

7.2 VURDERING AV UTVIKLINGEN AV SYKEHJEMSPLASSER OG OMSORGSBOLIGER FREM TIL 2020.

Vi var interessert i kommunenes vurdering av hvordan utviklingen ville bli i de nærmeste årene når det gjelder utviklingen av antallet plasser i sykehjem og aldershjem.

En slik vurdering er naturlig nok usikker. Den vil antakelig variere med hvor konkret planlegging og analyse som den enkelte kommune har gjort. Men de antakelser og forutsetninger som dette vurderes ut fra gir en pekepinn om hvordan en ser for seg utviklingen i de nærmeste årene.

Vi spurte: «Hvordan vurderer du forholdet mellom sykehjemsplasser og omsorgsboliger i din kommune i 2020 i forhold til i dag?» Dette antas å kunne ha betydning for hvilke beslutninger som fattes om utviklingen. Svarfordelingen er stilt opp i tabell 3..

Tabell 3: Utviklingen i antall sykehjemsplasser og omsorgsboliger fram til 2020. Prosent

Bosted	Flere	Uendret	Færre	Vesentlig færre	Sum
Sykehjem	21	45	30	4	100
Omsorgsboliger	70	25	5	0	100

N = 127

Bildet av den forventede utviklingen er nokså entydig. Vi ser at bare 21 % tenker seg at det blir flere sykehjemsplasser i 2020 enn i 2015, mens 34 % svarer at det blir færre. Det er dog bare 4 % som svarer at det vil bli vesentlig færre.

Når det gjelder omsorgsboliger ser vi at hele 70 % sier at det

vil bli flere, mens bare 5 % svarer at det vil bli færre.

Det samlede bilde her er at det forventes en økning i antallet omsorgsboliger i perioden frem til 2020 i mer enn 2/3 av kommunene, mens antallet sykehjemsplasser varierer mer. Her er det flere kommuner som forventer færre enn som forventer flere. Det totale antall sykehjemsplasser vil imidlertid påvirkes av at de kommunene som forventer flere plasser er større enn de som forventer færre.

Så kan en jo spørre om grunnlaget for at kommunene vurderer det slik? Er det konkrete vurderinger av egen kapasitet og egne behov som ligger til grunn – eller er det mer en vurdering knyttet opp til trenden i tiden med åpen omsorg. Hvor mye er dette basert på økonomiske vurderinger? Vi vet jo fra evalueringsstudiene, jevnfør kapittel 2, at økonomiske motiver er et viktig vurderingsgrunnlag for kommunens policyutvikling.

Et avgjørende spørsmål er hvor nærsynte eller langsynte disse vurderingene er? Tar de høyde for det økende antall eldre som mange steder kommer med stor styrke fra 2020 av? Tenker en konkret på omsorgen for demente og andre som trenger heldøgns omsorg?

Ideen på sentralt hold har jo siden 2006 vært at den relativt stabile demografiske utvikling av eldrebefolkningen i perioden 2010 – 2020 skulle gi grunnlag for kapasitetsutbygging i kommunene som gir ledig kapasitet og økt beredskap for et økende antall eldre over 80 år fra 2020 av.

7.2.1 UTVIKLING I ANTALL PlassER OG BOENHETER ETTER KOMMUNESTØRRELSE

Ser vi på disse svarene ut fra kommunestørrelse finner vi at kommunegruppen med 10.000 – 19.999 innbyggere har flest (53 %) som antar at det vil bli flere sykehjemsplasser. De minste kommune har færrest som regner med at det blir flere plasser (13 %) mens det i denne gruppen er 42% som antar at det vil bli færre plasser. 2 av de 3 kommunene i gruppen 50.000 + regner med at det vil bli flere sykehjemsplasser i 2020. Disse forskjellene får antakelig betydning for den faktiske utviklingen av det totale antall sykehjemsplasser på landsbasis.

Når det gjelder utviklingen av antallet omsorgsboliger, ser vi at den ikke varierer så mye med kommunestørrelse. Men vi ser at i gruppen med 20.000 – 49.999 innbyggere svarer 100 % at det vil bli flere omsorgsboliger. Det er bare blant kommuner med mindre enn 10.000 innbyggere at vi finner noen som antar at det blir færre omsorgsboliger.

Ser en samlet på disse svarene i forhold til svarene som gjelder behovsdekningen i 2015, ser vi en betydelig grad av samsvar her. Mange av de som nå opplever en viss underdekning, tenker at antallet plasser vil stige, mens de som melder om overkapasitet oftest ikke ser noen videre økning i antallet frem mot 2020. Men hvordan tenker de da om behovet for beredskap?

7.2.2 UTVIKLINGEN SAMMENLIKNET MED STUDIENE FRA 2009 OG 2011

I begge våre tidligere undersøkelser (2009 og 2011) spurte vi om antatt utvikling av sykehjemsplasser og omsorgsboliger frem mot 2015 i forhold til undersøkelsesåret. I 2011 svarte 29 % at det ville bli flere sykehjemsplasser i 2015, mens det i 2009 var bare 13 % som svarte dette. Når det gjelder omsorgsboliger var det i 2009 flere (68 %) som antok at det ville bli flere i 2015, mens det tilsvarende i 2011 var 61 %.

Ser vi på antakelsen av at det vil bli færre sykehjemsplasser ser vi art det var klart færre som antok dette, særlig i 2011 (12 %), men også i 2011 (12 %).

Samlet ser vi da at våre tall fra 2015 om situasjonen i 2020 viser en forsterket trend i sammenlikning med tidligere for at antallet sykehjemsplasser holdes omtrent uendret og i alle fall blir klart redusert relativt i forhold til antallet omsorgsboliger som kan antas å få en kraftig vekst.

Om dette kan skyldes at antallet omsorgsboliger ikke økte så mye i perioden 2010 til 2015 som antatt, eller om det skyldes at behovet var undervurdert til tross for den høye prioriteringen, vites ikke.

Men vi antar at et viktig moment her er at det tar betydelig tid å planlegge og gjennomføre utbygging av omsorgsboligtilbudet. Dette poeng har etter vår oppfatning stor betydning når det gjelder planlegging og handling i perioden 2015 – 2020 i forhold til den demografiske utvikling fra 2020 av.

7.4 FORHOLDET MELLOM KORTTIDSPLASSER OG LANGTIDSPLASSER I SYKEHJEM

Problemstillingene om sykehjemsplassene som del av det totale tjenestetilbud i kommunenes helse- og omsorgssektor, gjelder ikke bare antall plasser i forhold til befolkningen/eldrebefolkningen. Dekningsgrad er et grovt mål på kapasiteten, men sier ingen ting om bruken av denne kapasiteten.

Et viktig spørsmål gjelder altså bruken av disse plassene. Et viktig aspekt av dette gjelder den planlagte versus den faktiske fordelingen av plassene mellom korttidsplasser og langtids-plasser. Vi hadde spørsmål om dette i vår undersøkelse i 2015.

Dette spørsmålet har også fått en aktuell belysning i rapporten fra prosjektet som evaluerte Omsorgsplan 2015 (Tingvold og Romøren 2015, kapittel 3 og 4). De viste til en undersøkelse (Brevik og Nygård 2013) som beregnet at omtrent 85 % av de om lag 40.000 institusjonsplassene som finnes i landet er langtidsplasser. Gjennomsnittlig botid er mye lengre ved langtidsplassene og bortfall er i all hovedsak på grunn av dødsfall. Korttidsplassenes beboere utskrives i stor grad til sine egne hjem.

Det er imidlertid også noen på korttidsplassene som etterhvert får langtidsplass. Korttidsplassene blir brukt til ulike typer behov som gjør seg gjeldende. Her er det aktivt samarbeid med spesialisthelsetjenesten, fysioterapi mv. og hjemmetjenestene. Avlastning for pårørende som har stort omsorgsansvar i hjemmet er et viktig formål. Rehabilitering med mål å gi god hjelp i en periode og så la brukeren flytte hjem er et annet.

Det er et åpent spørsmål hvordan forholdet er mellom kommunens planlagte korttidsplasser for ulike formål i forhold til den faktiske anvendelsen. Som Schönberg Erken sier det: «Man tager hva man haver». Det man ikke har – kan man ikke bruke. Finnes ingen langtidsplass ledig ved behov, vil en korttidsplass kunne bli anvendt for formålet for en tid. Definisjonene av hva som er korttidsplasser er også varierende i kommunene.

I vårt materiale ser vi at det gjennomsnittlige planlagte antall korttidsplasser utgjør 18 % av alle plassene. Det reelle tall er litt lavere, 17 %. Men det er interessante variasjoner i dette.

24 % har planlagt å ha en korttidsplass andel på under 10 %. Reelt sett viser det seg at betydelig flere, 34 % har en så

lav andel. Dette samsvarer med vårt inntrykk at korttidsplassene noen steder blir skviset ut av et presserende behov for langtidsplasser.

I gjennomsnitt er det planlagt 15 korttidsplasser i disse kommunene, mens det er 13,5 som er i bruk. Så det er gjennomsnittlig mer «underforbruk» enn overforbruk av korttidsplassene.

28 % av kommunene har færre korttidsplasser enn planlagt, mens 33 % har like mange som planlagt og 38 % har flere enn planlagt. Så vi ender opp med en gammel innsikt: Dette varierer fra kommune til kommune. Men tendensen er at korttidsplassene skvises av behovet for langtidsplasser. Dette antyder en krevende situasjon i mange kommuner.

Avvikene fra det planlagte er vanligvis likevel ikke store.

7.5 HAR KOMMUNEN «VENTELISTE» FOR Plass I SYKEHJEM ELLER OMSORGSBOLIG?

Dette er et litt vanskelig spørsmål. På undersøkelsestidspunktet var det en sentral bestemmelse som gjorde det illegitimt å ha venteliste på sykehjem. Vi tenkte at slike oversikter i en eller annen form likevel kunne være tjenlige som et hjelpemiddel for beslutninger om sykehjems drift og planlegging. Helseministeren tok høsten 2015 til orde for å få kommune til å lage slike lister. Når det gjelder omsorgsbolig gjelder ingen slik sentral reservasjon.

Det kan selvsagt sies ut fra den medisinske juridiske logikk at en ikke kan operere med ventelister på noe en «har rett» til hvis en har behov. Men i virkeligheten vil det som tidligere nevnt gjøre seg gjeldende en nødvendig pragmatisk håndtering av dette ettersom behovsvurderinger ikke fullstendig kan standardiseres og tilbud ikke oppstår over natten. Det som gjelder her er således en variant av det nordiske prinsippet om «principled pragmatism» (Heclø & Madsen 1979).

Den 13. juni 2016 vedtok Stortinget lovendringer i pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven om rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester – kriterier og ventelister. Når det gjelder lovendringene knyttet til kommunale kriterier og ventelister må kommunene gis tid til å utarbeide, gjennomføre høring og vedta kommunale forskrifter med kriterier for tildeling av langtidsplass i kommunen og på andre måter

innrette seg etter lovkravene før pasientenes og brukernes rettigheter ikraftsettes. Kommunens plikt og hjemmel til å gi forskrifter etter ny § 3-2 a andre ledd i helse- og omsorgstjenesteloven settes derfor i kraft fra 1. juli 2016, jf. sanksjoner og ikrafttredelser i Statsråd 17. juni 2016.

Målet er å få hele ordningen i kraft i løpet av 2017. Helse- og omsorgsdepartementet tar sikte på å få satt i kraft de resterende lovendringene knyttet til kommunale kriterier og ventelister fra 1. juli 2017, herunder bestemmelsene om pasient og brukers rett til vedtak dersom vedkommende oppfyller kommunens kriterier og settes på venteliste. Dette innebærer at de kommunale forskriftene må være vedtatt slik at de senest kan tre i kraft 1. juli 2017.

Hvordan dette ender, gjenstår å se.

På vårt spørsmål om ventelister viste svarfordelingen – ikke uventet – at bare 10 % av svargiverne hadde venteliste for sykehjem.

Når det derimot gjaldt omsorgsbolig svarte 45 % at de hadde slike ventelister. Det var ikke nevneverdig utslag av kommunistørrelse på denne fordelingen.

Det er grunn til å tro at flere kommuner har innført ventelister pr. i dag på bakgrunn av den lovendringen som kom i pasient og brukerrettighetsloven 13, juni 2016. Tall fra ventelistene i kommunene blir viktige både for kommunens tilstandsvurdering og planlegging og for departementets oversikt i forhold til en videre utvikling av plan og økonomi på feltet.

7.6 ETTERSSPØRSELSPRESS PÅ KOMMUNENS SYKEHJEMSPLASSER?

Selv om det ikke opereres med ventelister, antar vi at ledernivået i kommunenes helse- og omsorgssektor har en begrunnet formening om hvordan etterspørselen til kommunens sykehjemsplasser er. Vi spurte om dette og fikk en svarfordeling som vist i tabell 4.

Tabell 4: Opplevd etterspørselspress på kommunale sykehjemsplasser. Prosent

Svarkategori	Svar i prosent
Det er meget stort etterspørselspress	9
Det er stort etterspørselspress	29
Det er passe etterspørselspress	54
Det er lite etterspørselspress	8
Sum	100

$N = 127$

Tabellen viser en betydelig variasjon i svarene. Tilsammen 38 % svarer at det er meget stort/stort, mens 54 % svarer at det er passe.

Vi ser at svarandelen som finner presset stort øker med økende kommunestørrelse. Fra disse tallene kan det antas behovet for flere sykehjemsplasser vil gjøre seg gjeldende i forholdvis mange kommuner, særlig blant de større kommunene.

Dette avhenger imidlertid av kapasitet og kompetanse i det totale helse- og omsorgstilbudet som er tilgjengelig. Det handler ikke bare sykehjemssituasjonen isolert betraktet. Det er likevel et åpent spørsmål om holdbarheten av den oppfatning at omsorgsboliger langt på veg kan være et like godt alternativ for alle brukere med store helse- og velferdsproblemer.

I den avsluttende kommentaren til vår undersøkelse ga en av svargiverne en beskrivelse av hva som skjer når det kommer søknader om sykehjemsplass uten at kommunen på det tidspunktet har ledige plasser.

Det satses på økt hjelp i hjemmet, videre søkes det midlertidig plass i korttidsavdeling, eller det gis midlertidig plass i et dobbeltrom, selv om kommunen i liten grad bruker dette. Dette antyder vel at behovet for improvisasjoner er krevende. Det kan tenkes at ikke særlig tilfredsstillende løsninger blir brukt dersom en ikke har en egnet plass til å møte behovet. Ventelister løser ikke dette problemet, men kan være en hjelp både til bedre planlegging og bedre nødløsninger. Problemet med de midlertidige løsningene er at mange av de etterhvert blir permanente.

7.7 TILSTANDEN I FORHOLD TIL BEHOVSDEKNING AV KVALITATIVT GODE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER.

Vi spurte: «Hvor tilfredsstillende vil du si at tilstanden i kommunene er i forhold til behovsdekningen totalt sett i 2015 når det gjelder befolkningens tilgang på kvalitativt gode Helse- og omsorgstjenester». Svarfordelingen med svaralternativer er vist i tabell 18.

Tabell 5: Tilstandsvurdering av behovsdekning. Prosent

Svarkategori	Prosent
Behovsdekningen er meget tilfredsstillende	14
Behovsdekningen er tilfredsstillende	71
Behovsdekningen har betydelige mangler	13
Behovsdekningen har store mangler	2
Sum	100

N = 125

Hovedbildet her er klart. Hele 85 % svarer at tilstanden er meget tilfredsstillende eller tilfredsstillende når det gjelder behovsdekning av befolkningens tilgang på kvalitativt gode helse- og omsorgstjenester. 13 % svarer at behovsdekningen har betydelige mangler, mens ytterligere 2 % sier at den har store mangler.

Svarfordelingen kan være påvirket av at svarkategoriene når det gjelder mangler har en såpass sterk karakteristikk som «betydelige» mangler som det første «svake» alternativ. For de ansvarlige skal det antakelig mye til før de svarer at det finnes betydelige mangler i tilstanden hva gjelder behovsdekningen. Men selv om gruppen som svarer tilfredsstillende behovsdekning slik kan ha blitt noe for stor, er rapporten fra svargiverne at tilstanden er tilfredsstillende. Så kan det spørres hvor representativt dette er og hva svarene bygger på? Hvilke kriterier og data bruker kommunene når de svarer dette? Og hvor høye kvalitetskrav finner de rimelige?

I vår forrige rapport (Disch og Vetvik 2014) tok vi til orde for at kommunene burde skape et instrument for en helhetlig tilstandsrapport som grunnlaget for videre drift, utbygging og

planlegging av helse- og omsorgstjenestene. Vi tenker fortsatt at dette har noe for seg, slik at en får et mer holdbart grunnlag for å danne et dekkende bilde av situasjonen.

Uansett, vi har seinere i rapporten drøftet forholdet mellom den generelle tilstandsvurdering som kommer frem i denne tabellen med andre data som går i en annen retning.

Ser vi på svarene ut fra kommunestørrelse finner vi ikke store utslag. Men vi ser at det er i kommunegruppen med fra 5000 – 9999 innbyggere at flest svarer at de har betydelige eller store mangler. Hver fjerde kommune i denne gruppen (25 %) svarer dette.

Vi hadde et oppfølgings spørsmål hvor vi spurte de som svarte at de hadde en tilstand med betydelige eller store mangler om hvilke konkrete mangler som er de viktigste og hva de skyldes etter svargivers oppfatning.

De fleste av de 15 % som hadde svart betydelige eller store mangler ga korte svar på dette åpne spørsmålet (12 %). Noen svarte meget kort, andre lengre.

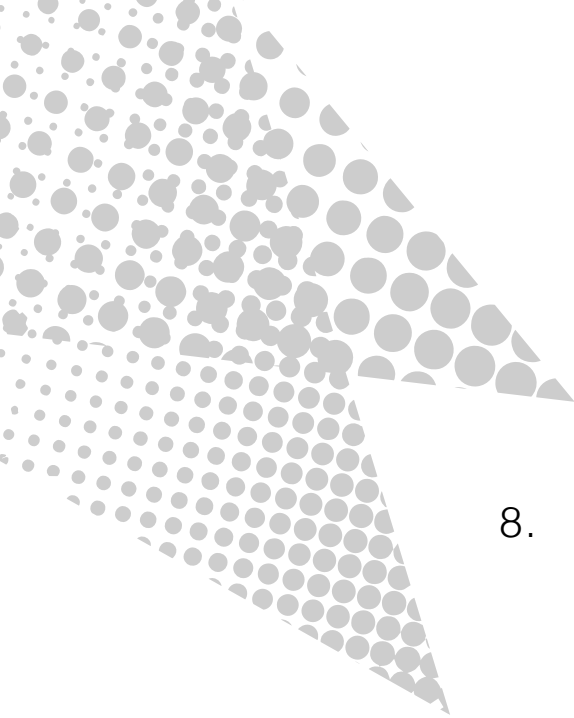
Flere nevner utfordringer med tilbud til unge brukere med problemer knyttet til rus, psykiatri og funksjonshemming. Det sies at 2. linjetjenesten bygges ned for raskt slik at belastningen på kommunen blir for stor. Vansker med økonomi og personell tilgang til utsatte grupper nevnes. Dette illustrerer/ konkretiserer forhold vi har kommentert tidligere.

Flere nevner at den totale kapasiteten er for lav både når det gjelder økonomi, personell og kompetanse. Flere svarer at problemet er manglende omsorgsboliger, mens en svarer at de også har for få sykehjemsplasser. En annen nevner overkapasitet i en dyr institusjonsdrift som medfører for lite frie midler til andre tilbud og tjenester.

En svarer at det har skjedd en kraftig økning i antallet i 80 + gruppen allerede, og at det sammen med økende antall unge brukere har gjort at kommunen er kraftig på etterskudd. En annen svarer at det skorter på vilje til å ta framskrivningen av behov på alvor slik at tilbudet er på plass i tide.

Det svares også at prioritering i kommunen har gått i disfavør av helse- og omsorgsoppgavene. En annen svarer at tjenestene er bygget ut feil, slik at de ikke matcher med behovet i befolkningen.

Svarene viser samlet at det er betydelige problemer i enkelte kommuner med finansiering, personell og kompetanse. Problemer med planlegging og prioriteringer er en del av det samlede bildet. Disse manglene rammer ulike grupper av brukere, både yngre og eldre.



8. ØKONOMISKE VURDERINGER AV HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN

Forholdet mellom behov og ressurser står sentralt i arbeidet med de kommunale oppgaver på alle områder. I dette kapittelet skal vi se nærmere på noen spørsmål som gjelder kostnadene med helse- og omsorgstjenestene.

Vi starter med et generelt spørsmål om svargivernes kommunaløkonomiske vurdering av dagens helse- og omsorgstjeneste. Svargiverne er som tidligere nevnt ansatt på ledernivå i kommunens helse- og omsorgstjeneste. Svar fra politisk ledelse eller ledere fra andre sektorer av kommunal virksomhet ville kunne gi delvis andre svarfordelinger antar vi.

8.1 HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN UT FRA EN KOMMUNALØKONOMISK VURDERING. 2015.

Dette spørsmålet er brukt også i undersøkelsen i 2011. Svarene fra vår undersøkelse i 2015 er stilt opp i tabell 6.

Tabell 6: Kommunaløkonomisk vurdering av dagens helse- og omsorgstjeneste. Prosentt

Svarkategori	Svar i prosent
Den er alt for dyr for kommuneøkonomien vår	18
Den er litt for dyr for kommunen vår	52
Den er godt tilpasset kommuneøkonomien vår	29
Den er i mindre grad et økonomisk problem for kommunen vår	1
Sum	100

N = 1 2 3

Vi ser både en sentral tendens og en variasjon når det gjelder dette. Nesten hver 5. kommune svarer at dagens helse – og omsorgstjeneste er altfor dyr. Ytterligere 52 % svarer at den er litt for dyr. Samlet svarer altså 70 % at dagens helse- og omsorgstjeneste er for dyr for kommunen. Det må i denne sammenheng påpekes at «litt for dyr» ikke er en særlig sterk melding om økonomiproblemer. Men når en ser at «bare» 29 % svarer at Helse- og omsorgstjenesten er godt tilpasset kommuneøkonomien, må svarene samlet forstås som en klar melding om økonomisk ressursknapphet i forhold til oppgavene.

Når vi ser på svarfordelingen etter kommunistørrelse finner vi at det er i de minste kommunene at relativt flest (24%) svarer «alt for dyr». Gjennomsnittet i de andre ligger på 12 %. Det er også en svak, men tydelig tendens til at karakteristikken «godt tilpasset» stiger med økende kommunistørrelse. Dette kan muligens skyldes at større kommuner har en sterkere styring av utgiftene til tjenesten og således i mindre grad vil si at det blir for dyrt, selv om det er stramt.

Svarfordelingen på det samme spørsmålet i 2011 var meget lik svarfordelingen i tabell 6. Dette er ikke overraskende. Den demografiske utviklingen i denne perioden indikerer ikke noen bestemte økonomiske økte utgifter i forhold til den alminnelige utvikling av kommunenes oppgaver. Om en imidlertid sammenholder dette med de statlige signaler om å bruke de gode årene mellom 2010 og 2015 til en opprustning av tjenestene for å møte fremtidens økte behov, kan det være en kostnadsdrivende faktor i dette. Svarene kan imidlertid også indikere at det løft som var planlagt, ikke ble utført, kanskje på grunn av økonomiproblemer.

8.2 HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN ØKONOMISKE KOSTNADER I FREMTIDEN

Både i 2011 og i 2015 stilte vi spørsmål om en vurdering av de økonomiske aspekter for helse- og omsorgstjenestene i fremtiden. I 2015 var spørsmålet formulert slik:

Hvordan vil du anta at Helse- og omsorgstjenestene i din kommune vil være ut i fra en kommunaløkonomisk vurdering i 2020?» Svarfordelingen er stilt opp i tabell 7.

Tabell 7: Kommunaløkonomiske vurdering av situasjonen i 2020.

Prosent

Svarkategori	Svar i prosent
Den vil være alt for dyr for kommuneøkonomien vår	21
Den vil være litt for dyr for kommunen vår	46
Den vil godt tilpasset kommuneøkonomien vår	29
Den vil i mindre grad være et økonomisk problem for kommunen	4
Sum	100

N = 121

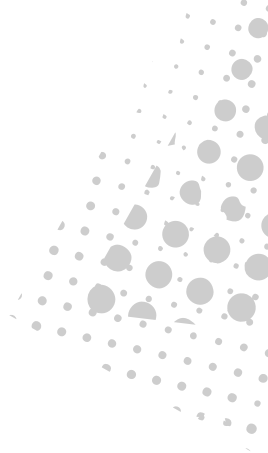
Vi ser at disse tallene er praktisk talt identiske med tallene i 2015 jf. tabell 6. Vi har sjekket sammenhengen mellom svarene i tabell 6 og tabell 7. De som svarte at kostnadene var for høye i 2015 svarte som regel også at de ville bli for kostnadskrevenende i 2020. Korrelasjonen er på 0,307 og klart signifikant. Det er imidlertid ikke noe automatisk sammenfall.

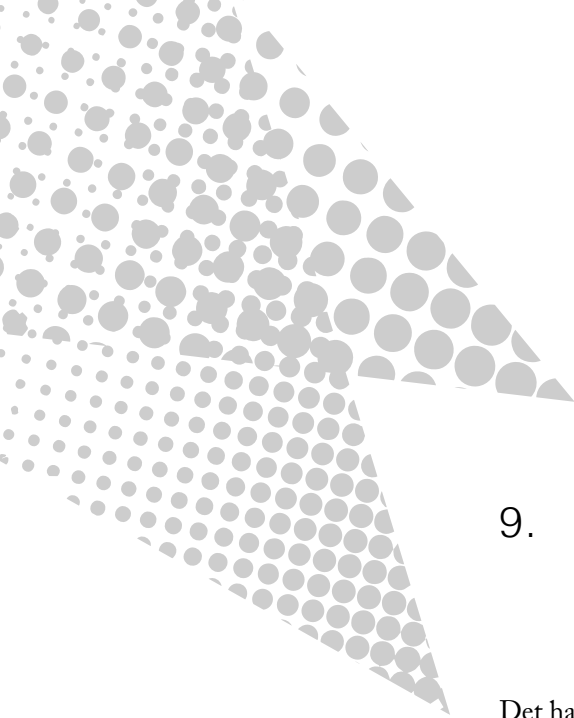
Kommunene forventer altså ikke noen stor endring av dette i årene frem til 2020, selv om et økende antall eldre da vil stå for døren. Den demografiske utvikling i årene fra 2015 – 2020 gir ikke grunn til å anta sterkere behov for tjenester generelt i denne perioden med «business as usual».

Men er dette fordi en ser bort fra behovet for en opptrapping av beredskapen for et økende antall eldre?

Ettersom vi i 2011 spurte kommunene om deres antakelse om situasjonen i et kommunaløkonomisk perspektiv i 2015 fant vi det interessant å se på antakelsen i 2011 i forhold til svarene i 2015.

I 2011 antok flere av svargiverne at økonomien ville bli mer anstrengt i 2015 enn i 2011. Hele 83 % mente i 2011 at helse- og omsorgstjenestene ville bli dyrere for kommunene i 2015. Dette skjedde imidlertid ikke, jf. tabell 6. Hva det kan skyldes at kommunene jevnt over var mer bekymret for sektorens økonomiske kostnader 4 år fremover i tid i 2011 enn i 2015, vites ikke. Vi ville tenke at det kanskje burde være mer bekymring nå, gitt den demografiske utvikling fremover. Men det store spørsmålet er om tallene her indikerer at kommunene i liten grad ser mer enn 4 år fremover – uansett demografisk utvikling.





9. AKTIV OMSORG OG BRUK AV FRIVILLIGE

Det har vært sterke signaler fra sentralt hold for å styrke innsatsen og profilen på de kommunale helse- og omsorgstjenester med «aktiv omsorg». Dette har vært et tema både i vår undersøkelse fra 2009 og 2011 (Vetvik og Disch 1999, Disch og Vetvik 2009, Disch og Lorentzen 2013 og Vetvik og Disch 2014).

9.1 PRIORITERING AV AKTIV OMSORG I INSTITUSJON OG HJEMMETJENESTE.

I vår undersøkelse denne gang stilte vi følgende spørsmål: «Hvor høyt vil du si at kommunen i 2015 prioriterer arbeidet med aktiv omsorg innen den kommunale pleie – og omsorgstjeneste»? Spørsmålet ble stilt med referanse til institusjon og hjemmebaserte tjenester. Svarene er stilt opp i tabell 8.

Tabell 8: Prioritering av aktiv omsorg i institusjon og hjemmebaserte tjenester. Prosentt

Prioritering	Institusjon	Hjemmetjenester
Meget høyt prioritert	6	12
Høyt prioritert	29	42
Noe prioritert	55	34
Lite/ikke prioritert	10	12
Sum	100	100

N = 124

Vi ser at aktiv omsorg sies å være klart sterkere prioritert når det gjelder hjemmetjenestene enn når det gjelder i institusjon. I institusjon er det bare vel en tredjedel som svarer at dette er høyt prioritert, mens litt over halvparten svarer at dette er høyt prioritert i hjemmetjenestene. Tar en i betraktning de sterke signalene om behovet for øket satsning på dette, vil tallene fortone seg lave. Spørsmålet er om disse tallene særlig når det gjelder institusjonslivet viser passivitet og vanetenkning i virksomheten?

Når vi sammenlikner disse tallene med tilsvarende spørsmål fra 2011 finner vi to interessante trekk. For det første ser vi at tallene generelt viser høyere prioritering i 2015 enn i 2011. For det andre ser vi at dette i det alt vesentligste skyldes en kraftig økning i prioritering av aktiv omsorg i hjemmetjenestene i 2015 i forhold til i 2011. For aktiv omsorg i institusjon tyder tallene på at situasjonen er tilnærmet uendret fra 2011 – 2015.

Igjen kan vi spørre om hva dette indikerer når det gjelder institusjonsdriften- er den i mindre grad i stand til å gjøre endringer? Vi spør med referanse til eksemplet med endring av måltidstidspunktet ved et sykehjem, tidligere omtalt

Ser vi svarene etter kommunestørrelse ser vi en klart stigende prioritering av aktiv omsorg i institusjon med stigende kommunestørrelse. Den samme klare og sterke tendens ser vi når det gjelder aktiv omsorg i hjemmetjenestene. Generelt gjelder det altså at større kommuner prioriterer aktiv omsorg høyere enn små kommuner.

En viktig årsak til prioriteringen av aktiv omsorg kan også ha sin årsak i økt satsning på folkehelse og utdanning innen dette feltet. Men der er langt igjen til målet på dette området.

9.2 BEHOV FOR KOMPETANSEHEVING KNYTTET TIL AKTIV OMSORG.

På spørsmål om hvilket behov svargiverne ser for kompetanseheving knyttet til aktiv omsorg i egen kommune svarer 14 % at det er et meget stort behov, ytterligere 56 % svarer at det er et stort behov. Resten (30 %) svarer at det er noe behov for dette. Vi finner det rimelig at dette behovet er stort ettersom det i mange tilfelle kan sies å være noe uklart hva som konkret menes med «honnørordet» aktiv omsorg.

Ser vi på svarfordelingen etter kommunestørrelse, finner vi at det er de store kommunene med over 20000 innbyggere som oftest melder stort behov for dette. Vi antar at dette kan henge sammen med antallet eldre og økonomiske aspekter.

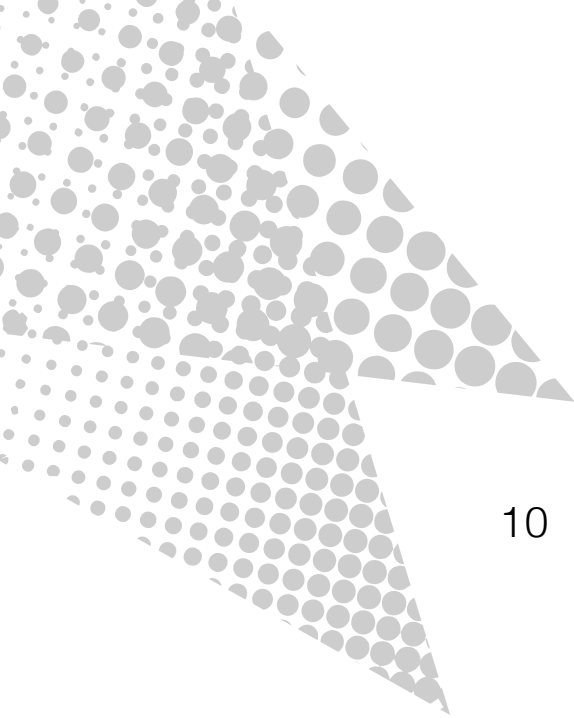
9.3 HAR KOMMUNEN EN PLAN FOR SAMARBEID MED FRIVILLIGE ORGANISASJONER OM HELSE- OG OMSORGSOPPGAVENE?

Aktiv omsorg er relevant i forhold til alle sider av helse- og omsorgsarbeidet. Fra et folkehelseperspektiv fremheves aktivitet generelt som et stort aktivum for helse og trivsel. I det konkrete arbeid må det imidlertid avklares hva som er ønskelig og mulig ut fra behovene, prioriteringene og ressursene. Betydningen av frivillighet og familieomsorg fremheves ofte i denne sammenheng. Frivillige organisasjoner nevnes ofte som en viktig ressurs i dette perspektiv.

Men det er ikke slik at det er nok å nevne muligheten. Det må også følges opp med konkret handling. Vi spurte derfor kommunene om de har en vedtatt plan for samarbeid med frivillige organisasjoner.

Svarene viste at dette ikke er noe som er vanlig. 12 % svarer ja, 88 % svarer nei. Dette er samme svar som i 2011. Med andre ord er dette er forholdsvis sjeldent fenomen – og det ser ikke ut til å øke. Selvsagt kan det det skje mye bra på feltet uten en plan. Men hvis dette er en prioritet må en spørre hvorfor det er så lite systematisk tilnærming til utfordringene her?





10 KOMMUNENES ERFARINGER MED SAMHANDLINGSREFORMEN

Det er alltid et problem med reformer at det tar tid å iverksette dem og enda lengre tid før det kan sies noe særlig om hvordan de har virket i forhold til intensjoner og formål. Samhandlingsreformen hadde vært i gang noen år sommeren 2015, etter starten 1.1 2012. Men det er nokså kort tid.

Det vi her gjør, er derfor noen forsøksvise skisser av en «underveis rapport» på bestemte punkter. Vi vil også vise til evalueringen av samhandlingsreformen på oppdrag fra Norges Forskningsråd (Tingvold og Romøren, 2015, Hagen m.fl. 2015), jf. kapittel 3. Vi understreker at det er tidlig å evaluere virkningen av en slik reform så kort tid etter at startskuddet gikk.

Under overskriften «Hvilken erfaring har kommunen med samhandlingsreformen», testet vi ut 11 forskjellige aspekter av dette. Vi ba svargiverne ta stilling til bestemte karakteristikk/ utsagn om dette på en firedelt skala fra «I meget stor grad» til «liten grad».

10.1 INNTRYKKET AV DEN GENERELLE FUNGERINGEN AV SAMHANDLINGSREFORMEN.

Den første dimensjonen er en generell karakteristikk av samhandlingsreformens fungering for kommunene. Med utsagnet «Den har fungert fordelaktig for kommunen» forsøker vi å få tak på svargivernes generelle hovedinntrykk, mens de andre utsagnene går på konkrete del- aspekter av reformen.

Svarene på dette generelle spørsmålet fordeler seg slik: 6 % svarer i meget stor grad. Ytterligere 19 % svarer i stor grad. Flertallet 52 % svarer i noen grad, mens 24 % svarer i liten grad.

Vi tenker at dette ikke uten videre kan regnes som en suksess for reformen generelt. Men svarene varierer betydelig som vi ser. Det må også bemerkes som positivt at det bare er 24 % som svarer i liten grad. Tallene er vel indirekte en støtte til vår påpeking at det er tidlig å vurdere dette og at det kanskje hadde vært en fordel å gå ut med forsøk for å vinne erfaring før reformen ble satt i verk for alle kommuner.

Ser vi på svarfordelingen etter kommunestørrelse, finner vi at det er i kommunegruppen med fra 5000 -9999 innbyggere som har høyest score (37 %) som svarer i meget stor/stor grad. Kommunene med 20.000 + innbyggere har den laveste score for dette. Når det gjelder kategorien i liten grad finner vi ingen signifikant forskjell etter kommunestørrelse. Samlet vil vi konkludere med at det i hovedsak må være andre forhold enn kommunestørrelsen som ligger til grunn for de variasjoner vi ser.

Et annet mer generelt spørsmål er knyttet til utsagnet: «Den har skapt liten endring i kommunens helse- og omsorgstjenester». Svarene varierer også her en del. Men $\frac{3}{4}$ av svargiverne sier at reformen i noen/liten grad har endret helse- og sosialtjenesten i kommunen.

10.2 MERARBEID FOR KOMMUNEN OG OVERVELTING AV STATLIGE/ HELSEFORETAKS PROBLEMER PÅ KOMMUNEN?

Vi brukte et utsagn om at «Den har skapt merarbeid uten økonomisk kompensasjon for kommunene» og et annet om at «Den har veltet statlige/helseforetaksproblemer over på kommunene», for å teste oppfatningene om dette.

Svarene er stilt opp i tabell 9.

Tabell 9: Merarbeid uten kompensasjon og overvelting på kommunen.
Prosent

Kategori	Meget stor grad	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Sum
Merarbeid uten kompensasjon	29	34	34	3	100
Oppgaveforskyvning til kommunen	14	34	41	11	100

N = 127

Vi ser at hovedtyngden av svarene (63 %) indikerer at kommunene opplever å ha fått merarbeid uten økonomisk kompensasjon i meget stor eller stor grad. Det er bare 3 % av kommunene som svarer at dette i liten grad har skjedd.

Dette er en sterk melding om en problematisk side av reformen. Slike utsagn er imidlertid ofte brukt av kommunene knyttet til statlige reformer. «Reformen er god – men hvor er pengene som burde følge med» er et klassisk utsagn for dette. Selv om dette ikke alltid er like treffende for de faktiske forhold, ser vi svarfordelingen som et viktig signal til staten om forutsetningene for å få til et vellykket samspill med kommunene om statlig initierte reformer. Underfinansiering ledsaget av fromme håp om effektiviseringsgevinster er neppe en farbar veg til høyere kvalitet i tjenestene.

Når det gjelder utsagnet om at reformen har veltet statlige/helseforetaksproblemer over på kommunen, ser vi mindre sterk oppslutning om dette utsagnet. Det er likevel 48 % som svarer at dette er tilfelle i meget stor/stor grad. Dette føyer seg inn i bildet av en kommunesektor som kjenner seg presset av innhold og mengde av statlige intensjoner og reformer i forhold til aktuelle ressursramme.

Samlet vil vi si at svarfordelingen bekrefter at de problemer/tendenser som er presentert i spørsmålet i betydelig grad har gjort seg gjeldende.

På disse to utsagnene finner vi ingen signifikant variasjon etter kommunestørrelse. Det ser vi også som et uttrykk for en betydelig grad av samstemthet i oppfatningene.

10.3 EFFEKTEN PÅ TILBUDET TIL PASIENTENE.

Hensynet til en best mulig tilpasset hjelp til brukerne er listet opp som et av de sentrale formål for samhandlingsreformen. Rett behandling, til rett tid, på rett sted er essensen i dette. Et utsagn var formulert slik: «Den har gitt bedre tilbud til pasientene/brukerne». Svarfordelingen gir varierende støtte til utsagnet.

26 % svarer i meget stor/stor grad. 50 % svarer i noen grad, mens 24 % svarer i liten grad. Fortolkningen av dette vil avhenge av hvor store forventninger en hadde til effekten for pasientene. Men uansett må det sies at når hver fjerde svargiver melder om meget stor/stor bedring av tilbudet og ytterligere 50 % svarer i noen grad, så er ikke dette noe dårlig evaluering av reformen på dette viktige punkt.

Et tilsvarende utsagn «Den har forbedret situasjonen for pasientene» gir omtrent samme svarfordeling og bekrefter inntrykket fra svarene på det første spørsmålet.

Et mer negativt/kritisk formulert utsagn om dette ble formulert slik «Den har gjort pasientene til kasteballer mellom systemene». Svarfordelingen her bekrefter langt på vei hovedinntrykket av de to andre spørsmålene om pasientenes situasjon. Bare 8 % svarer at pasientene i meget stor/stor grad har blitt kasteballer mellom systemene.

Men selv om dette er relativt få er det likevel et moment å merke seg. Det samme kan en si når en ser at 33 % svarer at dette til en viss grad er blitt tilfelle. Samlet sett gir dette et visst bilde av en sideeffekt av reformen som er erfart som et uønsket avvik.

Men hovedtendensen er de nesten 60 % som sier at dette i liten grad er blitt tilfelle.

Samlet må dette noteres som en viktig indikasjon på at reformen medfører noen viktige positive effekter. Det kan ikke utelukkes at disse positive effektene på sikt vil øke.

10.4 KOMMUNEN HAR HATT PROBLEMER MED ORGANISERING AV MOTTAK AV PASIENTER FRA SYKEHUS?

Til utsagnet om at «Kommunen har hatt problemer med organisering av mottak av pasienter som utskrives fra sykehusene» ser vi at bare hver 10 svargiver sier at dette har gjort seg gjeldende i meget stor/stor grad. Om lag en tredjedel svarer at dette i noen grad har gjort seg gjeldende, mens opp mot 60 % svarer at dette i liten grad har vært tilfelle. Vi tolker dette som et uttrykk for at kommunene stort sett mener at de har håndtert dette uten store problemer. Men problemstillingen er likevel åpenbart relevant i til en viss grad i et mindretall av kommunene.

Det er ingen nevneverdig forskjell etter kommunistørrelsen.

10.5 ØKTE UTFORDRINGER TIL HJEMMETJENESTENE OG SYKEHJEMMENE?

To utsagn gjaldt eventuelt økte utfordringer til henholdsvis hjemmetjenestene og sykehjemmene. Svarfordelingen på disse spørsmålene er stilt opp i Tabell 10.

Tabell 10: Økte utfordringer til hjemmetjenestene og sykehjemmene.

Prosent

Kategori	I meget stor grad	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Sum
Økte utfordringer for hjemmetjenestene	31	46	22	2	101
Økte utfordringer for sykehjemmene	25	41	30	4	100

N = 128

Svarfordelingen her viser at et stort flertall av svargiverne melder om økte utfordringer i meget stor/stor grad både i hjemmetjenestene og i sykehjemmene. Nesten ingen svarer at dette i liten grad har skjedd.

Vi ser at tendens er noe sterkere når det gjelder hjemmetjenestene, men hovedbildet er likt. Dette må sies å

være sterke og klare meldinger om at samhandlingsreformen er oppfattet å medføre krevende arbeidsutfordringer for kommunene.

Ser vi på svarfordelingen etter kommunestørrelse ser vi at andelen som melder om meget stor/stor økning av utfordringene for hjemmetjenestene øker klart med økende kommunestørrelse. Vi finner samme tendens når det gjelder økte utfordringer til sykehjemmene, men i litt svakere grad. Denne tendensen kan ikke sies å være overraskende. Det kan antas å være en klar korrelasjon mellom størrelsen av kommunen og antallet personer som berøres av samhandlingsreformen som pasienter. Dette kan antas å medføre at de faktiske utfordringene med å finne gode løsninger også vil øke.

10.6 EN TENTATIV SAMLET VURDERING AV KOMMUNENES ERFARING MED SAMHANDLINGSREFORMEN

Den generelle vurderingen til kommunene av reformen kan sies å være forbeholdende og varierende. Det er bare 25 % som i meget stor/stor grad er enig i at den har fungert fordelaktig for kommunene totalt sett. Men det er dog 52 % som svarer at den har fungert fordelaktig i noen grad, mens 24 % svarer i liten grad.

På pluss siden kommer at de fleste (76 %) sier at den har vært fordelaktig for pasientene i stor grad eller til en viss grad.

På problemsiden kommer svarene fra 63 % som er enig i at reformen har skapt merarbeid uten økonomisk kompensasjon i meget stor eller stor grad for kommunene.

Det noteres også at så mange som 77 % svarer at reformen i meget stor/stor grad har øket utfordringene for hjemmetjenestene og 66% som svarer det samme hva gjelder sykehjemmene.

Undersøkelsen til Tingvold og Romøren (2015) dokumenterer også hvordan differensierings- og spesialiseringsprosessene har nådd hjemmetjenestene. Likeledes hevder Tingvold og Romøren at sykehjemmenes nye funksjoner får konsekvenser for fordeling av denne ressursen i kommunene. Problemstillingen kommer bl.a. til syne når kommunene beskriver hvilke grupper som har blitt brukere av sykehjemsplassene i de senere årene, og hvem som er målgruppene for den videre utbyggingen av sykehjem og omsorgsboliger.

Det er således ikke mange som mener at reformen har gjort

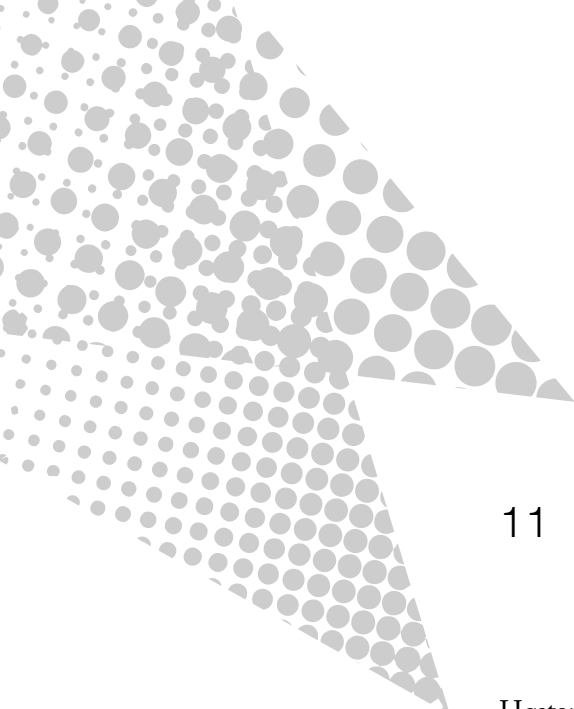
det lettere for de kommunale tjenester når det gjelder å ivareta Helse- og omsorgsoppgavene.

Hagen mfl. 2015 sier at: En bør følge nøye med på hvordan omsorgstilbudene utvikler seg og hvordan tilbudene ivaretar de eldste eldre i en situasjon der yngre brukergrupper øker og opptar en betydelig del av tjenestetilbudet.

Disse funnene er sammenfallende med det som framkommer i studien til Haukelien, Vike og Vadheim 2015, der de påpeker en økende grad av kompleksitet og samhandlingsutfordringer.

Et sentralt spørsmål i fortsettelsen blir derfor hvordan kommunene ressursmessig skal settes i stand til å hente ut de gevinster for brukerne som fremstår som meget lovende i våre tall.





11 BETYDNINGEN AV POLITISKE VALG

Høsten 2015 var det kommunevalg. I vårt spørreskjema utsendt på vårparten det året spurte vi svargiverne som er administrative ledere av kommunenes helse- og omsorgssektor om hvor stor betydning årets kommunevalg vil få for utviklingen av helse- og omsorgstilbudet i kommunen?

Svaret på et slikt generelt spørsmål vil antakelig i betydelig grad variere både med politisk kultur, graden av politisk stabilitet og konkrete rollefordelinger mellom politikk og administrasjon i den enkelte kommune. Kommuner med skiftende politiske flertalls konstellasjoner kan gi andre svar enn i kommuner med et etablert hegemoni for et bestemt parti eller bestemte partikonstellasjoner. Kommuner med skarpe skiller mellom politisk og Administrativt lederskap kan gi andre føringer på svarene enn kommuner med tettere relasjoner mellom den administrative og den politiske ledelse.

Svarfordelingen på vårt spørsmål er gitt i tabell 11.

Tabell 11: Vurdering av kommunevalgets betydning for utviklingen. Prosentt

Svarkategori	Prosent
Valget vil få stor betydning	7
Valget vil få en viss betydning	41
Valget vil få en begrenset betydning	36
Valget vil få en liten betydning	16
Sum	100

N = 125

Vi ser som ventet en betydelig variasjon i svarfordelingen. Men vi noterer med interesse at bare 7 % svarer at valget vil få stor betydning. Ytterligere 41 % svarer en viss betydning.

Men vi ser også at over halvparten svarer at valget får liten eller begrenset betydning for utviklingen av helse- og omsorgstiltbudene i kommunen. Vi antar at dette henger sammen med at kommunepolitikken ofte fremstår som mer pragmatisk orientert enn politikken på sentralt nivå. Spillerommet for strukturelle endringer innenfor de kommunale budsjetter kan for eksempel sies å være meget begrenset i mange kommuner.

Ser vi på svarfordelingen etter kommunestørrelse finner vi små forskjeller. Men det er en klar tendens til at kommunene med mindre enn 20.000 innbyggere oftere svarer at valget får liten betydning, enn i kommuner med mer enn 20.000 innbyggere.

Vi hadde også et spørsmål om den antatte betydning av Stortingsvalget i 2017 når det gjelder utviklingen av kommunens Helse – og omsorgs sektor. Vår antakelse var at dette ville score høyere enn kommunevalget, både fordi dette antas å kunne få stor betydning både for prioriteringen av statens økonomiske bidrag til kommunene og for viktige policy-prinsipper i forhold til den kommende økning i antall eldre.

Våre data er stilt opp i tabell 12

Tabell 12: VStortingsvalget 2017 sin betydning. Prosentt

Svarkategori	Prosent
Valget vil få stor betydning	24
Valget vil få en viss betydning	49
Valget vil få en begrenset betydning	20
Valget vil få en liten betydning	6
Sum	99

N = 126

Vi ser at nesten hver fjerde svargiver svarer at valget antas å få stor betydning. Ytterligere 49 % svarer at det får en viss betydning. Det er således bare hver fjerde svargiver som mener at valget får begrenset eller liten betydning.

Ser vi på svarfordelingen etter kommunestørrelse, finner vi at Stortingsvalget vurderes å ha minst betydning i kommunene med mindre enn 10.000 innbyggere. I de større kommunene

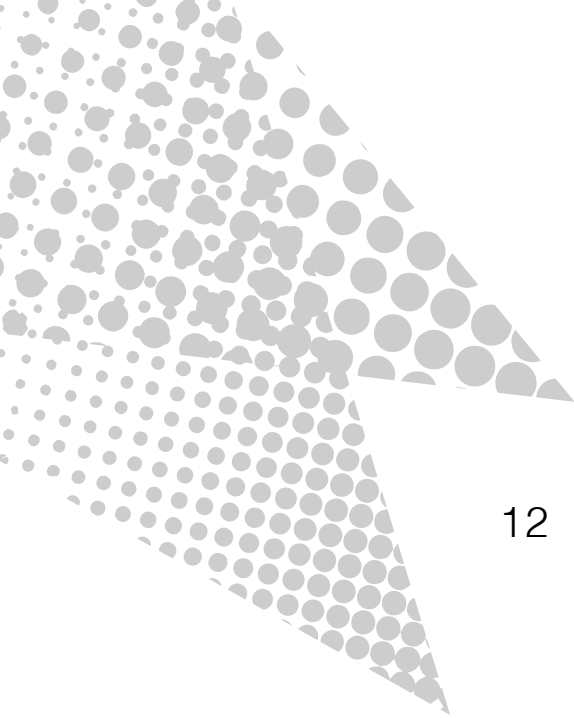
med over 10.000 innbyggere er det vanligere at Stortingsvalget ansees for å ha stor betydning for utviklingen av kommunens helse- og omsorgssektor.

Denne svarfordelingen svarer til våre antakelser. Det er likevel bemerkelsesverdig at lederne i kommunenes helse- og omsorgssektor så klart finner Stortingsvalget viktigere for sektorens utvikling enn Kommunevalget. Men overraskende er det ikke. Både de økonomiske og de politiske aspekter på sentralt nivå har betydelig innvirkning på den kommunale hverdag. De strukturelle føringene kommer primært fra Staten. Den økonomiske utvikling i kommunene er også i høy grad preget av statens beslutninger.

Forholdet mellom staten og kommunene går som en rød tråd gjennom alle undersøkelser av utviklingen i kommunenes oppgaver på alle oppgaveområder.

I neste kapittel skal vi fremstille svargivernes syn på noen aktuelle sentrale føringene for utviklingen av kommunenes helse- og omsorgssektor.





12 HOLDNINGER TIL, OG VURDERINGER AV STATLIGE INTENSJONER I MELD. ST. 26 (2014 – 2015) FREMTIDENS PRIMÆRHELSETJENESTE

Helse og omsorgsdepartementet fremla i 2014 en melding til Stortinget om fremtidens primærhelsetjeneste. Her gis en rekke signaler om hvordan staten tenker seg utviklingen av primærhelsetjenesten i årene fremover. Her viser vi til fremstillingen i kapittel 2. Vi ønsket å få vite hvordan kommunene vurderte enkelte av utspillene i denne meldingen. Vi stilte noen spørsmål med det formål å ta nærmere rede på dette.

12.1 GENERELLE HOLDNINGER TIL MELDINGEN.

Vi spurte først generelt om hvor stor betydning svargiverne antok at denne meldingen vil få for kommunens arbeid med helse- og omsorgsoppgavene fremover mot 2020.

Tabell 13: Antatt betydning av Meld. St. 26 (2014 – 2015) Fremtidens primærhelsetjeneste. Prosentt

Svarkategori	Prosent
Den vil få meget stor betydning	9
Den vil få stor betydning	41
Den vil få en viss betydning	48
Den vil få liten betydning	1
Sum	99

$N = 128$

Vi ser at bare 1 kommune svarer at meldingen vil få liten betydning. Halvparten svarer meget stor/stor betydning og den andre halvparten svarer at den får en viss betydning. Dette er klare meldinger om at kommunene legger vekt på statens signaler. Om vi sammenlikner med svarene om betydningen av stortingsvalget, ser vi at denne meldingen tillegges klart sterkere vekt enn valget.

Andelen som svarer meget stor/stor øker klart med økende kommunestørrelse.

12.2 VURDERING AV MELDINGENS IDE OM LOVFESTET RETT TIL HELDØGNS PLEIE- OG OMSORG

Meldingen tar til orde for å gi en lovfestet rett til heldøgns pleie og omsorg. Dette er ment å være en styrkelse av de rettigheter folk har i henhold til Pasient- og brukerrettighetsloven.

Vi ba svargiverne vurdere dette i forhold til 6 ulike dimensjoner. Svarfordelingen er stilt opp i tabell 14.

Tabell 14: Holdninger til forslaget. Prosent

Utsagn/Påstand	I meget stor grad	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Sum
Jeg hilser forslaget velkommen	4	10	43	44	101
Den vil gi en stor økonomisk byrde for kommunen	29	36	30	5	100
Den vil gi et kvalitativt løft for skrøpelige brukere	3	18	45	34	100
Det vil ikke kunne la seg gjennomføre i praksis	18	23	43	16	100
Det er greit hvis staten tar det økonomiske ansvaret	29	37	25	9	100
Den vil medføre en svekkelse av det kommunale selvstyret	19	20	39	22	100

N = 115

Vi ser at svargiverne jevnt over er nokså forbeholdne til å ønske forslaget velkommen. Bare 14 % gjør det i stor/meget stor grad og hele 44 % svarer at de i liten grad hilser dette velkommen. Vi ser også en viss usikkerhet i at dette er et spørsmål som flere enn vanlig har unnlatt å svare på.

Forklaringen på denne generelle holdningen kommer etter vår vurdering i stor grad frem gjennom svarene på de ulike konkretiseringene av antatte konsekvenser.

Særlig kommer økonomisk usikkerhet til syne som en grunn til skepsis. 2/3 av svargiverne sier at dette forslaget i meget stor/stor grad vil bli en stor økonomisk byrde for kommunen. På tilsvarende vis svarer 2/3 at forslaget er greit om staten tar det økonomiske ansvaret for dette.

Meningene er mer delte både når det gjelder utsagnet om at det ikke er mulig å gjennomføre forslaget i praksis og når det gjelder utsagnet om at det vil svekke det kommunale selvstyre. Her er ikke svarfordelingene særlig bekreftende til at disse ulempene vil oppstå som konsekvens av forslaget, selv om utsagnene ikke er uten en viss, varierende, støtte.

Det som kanskje er mest interessant i dette er at bare 21 % svarer at en lovfestet rett vil gi et kvalitativt løft for skrøpelige brukere. Selv om det er 45 % som svarer at dette i noen grad vil skje, ser vi at 34 % svarer at det i liten grad vil få denne konsekvens.

Samlet sett anser vi dette som overveiende negative meldinger til forslaget. Forslaget antas i liten grad å gi effekt for skrøpelige brukere og det blir meget dyrt for kommunene. Det anses også å ha noe uheldige virkninger på gjennomføring og kommunalt selvstyre etter enkeltes oppfatning. Det skinner vel gjennom i disse svarene at kommunene vanskelig ser for seg en situasjon der staten tar det fulle og hele ansvaret for kostnadene med en slik ordning.

Ser vi på svarene etter kommunestørrelse finner vi at forslaget klart synker i oppslutning med økende kommunestørrelser. Vi antar at dette i betydelig grad har økonomiske grunner.

Det er nemlig en klar tendens til at antakelsen om at det blir en stor økonomisk belastning øker med økende kommunestørrelse. Det er de største kommunene som har de laveste utgiftene til eldreomsorg (Tingvold og Romøren 2015, etter Huseby og Paulsen 2009).

Det er i kommuner med mindre enn 10.000 at svargiverne oftest er enig i at det blir et kvalitativt løft for svake brukere. Det er disse kommunene som oftest har høyest gjennomsnittlige utgifter til eldreomsorgen (Tingvold og Romøren 2015, Huseby og Paulsen 2009).

Det er også en klar tendens til at oppfatningen om at forslaget truer det kommunale selvstyre, øker med økende kommunestørrelse.

Vi antar at den bakenforliggende faktor i svarfordelingen er økonomiske overveielser i de ulike kommunetypene.

12.3 OPPRETTELSE AV ET KOMMUNALT REGISTER FOR HELSE- OG OMSORGSTJENESTENE?

Stortingsmelding 26 (2014 – 2015) foreslår også at det opprettes et kommunalt register for Helse- og omsorgstjenestene. Vi spurte om svargivernes vurderinger av dette ved å ta stilling til tre tenkte virkninger av forslaget. Svarfordelingen er vist i tabell 15.

Tabell 15: Synspunkter på forslag om register for helse- og omsorgstjenestene. Prosent

Påstand	I meget stor grad	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Sum
Et register er en fordel for planlegging og drift	3	21	56	20	100
Oppfølging av dette krever kompetanse og kapasitet vi ikke har	10	36	48	7	101
Dette krever mer ressurser til rapportering og mindre til aktive oppgaver	23	31	44	3	101

N = 128

Vi ser at svargivernes flertall ikke ser noen stor fordel ved et slikt register som verktøy i arbeidet med planlegging og drift. Bare hver fjerde svargiver sier at et slikt register vil gi meget stor/stor fordel for planlegging og drift i helse- og omsorgssektoren. Det er likevel bare 20 % som svarer at dette i liten grad vil være en fordel for dette.

Såpass mange som 46 % svarer at det i meget stor/stor grad vil kreve mye kompetanse og kapasitet som kommunen ikke har. Vi ser også at hele 54 % svarer at et slikt register i meget stor/stor grad vil bidra til økt vekt på rapportering og vri ressursbruken fra aktive oppgaver til rapportering og administrasjon.

Samlet sett viser svarene at svargiverne i begrenset grad ser nytteverdien av et slikt register, mens de i stor grad melder om kompetanse mangler og uheldig vridning i aktivitet og ressursbruk. Signalene i dette er således i betydelig grad problematiserende/negative.

Når vi ser på svarfordelingen etter kommunestørrelse finner vi en klar sammenheng. Få av kommunene med under 10.000 innbyggere ser store fordeler for planlegging og drift (15 %), mens 50 % av de større kommunene svarer at de ser store fordeler med dette. Dette er et av de mange funn som viser at de større kommunene i stor utstrekning ser planlegging som et viktig verktøy, mens mindre kommuner i betydelig mindre grad har en slik innstilling til planlegging.

Når det gjelder spørsmålet om kapasitet og kompetansemangel finner vi ingen markant forskjell etter kommunestørrelse. Dette kan ha sammenheng med at små kommuner kan kompensere manglende kompetanse med større kapasitet,

mens større kommuner kompenserer lavere kapasitet med mer kompetanse. Dette blir imidlertid kun å forstå som en hypotetisk vurdering her.

Når det gjelder utsagnet om at etablering av et slikt register vil vri ressursbruken bort fra aktive oppgaver til mer rapportering og administrasjon, finner vi ingen nevneverdig forskjell etter kommunestørrelse. Det er en utbredt tilslutning i kommunene til at dette er en aktuell fare.

Et samlet syn på disse svarene viser at kommunene anser signalene i meldingen som meget viktige, samtidig som de i mindre grad slutter opp om de to konkrete forslagene vi har drøftet.

Data kan forstås som et uttrykk for at kommunene, særlig de større, ser seg skviset av intensjoner og forslag som de ikke har økonomi og kapasitet til å følge opp, selv om forslagene i og for seg ikke er uten positive elementer. Vi antar at den oppfatning at de ikke har økonomi og kompetanse/kapasitet til å gjennomføre forslagene indirekte medfører at de i mindre grad ser de positive kvalitetene i forslagene.





13 FORHOLDET TIL KOMMUNEREFORMEN

I vår forrige rapport (Vetvik og Disch, 2014) drøftet vi på et tentativt grunnlag forholdet mellom kommunenes beredskap for et økende antall eldre fra 2020 av, i forhold til opplegget for den såkalte kommunereformen (Jf. meld St. 14 (2014 – 15)). Vi vurderte det slik at de to prosessene kunne komme til å påvirke hverandre ved at kommunereformen og dens tidsfrister kunne avlede oppmerksomheten fra behovet for planlegging og beredskap på Helse- og omsorgsfeltet.

Fra Kommunalminister Sanner ble det imidlertid hevdet at kommunereformen ble sett som en positiv faktor som en forutsetning for å mestre utfordringene med det økende antall eldre. Bak denne motsetningen ligger blant annet en ulik oppfatning av utfordringene med det økende antall eldre i forhold til tidsaspektet ved disse utfordringene. Vi pekte på at planlegging og iverksetting av planvedtak er meget tidkrevende og at fusjoner også ofte er meget krevende og den antatte oppnåelsen av de ønskede resultater ofte ligger langt frem i tid.

Når vi i vår undersøkelse fra 2015 stilte noen spørsmål om dette var det for å få noen data som kan indikere noe mer om kommunenes vurderinger av dette. Svarene på våre spørsmål kan tenkes å være farget av det faktum at det hadde vært oppmerksomhet om dette i media på den tid vi sendte ut spørreskjemaet.

13.1 HVOR KREVENDE ANTAS ARBEIDET MED KOMMUNEREFORMEN Å BLI FOR KOMMUNEN FRAM MOT 2020?

Vi spurte svargiverne om ovenstående. Svarfordelingen er gitt i tabell 16.

Tabell 16: Hvor krevende blir kommunereformen mot 2020. Prosentt

Meget krevende	32
Krevende	58
Mindre krevende	10
Lite krevende	1
Sum	101

$N = 125$

Vi ser at hele 90 % svarer at arbeidet med Kommunereformen blir meget krevende/krevende, og av disse svarer 32 % at det blir meget krevende. Bare et lite mindretall svarer at dette blir mindre/lite krevende. En må uansett vente noen ulikheter i dette på grunn av at det er ulikheter når det gjelder de konkrete forhold som berører den enkelte kommune i kommunereformen.

Hovedbildet er imidlertid at nesten alle kommunene antar at denne prosessen vil bli krevende og legge beslag på tid, ressurser og oppmerksomhet.

Svarene på dette spørsmålet varierer ikke nevneverdig med kommunestørrelse.

Sammenfallet i tid mellom disse store kommunale oppgavene må sees som en utfordring som lett kan skape usikkerhet. Det kan lett oppstå betydelige konflikter om lokalisering, stillinger og utvikling av tjenestetilbudet i kommuner som er i en sammenslåingsprosess. Selv om slike spørsmål er konfliktfelter også vanligvis i kommunene, antar vi at det vil bli enda vanskeligere i nylig sammenslåtte kommuner. Koordinering av de allerede etablerte systemene i de enkelte sammenslåingskommunene antas å by på store utfordringer.

Våre data styrker vår antakelse om at dette er et felt som må få betydelig oppmerksomhet både på statlig og kommunalt nivå i tiden fremover. Vi vet ikke hvordan det vil gå og det er liten grunn til å ri kjepphester her. Men oppmerksomheten på utfordringene må høynes.

13.2 FORHOLDET MELLOM KOMMUNEREFORMEN OG INNSATS FOR HELSE- OG OMSORG FRAM MOT 2020.

Svargiverne ble bedt om å belyse dette spørsmålet mer konkret ved å svare på tre ulike utsagn om forholdet. Svarfordelingen er stilt opp i tabell 17.

Tabell 17: Ulike sider ved forholdet kommunereform helse/omsorg.
Prosent

Påstand	I meget stor grad	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Sum
Kommunereformen blir en fordel	5	22	58	16	101
Kommunen vil få kapasitetsutfordringer	13	30	49	9	101
Kommunereformen vil prioriteres frem til 2020	11	29	30	30	100

N = 125

Svarene gir et forholdsvis variert bilde. Vi ser at det bare er 27 % som svarer at kommunereformen vil bli til stor fordel for Helse- og omsorgsutfordringene. Men det er bare hver 6. kommune som svarer at den i liten grad vil bli det. Svarene kan tolkes som at kommunereformen vanligvis i bare begrenset grad vil være fordelaktig når det gjelder å møte Helse- og omsorgsutfordringene.

Svarene her varierer i liten grad med kommunistørrelse.

Når det gjelder utsagnet om at sammenfallet i tid mellom Kommunereformen og kapasitetsbyggingen for det økende antall eldre vil gi kapasitetsutfordringer for kommunen, ser vi at 43 % svarer at det vil skje i stor/meget stor grad. Bare 9 % svarer at dette vil skje i liten grad. Vi ser her uttrykk for at en kapasitetsutfordring er ventet i forholdsvis mange kommuner.

Kapasitetsutfordringer nevnes oftere som store blant kommuner med under 20.000 innbyggere. Det er interessant for det er i disse kommunene en oftest vil finne sammenslåingskommuner.

Når det gjelder utsagnet om at Kommunereformen vil bli prioritert foran kapasitetsbygging i Helse- og omsorg fram

til 2020, ser vi at 40 % svarer at dette vil bli tilfelle i meget stor/stor grad, mens ytterligere 30 % svarer at dette vil skje i noen grad. Selv om 30 % svarer at dette vil skje i liten grad, er hovedbildet at Kommunereformen får forkjørsrett i tiden fremover.

Kanskje tenker mange at de største helse- og omsorgsutfordringene kommer etter 2020. Dette er jo riktig i den forstand at andelen i aldersgruppen 80 + øker kraftigere mellom 2025 og 2030, enn fra 2020 - 2025.

Men så er det behovet for kapasitetsbygging og beredskap da. Dette tar tid. Dessuten kan det antas at implementeringen av Kommunereformen kan kreve mer enn selve vedtaksprosessen og vare lenge. Vår oppfatning om at landet her får et vanskelig sammenfall av krevende oppgaver til samme tid, er ikke endret.

Ser vi på svarfordelingen etter kommunestørrelse, finner vi særlig i kommuner mellom 5 - 10.000 innbyggere mange som svarer at kommunereformen vil bli prioritert, mens tallet er lavere i større kommuner.

Vår konklusjon av disse data og overveielser er at utfordringen fra sammenfallet i tid mellom disse prosessene vil gi betydelige utfordringer i mange kommuner. Dette gjelder fram mot 2020. Men det kan antas at utfordringene blir størst fra 2020 - 2025. For her er det en direkte samtidighet mellom iverksetting av kommunereformen og håndteringen av et økende antall eldre fra 2020.

Siden vår rapport i 2014 har også regionreformen kommet inn som en ressurs- og oppmerksomhetskrevende prosess.





14 TILSTANDEN 2015 OG BEREDSKAP FOR SITUASJONEN 2020 - 2025

Vi stilte noen spørsmål om svargivernes vurdering av tilstanden i kommunen når det gjelder behovsdekningen i forhold til befolkningens tilgang på kvalitativt gode helse- og omsorgstjenester. Vi spurte også om hvilke mangler som kunne nevnes der kommunen svarte at det var mangler.

Vi hadde også noen spørsmål om kommunen har behovsanalyser, demografiske analyser og konsekvensanalyser i forhold til utviklingen i perioden 2020 – 2025.

Når vi valgte å konsentrere våre spørsmål om fremtiden primært til perioden 2020 – 2025 er det fordi denne perioden nå er nært forestående og fordi det er i denne perioden de demografiske endringene for alvor melder seg. Selv om den sterkeste veksten kommer fra 2025 – 2030 er det viktig å fokusere problemstillingene fra starten av endringene i 2020.

Et argument for dette er at selv om eldrebølgen fortsetter frem mot 2040, så blir det lange perspektivet såpass usikkert at en fokusering på de nærmeste utfordringene anses mest fruktbar.

14.1 BEHOVSUNDERSØKELSE AV FREMTIDIGE HELSE- OG OMSORGSBEHOV

Et viktig tema i vår undersøkelse er knyttet til spørsmålet om grunnlaget for kommunens beslutninger og vurderinger når det gjelder utviklingen av helse- og omsorgstjenestene i egen

kommune. Vi har tidligere i rapporten sett mer generelt på planleggingssituasjonen. Her ser vi på mer konkrete spørsmål knyttet til dette.

Vi spurte: «Har kommunen/etaten gjennomført en behovsundersøkelse om framtidige helse- og omsorg behov»? Svarfordelingen er vist i tabell 18.

Tabell 18: Behovsundersøkelse om framtidig helse- og omsorgsbehov.
Prosentt

Svarkategori	Svar i prosent
Har undersøkelse fra 2014/2015	29
Har undersøkelse fra 2012/2013	24
Har ikke behovsundersøkt siden 2010	47
Sum	100

N = 127

Det finnes som vi ser en betydelig variasjon når det gjelder nyere behovsundersøkelser. Om lag halvparten svarer at de har en aktuell behovsundersøkelse, mens den andre halvparten ikke har det.

Det at halvparten av kommunene ikke har aktuelle behovsundersøkelser er igjen en indikator på at planleggingen antakelig mange i mange kommuner har en ujevn kvalitet når det gjelder grunnlagsmaterialet. Dessuten minner vi om at vi antar at den tredjedelen av kommunene som har svart på vår undersøkelse antas å ha en bedre plansituasjon enn gjennomsnittet

Andelen som ikke har aktuell behovsanalyse synker systematisk med økende kommunestørrelse. Dette er samme tendens som vi finner når det gjelder arbeid med planer og integrering av sektorplanene i annen kommunal planlegging.

Dette bidrar til å festne det mønster at kommunene med mindre enn 5000 innbyggere ligger klart etter når det gjelder en planmessig tilnærming til utfordringene i Helse- og omsorgssektoren.

Hvilke behovs- og eventuelt kapasitets/kompetanse vurderinger som ligger i dette, vet vi ikke.

14.2 FINNES DET EN KOMMUNALT UTARBEIDET DEMOGRAFISK ANALYSE FOR 2020 – 2025?

77 % av svargiverne svarer ja på dette spørsmålet. 16 % sier nei, mens 7 % svarer vet ikke. Det var 128 som svarte på dette spørsmålet, det er praktisk talt alle.

Statistisk Sentralbyrå har slike oversikter for alle kommuner, og vi antar at kommunene lener seg tungt til dem. Men disse tallene i seg selv er ingen analyse og spørsmålet vårt gjelder om kommunen har gjort en egen analyse av SSBs tall. Vi er ikke trygg på at alle de 77% har gjort det.

Men uansett er det positivt at mange har en slik demografisk analyse. Kvaliteten på dette vet vi imidlertid ikke noe om. Det er også verd å nevne at nesten hver fjerde svargiver oppgir at de ikke har en slik analyse. Vi stusser over at 7 % av svargiverne svarer «vet ikke» på dette.

Ser vi på svarfordelingen etter kommunistørrelse, finner vi at det er en klar systematisk tendens til at forekomsten av demografiske analyser øker med økende kommunistørrelse.

14.3 UTVIKLINGEN I ALDERSGRUPPEN 80+ I PERIODEN 2020 – 2025.

Som et oppfølgingsspørsmål spurte vi hva den demografiske analysen viste når det gjelder eldre i gruppen 80+.

På dette spørsmålet var det bare de som svarte Ja på at de hadde en slik demografisk analyse som inngikk i materialet.

Svarfordelingen er stilt opp i tabell 19.

Tabell 19: Utviklingen av befolkningen 80+ i perioden 2020 – 2025.

Prosentt

Svarkategori	Prosent
Den er sterkt økende	30
Den er økende	52
Den er stabil	13
Den er nedadgående	5
Sum	100

N =96

Denne fordelingen likner på situasjonen i landet både når det gjelder sentraltendens og variasjon. Vi ser at over 80 % melder om økende antall i aldersgruppen 80+ i perioden. Dette er bildet av eldrebølgen. Den kommer ikke alle steder i denne perioden og den kommer med varierende styrke der den kommer.

Men hovedbildet er en større eller mer moderat vekst som får betydning for mange kommuner fordi det representerer en endret situasjon for de mange kommuner som har hatt en forholdsvis stabil utvikling i årene mellom 2010 og 2020. Her må det også minnes om at det kommer en enda sterkere økning fra 2025 av og at det fortsetter opp mot 2040.

Når vi ser på svarene etter kommunestørrelse, ser vi at kommunene med under 5000 innbyggere har relativt færrest som melder om stor økning i eldrebefolkningen.

Den andre halvparten av kommunene, de over 5000 innbyggere, melder oftere om sterkt økende eller moderat økende antall eldre over 80 i denne perioden.

14.3 KONSEKVENSANALYSE AV UTFORDRINGER I PERIODEN 2020 - 2025

Vi spurte:

«Har kommunen utarbeidet en konsekvensanalyse av utfordringene i den kommunale omsorgstjenesten mellom 2000 og 2025?»

Spørsmålet er stilt generelt, men konteksten er antakelig i vår sammenheng primært forstått som knyttet til et økende antall eldre.

På dette spørsmålet som var besvart av 127 svargivere svarte 42 % ja, 53 % nei og 6 % vet ikke. Med andre ord er det under halvparten som har utarbeidet en konsekvensanalyse for perioden. Det er også bemerkelsesverdig at 6 % svarer at de ikke vet dette. Når vi legger til at tallene antas å være lavere i de kommuner som ikke har svart på vår undersøkelse, er ikke dette videre oppløftende når det gjelder plan- og beslutningsgrunnlaget i mange kommuner.

Ser vi på dette etter kommunestørrelse kommer det igjen frem en klar sammenheng hvor de minste kommunene, med under 5000 innbyggere, har klart færrest (31 %) som har laget slik konsekvensanalyse. Andelen stiger markant med økende kommunestørrelse. I kommunegruppen med over 20.000 innbyggere har 77% utarbeidet en slik konsekvensanalyse.

Situasjonen i den halvparten av kommunen i landet som har mindre enn 5000 innbyggere blir på nytt aktualisert når det gjelder deres plansituasjon og beslutningsgrunnlag i forhold til fremtidens oppgaver. Dette kan være begrunnet i at disse kommunene ikke ser noen store «kriselignende» utfordringer i den demografiske utviklingen og/eller at de har liten tro på at planlegging og tilstandsanalyser vil ha noen særlig betydning for deres evne til å møte disse utfordringene (Jf. Dahl Jacobsen 1970).

14.4 HOVEDSATSNINGER I FORHOLD TIL UTFORDRINGENE I PERIODEN 2020 - 2025

Som en oppfølging til spørsmålet om kommunen har en konsekvensanalyse stilte vi et spørsmål slik «Hvis ja, hva er planens hovedsatsninger, nevnt de tre viktigste»? Her har vi gjort en feilformulering ettersom en konsekvensanalyse ikke er det samme som en plan. Vi har likevel sett på svarene som et uttrykk for viktige tendenser i kommunenes tilstandsvurdering og policyvalg i perioden.

Det var 39 som svarte på dette, mens det var 53 som svarte at de hadde laget konsekvensanalyse. Vi tolker forskjellen i antall svargivere som et uttrykk for at det flere steder ikke var grunnlag for å svare ettersom konsekvensanalysen ikke innebærer en plan eller prioriteringer.

Fra de 39 som svarte på dette åpne spørsmålet kom det frem både enkelte utfordringer som mange var opptatt av, og noen som bare ble nevnt av noen få. Dette ser vi som et uttrykk for betydelige variasjoner i situasjonen for de enkelte kommuner. Svarene varierer også når det gjelder omfang, antall momenter og grad av konkretisering.

Et hovedtrekk ved svarene er satsning på åpen omsorg/hjemmetjenester/og utvikling av omsorgsboliger. Denne tilnærmingen skal styrkes på ulike måter i flertallet av kommunene. Dette innebærer både eksplisitt omprioritering og styrking av noen tiltak på bekostning av andre. Det er imidlertid også flere som ser behov for å bygge ut både institusjonskapasitet og den åpne omsorgen samtidig.

Et annet hovedmoment er forholdsvis mange som har fokus på samhandling, omorganisering av tjenestene, organisasjonsutvikling og organisasjonskultur. Det er også en betydelig andel som peker på kompetanseutvikling/kompetanseheving

som et prioritert område (10). Men bare en av de 39 nevnte eksplisitt behovet for å rekruttere personell.

Forholdsvis mange (17) var opptatt av betydningen av rehabilitering, særlig hverdagsrehabilitering. Et par ganger var dette knyttet til begrepet «aktiv omsorg». Men begrepet aktiv omsorg som policybegrep var lite brukt. Begrepet «forebygging» var imidlertid brukt av forholdsvis mange (9). Målsettinger om «følkehelse, kvalitet og pasientsikkerhet» var nevnt av forholdsvis få. 5 av svargiverne pekte på demens problemet som et særproblem som krevde stort fokus. 6 av svargiverne hadde inkludert satsning på omsorgsteknologi/velferdsteknologi som et prioritert område.

Til sist nevnes en gruppe svar (10) som går på bedre kontakt med frivillige og pårørende. Det var også 5 som nevnte øket brukermedvirkning som et viktig område.

Som eksempler på svar vil vi sitere noen som illustrerer hva materialet sier.

«Utbygging av hjemmebaserte tjenester. Økning i antall omsorgsboliger med heldøgns bemanning. Kompetanseheving».

«Bygge nytt sykehjem med økt antall korttidsplasser, gjøre om dagens langtidsplasser til plasser med heldøgns bemanning. Samlokalisere hjemmebaserte tjenester og institusjon. Satse på aktiv omsorg ved å tilrettelegge forebyggende tiltak, og tilrettelegge for pårørende – og frivillig ressurser».

«Utbygge omsorgsboliger for heldøgns pleie og omsorg. Hverdagsrehabilitering. Velferdsteknologi og Kompetanseheving».

«Utvikling av kompetanse. Utvikling av organisasjonskultur. Utvikling av struktur/prosesser og rutiner».

«Styrking av hjemmetjenesten, fokus på kompetanseheving/rekruttering, omsorgsteknologi og hverdagsrehabilitering».

«Bygge flere omsorgsboliger. Økt fokus på hverdagsrehabilitering. Økt og bedre samarbeid med frivillige og pårørende».

«Utbygging av institusjoner, bofellesskap og hjemmebaserte tjenester».

«Forebyggende arbeid, egenomsorg. Omfordeling av kommunens totale ressurser. Hjemmetjenesteorientering»

Her fremtrer som et panorama av oppgaver og perspektiver som fremsettes som tiltak for å skape en kvalitativt bedre omsorg. Det er lite nytt i dette, men det anskueliggjør et komplekst og sammensatt aktivitetsbehov.

14.5 BEHOVSDEKNINGEN FOR ELDRE (OVER 65 ÅR) I 2020 – 2025 SAMMENLIKNET MED 2015.

Vi har tidligere i rapporten vist svarfordelingen når det gjelder behovsdekningen generelt for helse- og omsorgstjenester i 2015. Vi hadde også et spørsmål om hvordan svargiverne spesielt ville se på behovsdekningen for eldre, over 65 år, i perioden 2020 – 2025, sammenliknet med hvordan den var i 2015. Problemstillingen er hvilken endring som kommunene tenker seg vil skje når det gjelder tilbudet til de eldre fra undersøkelsestidspunktet til perioden 2020 – 2025. Det kan være litt vanskelig å se dette for seg i forhold til en periode hvor det kan tenkes mange endringer fra starten til slutten. Så i ettertid ser vi at det hadde vært bedre å spørre om situasjonen i 2025. Men uansett blir svar om dette fremtidsaspektet hypotetisk. Men de antakelser en gjør seg er likevel interessante ettersom de oftest vil ha betydning for hva som besluttes underveis.

Uansett – svarfordelingen er som vist i tabell 20.

Tabell 20: Behovsdekning for eldre 65 år pluss i 2020 -25 sammenliknet med 2015. Prosentt

Kategori	Prosent
Behovsdekningen vil være klart høyere enn i 2015	21
Behovsdekningen vil være noe høyere enn i 2015	38
Behovsdekningen vil være på samme nivå som i 2015	23
Behovsdekningen vil være lavere enn i 2015	15
Behovsdekningen vil være klart lavere enn i 2015	3
Sum	100

N = 128

Vi så tidligere at hele 85 % av svargiverne svarte at behovsdekningen for kvalitative gode helse- og omsorgstjenester til befolkningen var meget tilfredsstillende/tilfredsstillende i 2015. Som en generell tilstandsrapport er dette meget positivt vurdert.

På denne bakgrunn må det fortone seg særdeles løfterikt at nesten 60 % svarer at behovsdekningen vil være klart høyere/ noe høyere i perioden 2020 – 2025, hvor over 80 % svarer at demografiske analyser viser at andelen eldre over 80 år i deres kommune er til dels markant høyere enn i 2015. Er det for godt til å være troverdig?

Om lag hver 6. kommune svarer riktig nok at behovsdekningen for eldre vil være noe lavere i 2020 enn i 2015 (15 %). Men bare 3 % svarer at den vil være klart lavere.

Dette må sies å være positive antakelser. Vi stiller likevel spørsmålet om dette er representativt for situasjonen og hvor treffsikre disse antakelsene er. Men kanskje er det slik at kommunene faktisk er helt på høyden når det gjelder de kommende utfordringer til kapasitet og kompetanse i eldreomsorgen. Vi skal ikke utelukke dette – og noen steder er det slik. Men bildet nyanseres mye på flere måter ved en nærmere analyse.

Ser vi på svarfordelingen etter kommunestørrelse kommer et mer nyansert bilde frem. Vi finner vi at kommunene med under 10.000 innbyggere, har den høyeste andel som svarer at behovsdekningen vil bli bedre (2/3). I Kommuner med mellom 10.000 og 20.000 innbyggere er det 53 % som svarer dette.

I kommunegruppen med over 20.000 innbyggere er det imidlertid bare 23 % som svarer at det vil være bedre.

I denne kommunegruppen svarer nesten halvparten at behovsdekningen vil bli lavere.

Dette siste momentet må tillegges betydelig vekt for tilstanden ettersom det samlet sett bor mange mennesker i landets kommuner med over 20.000 innbyggere.

Utfordringene til eldreomsorgen i eldrebølgens tid, kan ikke legges til side nå – uansett. Til det må det sies å hefte for mye usikkerhet om den fremtidige utviklingen. Men vurderingen av fremtidens behovsdekning ser god ut i disse svarene fra de ansvarlige ledere i kommunene på Helse- og omsorgsfeltet. Det er et viktig moment å ta med seg.

Vi minner imidlertid om at det er grunn til å anta at vårt utvalg er preget av tilstanden i kommuner som har tingene mer på stell enn gjennomsnittet i kommunene.

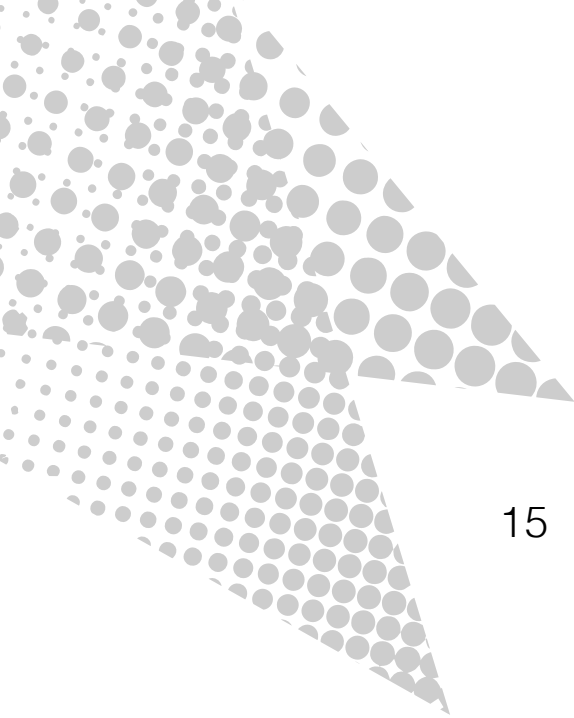
Dessuten peker vi på de mange data som går i en mer

problematisk retning.

Forholdet mellom de generelle tilstandskarakteristikker fra våre svargivere, sett i forhold til deres mange svar på andre mer konkrete spørsmål viser et motsetningsfylt bilde.

Vi gir en særskilt drøftelse av dette forholdet i vårt avslutningskapittel.





15 HVORDAN TENKER KOMMUNENE Å MØTE UTFORDRINGENE I PERIODEN 2020 – 2025?

I dette kapitlet drøfter vi videre hvordan svargiverne ser for seg hvordan de skal håndtere de utfordringene som kommer i egen kommune i perioden 2020 – 2025.

15.1 BRUK AV KOMMERSIELLE AKTØRER

Det er i dag en viss forekomst av private, kommersielle aktører som tilbyr helse- og omsorgstjenester i Norge. Tilbudet er relativt størst i store kommuner og sentralt i landet. Men det finnes også i andre kommuner. Det finnes etter det vi vet ingen samlet oversikt over hvor stor andel det private, kommersielle innslaget er i kommunenes helse- og omsorgssektor.

Men vi har et inntrykk av at det er betydelig større enn det våre sentrale og lokale myndigheter antar. Problemstillingen av de private kommersielle aktørers rolle er minimalt omtalt i de offentlige dokumenter vi har drøftet i vår rapport.

I vår undersøkelse i 2011 svarte 64 % at bruk av kommersielle aktører ville skje i liten eller ingen grad, mens 10 % svarte i «noen grad». 26 % svarte «vet ikke». Vi ønsket å se på hvordan dette så ut i 2015.

Vi spurte: «Tenker kommunen i framtida å benytte seg av kommersielle aktører til å tilby Helse- og omsorgstjenester?»

Svarfordelingen viser at bare 1 % tenkte at det ville skje i stor grad. 13 % svarte «til en viss grad», mens 62 % svarte i «liten» eller

ingen grad. 24 % svarte «vet ikke».

Dette er i realiteten samme svarfordeling som i 2011. Hovedbilde er at kommunene i liten grad er innstilt på å bruke kommersielle aktører, men at hver fjerde kommune holder spørsmålet åpent.

Det fremstår for oss som et åpent spørsmål om hvordan sammenhengen er mellom de antakelser som her kommer til uttrykk og den praksis som utvikler seg i norske kommuner når det gjelder dette. Vi har et inntrykk av at utviklingen mange steder ligger til dels langt foran den kommunale persepsjon av hva som her er tilfelle.

Ser vi på svarene etter kommunestørrelse er det en klar, men ikke veldig sterk, sammenheng. Med økende kommune- størrelse øker andelen som svarer at de til en viss grad vil bruke kommersielle aktører.

15.2 SAMARBEIDE MED IDEELLE AKTØRER?

Det har vært en mye mer positiv retorikk i signalene fra statlig hold når det gjelder samarbeid med ideelle organisasjoner, enn med de kommersielle aktører.

I vår undersøkelse fra 2011 var det flere som var positiv til bruk av/samarbeid med de ideelle enn de kommersielle aktører.

Hovedbildet fra denne undersøkelsen er likevel at kommunene ikke bare regner med å ta hovedansvaret for feltet, men også selv å utføre helse- og omsorgsoppgavene. Vi stilte spørsmålet om igjen i 2015 undersøkelsen.

Svarfordelingen er nesten identisk med fordelingen i 2011. 3 % svarer i stor grad. 40 % svarer i noen grad og 29 % svarer i liten grad. 9 % svarer ikke i det hele tatt, mens 19 % svarer vet ikke. Holdningene til spørsmålet er altså egentlig uendret fra 2011 til 2015 undersøkelsen. Fortsatt er det et skille på den måten at andelen som tenker seg å samarbeide med frivillige organisasjoner øker med økende kommunestørrelse.

Utsagnene om andre aktører er både i 2011 og 2015 langt på veg i tråd med signalene i Stortingsmeldingen om Morgendagens omsorg. Men det må likevel spørres om hvordan dette stiller seg i forhold til retorikken om frivillig innsats og aktiv omsorg.

Momenter som savnes i denne drøftingen er spørsmålet om forholdet til/kontakten med familie og pårørende.

Spørsmålet om rollen for private, kommersielle aktører fremstår som påfallende lite omtalt både i den statlige og den kommunale planleggingen av fremtidens helse- og omsorgsutfordringer.

15.3 SVARGIVERNES VURDERING AV BEREDSKAPEN PÅ ULIKE OMRÅDER. 2020 – 2025

Et hovedtema i våre studier har vært kommunenes beredskap for det økende antall eldre fra 2020 og fremover.

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

Dette spørsmålet ble også stilt i 2011.

Svarfordelingen i 2015 er stilt opp i tabell 21.

Tabell 21: Antatt beredskap på ulike områder i 2020 – 2025. Prosent

Svarkategori	Høy beredskap	Tilfredsstillende beredskap	Litt lav beredskap	Svak beredskap	Sum	N
Planlegging	12	56	30	2	100	129
Økonomi	2	37	41	20	100	129
Personell	2	43	52	4	101	129
Frivillig innsats	1	18	67	15	101	129
Aktiv omsorg	5	30	56	9	100	129

Vi ser at det er på planleggingsområdet svargiverne oftest svarer at de har høy eller i alle fall tilfredsstillende beredskap. 2 av 3 svargiverne svarer det, mens 1/3 svarer litt lav beredskap eller svak beredskap. Samlet sett er dette en melding som med visse variasjoner viser at svargiverne er tilfreds med situasjonen her.

Når det gjelder økonomi er svarfordelingen mindre tilfredsstillende. Det er flere som melder om litt svak beredskap enn som finner beredskapen høy/tilfredsstillende. Dessuten er det 20 % som svarer at den økonomiske beredskapen er svak.

Vurderingen av beredskapen på personell siden likner på fordelingen på økonomiområdet, men fortøner seg noe mer

positiv. 45 % melder om høy/tilfredsstillende beredskap. Men hele 52 % melder om litt lav beredskap.

Når det gjelder frivillige ser vi samlet den kanskje svakeste fordelingen. Her svarer bare hver 5 kommune at det er høy eller tilfredsstillende beredskap. 2/3 svarer at det er litt lav beredskap, mens hver 6 kommune melder om svak beredskap.

Aktiv omsorg har vel 1/3 som svarer høy eller tilfredsstillende beredskap, mens 2/3 svarer litt lav/svak beredskap. Dette er da noe mer positivt vurdert enn hva gjelder frivilligheten, men om lag på samme nivå som vurderingen av den økonomiske beredskapen.

2015 er jo klart nærmere perioden 2020 – 2025 enn 2011. Det er derfor interessant å se hvordan svarfordelingen i 2015 er sammenliknet med 2011.

Når det gjelder planlegging er det ikke noen forskjell av betydning mellom de to undersøkelsen. Det er en konstant vurdering at planleggingsberedskapen er OK i 2/3 av svalgivernes kommuner.

Når det gjelder økonomi er svarene klart mindre positive i 2015 enn i 2011. Dette kan henge sammen med at situasjonen i 2011 kanskje var bedre økonomisk generelt sett enn i 2015 hvor samfunnsøkonomien var stilt overfor større utfordringer. Om det har sammenheng med regjeringsskiftet i mellomtiden er et enda mer åpent spørsmål. Det kan også være et uttrykk for at svalgiverne får kaldere føtter når eldrebølgen kommer nærmere.

Når det gjelder personell er bildet mer positivt vurdert i 2015. Det er flere som regner med at det blir tilfredsstillende beredskap i 2015 enn i 2011. Dette kan være knyttet til at det i perioden 2011 – 2015 skjedde en betydelig opptrapping av personellet til helse- og omsorgstjenesten i kommunene.

Når det gjelder frivillige er bildet omtrent det samme, med en kanskje noe mer positiv vurdering i 2011 enn i 2015.

Når det gjelder aktiv omsorg vurderes dette noe mer positivt i 2011 enn i 2015.

Samlet vil vi si at endringene er små, med unntak av økonomiområdet hvor vurderingen er klart mindre positiv i 2015 enn den var i 2011.

Ser vi på svarene etter kommunestørrelse i 2015, finner vi at planleggingsberedskapen er klart høyere enn gjennomsnittet i kommuner med over 20.000 innbyggere, mens det er noe under gjennomsnittet i de minste kommunene (under 5000 innbyggere).

Når det gjelder økonomi beredskapen er det ingen systematisk variasjon etter kommunestørrelse. Men det er

en viss tendens til at flere i kommunegruppen 5 – 20.000 innbyggere betegner beredskapen her som svak. Om dette kan ha noen sammenheng med mangler i treffsikkerheten i beregningen av det statlige tilskuddet til kommunen å gjøre, kan reises som et spørsmål.

Når det gjelder beredskapen på personellområdet er det ingen systematiske utslag av kommunestørrelse i våre tall.

Når det gjelder området frivillige finner vi en viss variasjon etter kommunestørrelse. I kommunegruppene med under 10.000 innbyggere er beredskapen vurdert lavere enn i kommunene over 10.000, med unntak av de største kommunene (Størrelse 50.000 +).

Når det gjelder aktiv omsorg finner vi at det er lavere beredskap i de minste kommunene enn i kommuner med folketall mellom 5000 og 20.000 innbyggere. Høyest er det i kommuner med mer enn 20.000 innbyggere. Her svarer over 50 % at de har høy eller tilfredsstillende beredskap.

Servisamlet på disse tallene må vi markere en betydeligskepsis til den vurdering at kommunenes planleggingsberedskap stort sett anses å være på stell. Selv om det relativt sett er grunnlag for å hevde at ressurstilgangen når det gjelder penger, personell og frivillige stiller enda svakere enn planleggingsberedskapen, har vi i våre konkrete undersøkelser få indikasjoner på at planberedskapen er tilnærmet tilfredsstillende.

Men, det skal legges til at vi ikke skal undervurdere det «skipperskjønn» som svargiverne her gir uttrykk for, selv om vi har et annet bilde av tilstanden gjennom de andre data vi har presentert.

15.4 VURDERING AV BEHOVET FOR EKSTERN BISTAND TIL PLANLEGGINGSUTFORDRINGENE 2020 – 2025.

Som vist i forrige kapittel svarer 2/3 at planleggingsberedskapen for utfordringene i perioden 2020–2025 er høy/tilfredsstillende. I forlengelsen av dette er det interessant å se på i hvilken utstrekning kommunene svarer at de har behov for ekstern bistand i form av kapasitet og kompetanse til planlegging av beredskap for periodens utfordringer.

Svarfordelingen på dette spørsmålet er stilt opp i tabell 2.2.

Tabell 22: Behov for ekstern bistand til å planlegge beredskap for 2020 – 2025. Prosentt

Svarkategori	Prosent
Stort behov	7
Noe behov	49
Mindre behov	37
Ikke behov	7
Sum	100

$N = 127$

Vi ser en todeling av svarene her. Få velger ytterpunktene stort behov og ikke behov. 49 % velger betegnelsen noe behov, mens 37 % svarer mindre behov. Samlet sett tolkes dette som en indikasjon på at de fleste kommunene vil gjøre dette selv i hovedsak, men med noe støtte fra eksterne konsulenter. Dette anser vi som en fruktbar innstilling som reflekterer den innsikt at det er en fordel om de som har deltatt i planarbeidet er de som skal implementere det.

Når vi ser dette etter kommunestørrelse, finner vi så pass små forskjeller at det ikke gir noe bestemt mønster.

Svarene kan være et uttrykk for at mange av svargiverne ikke har hatt helt presise oppfatninger av dette. Vi burde spurt om hvordan de ser på utfordringene til planarbeidet når det gjelder tidspunkt for å starte, den eventuelle, beredskapsplanleggingen.

Til de som svarte at de hadde stort, eller noe behov for bistand ble det spurt hvor det var aktuelt å hente bistand fra. Vi listet opp en rekke mulige alternativer for slik ekstern bistand og spurte om det var «meget aktuelt», «aktuelt» eller «lite aktuelt» med bruk av de ulike eksterne aktørene. Det var også anledning til å markere «vet ikke» i forhold til den enkelte mulige aktør.

Svarene er stilt opp i tabell 23.

Tabell 21: Antatt beredskap på ulike områder i 2020 – 2025. Prosent

Svarkategori	Meget aktuell	Aktuell	Lite aktuell	Vet ikke	Sum	N
Departement	6	43	43	8	100	125
Helsedirektorat	9	55	30	6	100	125
Fylkesmannen	20	70	7	3	100	125
KS	25	64	6	6	101	125
De regionale sentra for omsorgsforskning	8	55	22	15	100	125
Regionale høgskoler	12	46	30	12	100	125
Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester	23	68	6	3	100	125
Konsulentfirmaer	6	31	49	14	100	125

Vi ser at det er særlig tre aktører som vurderes som de mest aktuelle samarbeidspartnere ved behov for ekstern bistand. Fylkesmannen, Kommunenes Sentralforbund og Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester blir alle vurdert som meget aktuell/aktuell av omtrent 90 % av svargiverne. De sentrale organene Departement og Helsedirektorat/Helsetilsyn har ikke så høy oppslutning (49 – 64 %), men vi ser at Helsedirektorat/helsetilsyn scorer høyere enn Departementet.

De Regionale Høgskoler og de Regionale Omsorgsforskningsentra vurderes begge som meget aktuelle/aktuelle av omtrent 60 %. De vurderes slik omlag på samme nivå som Departement /Helsedirektorat/Helsetilsyn.

Private konsulenter vurderes som det minst aktuelle av alle disse alternativene, selv om vel hver 3. svargiver også finner dem meget aktuelle/aktuelle.

Ser vi på svarene etter kommunistørrelse finner vi at bistand fra Departementet vurderes sjeldnere som aktuelt i kommunene med mindre enn 5000 innbyggere, enn i de de større kommunene.

Det samme mønster ser vi når det gjelder bistand fra Helsedirektorat/Helsetilsyn. Når det gjelder bistand fra Fylkesmannen ser vi at dette ikke varierer nevneverdig med kommunistørrelse. KS scorer høyt i alle kommune grupper, men aller høyest i kommuner med mer enn 10.000 innbyggere.

Når det gjelder de regionale omsorgsforskningsentra ser vi at de oftere vurderes som aktuelle i kommunene med mer enn 5000 innbyggere. Det samme ser vi når det gjelder de Regionale Høgskoler.

Når det gjelder Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester finner vi ingen nevneverdig forskjell etter kommunestørrelse.

Når det gjelder bruk av private konsulenter finner vi at de anses mest aktuelle i kommuner med over 10.000 innbyggere.

15.5 SAMMENSLÅING AV UTDANNINGSINSTITUSJONER - BETYDNING FOR FAGLIG BISTAND?

Det er en aktuell trend i tiden med sammenslåing til større enheter. Det gjelder ikke bare kommunesektoren, men i like høy grad i utdanningssektoren. Vi hadde derfor følgende spørsmål: «Flere utdanningsinstitusjoner planlegger å slå seg sammen til større enheter. Hvilken betydning tror du det vil få for tilgangen på faglig bistand og kompetanse til din kommune på helse- og omsorgsområdet?»

Spørsmålet kan jo sies å være i overkant hypotetisk og hver fjerde svargiver svarte «vet ikke». Det var nesten 10 % som svarte at det ville bli bedre. Det var klart flere som svarte at det ville bli «utfordrende» (24 %). Men de klart fleste svarte (42%) at dette ville bli som før. Svarfordelingen antyder at kommunene ikke har vurdert dette spørsmålet som påtrengende aktuelt for seg.

Det var ikke systematiske sammenhenger med kommune- størrelse på dette spørsmålet.

15.6 HVA ER DE VIKTIGSTE BETINGELSENE FOR AT UTFORDRINGENE 2020 – 2025 KAN LØSES?

Vi avrundet våre spørsmål om utfordringene i perioden 2020 til 2025 med et åpent spørsmål om hva som vurderes som de viktigste betingelsene for at kommunen skal makte Helseomsorgsoppgavene i perioden 2020 -2025.

Det var 94 som besvarte dette spørsmålet, omlag 70 %.

Svarene varierte i lengde fra opptil 10 linjer og ned til et enkelt ord. Vi har sett på svarene og bearbeidet dem videre. Noen nevnte bare ett moment/en betingelse, mens andre nevnte flere.

Det var stor variasjon i svarene, men mange berørte som de mest sentrale tema:

Økonomi og personell/kompetanse.

Ikke overraskende nevnte hele 2/3 forhold knyttet til kommuneøkonomi, statlige overføringer og ulike aspekter av dette. Om lag halvparten nevnte personell og kompetanse, veldig ofte i sammenheng, som sentral betingelse for å makte utfordringene. Økonomi og/eller personell var eksplisitt nevnt av 3 av 4 svargivere. I tillegg var det implisert i en god del andre av svarene også. Men det var flere som hadde andre tilnærminger til dette.

Det var også andre betingelser som var forholdsvis ofte nevnt, uten å være så hyppig som de overnevnte. Ulike aspekter ved planlegging ble nevnt av 13 svargivere, hver 6. svargiver. Her var det understreket både behovet for å komme i gang med dette i tide og å lage gode planer som gir oversikt og retning til utviklingen. Knyttet til dette var flere opptatt av å få til endringer i organisasjon og kultur/tenkemåte i helse- og omsorgssektoren og organisasjonsutvikling. Ledelsesutvikling og lederansvar ble nevnt i sammenheng med dette og alene.

Enkelte var opptatt av samhandlingsreformens opplegg og gjennomføring. Men egentlig var det få som nevnte dette. Konkret nevnte et par svargivere problemer med å få orden på pasientstrømmene og ulempen med at mange meget svake pasienter ble utskrevet fra sykehus.

Det var også få som eksplisitt trakk inn kommunereformen (6). Noen pekte på det som et klarhetsmoment. Andre som en forutsetning for å lykkes.

Interessant nok var det 10 svargivere som på ulike måter pekte på behovet for politiske prioriteringer og beslutninger

for å få retning og rammer for den videre utviklingen. Men det var få som knyttet dette eksplisitt til planlegging og planvedtak.

Forholdsvis få (9) nevnte spørsmål vedrørende boliger, bygging av institusjoner eller omsorgsboliger eller utvikling/utbygging av tjenestene. Men noen var innom det.

Det samme gjelder forebygging og rehabilitering. Noen få var opptatt av pårørendes rolle og ansvar. En svargiver nevnte holdningsendring hos brukerne slik at de skrur ned sine forventninger til hva de kan få fra kommunen.

Velferdsteknologi/innovasjon ble nevnt på ulike måter av 10 av svargiverne.

For å illustrere disse svartypene om de viktigste betingelser som må oppfylles for at kommunen skal makte utfordringene i 2020 – 2025 siterer vi enkelte av svarene:

«At staten sørger for at forventningene til nivå på tjenestene samsvarer med inntektene kommunen gis for å løse oppgaven».

«Økonomi og endringsvilje – fra å være byråkratisk orientert til å se hva som er viktig og ta seg av oppgaver som kommer innbyggerne til gode»

«Økonomiske rammer som gir mulighet for å bygge opp istedenfor ned»:

«Økonomisk bærekraft i kommunen. Avhenger av når kommunesammenslutning skjer».

«Større budsjetter. Nok kompetanse. Politisk vilje til omstilling i PLO».

«Mye usikkerhet med tanke på kommunestruktur, om vi fortsetter som egen kommune eller blir utkant i en storkommune. I en storkommune vil vi få kvalitativt bedre tilbud til de aller sykeste, mens de som mottar lavterskeltilbud vil bli skadelidende. Når en vet hvor viktig det er med forebygging og tidlig intervensjon er vi meget spente på virkningen av dette på sikt».

«Kommunereformen. Vi trenger større og mer robuste kommuner»

«Bedre rammebetingelser. Tilgang på nødvendig kompetanse. Politiske prioriteringer».

«Bærekraftig økonomi og nok kapasitet og fagkompetanse».

«Rekruttering av fagutdanna personell. Tilfredsstillende økonomiske rammevilkår. Politisk vilje til prioritering».

«At vi starter planleggingen nå».

«Kartlegge, planlegge, politiske føringer og økonomi».

«Etablering av gode styringssystemer og utvikle en profesjonell kultur i tjenestene som makter å forholde seg til endring».

«Systematisk tilnærming for å benytte brukers og pårørendes ressurser. Styrke hjemmetjenester med forebyggende og helsefremmende fokus, som ambulerende team og bredere innsatsområde for hverdagsrehabilitering. Utvikling og implementering av velferdsteknologiske løsninger. Tilstrekkelig tilgang på kvalifisert personale og kapasitet i lokaler parallelt med befolkningsvekst og tjenestebehov»

«Det har i mange år vært slik at sykehusene skriver ut stadig raskere. Det betyr flere og dårligere pasienter til kommunene. Denne utviklingen må det finnes andre løsninger på».

«Det viktigste for kommunen er å skaffe nok kompetente personer innenfor sektoren. Dette p.g.a at det er en distriktskommune som har problemer med å tiltrekke seg kompetanse innenfor flere fagfelt».

«Vi må ha omsorgsboliger med heldøgnbemanning og organisere omsorgstjenestene annerledes».

«Kompetente ansatte, god ledelse, gode systematiske pasientforløp».

«God analyse og planlegging/tilrettelegging av tjenestene. Nok sykehjemsplasser. Tror ikke på at alt kan løses med hjemmetjenester. Mange ensomme eldre med lite nettverk. Organisering av frivillig arbeid. Nye tanker i omsorgstjenesten, fra hjelperrollen til hverdagsrehabilitering.»

«Bygge flere omsorgsboliger. Økt fokus på hverdagsrehabilitering. Økt og bedre samarbeid med frivillige og pårørende».

«Sentral myndighet ødelegger mye for kommunen med å si at alle har krav på institusjonsplass. Dette er svært uheldig. Alle må bo hjemme med aktiv omsorg

så lenge som mulig. Det er omsorg innbyggerne har krav på, ikke institusjonsplasser. Det som er sannheten er at innbyggerne vil bo hjemme lengre enn pårørende vil og ønsker. Pårørende må ta sin del av ansvaret i fremtiden. Helsetjenesten vil ikke ha kapasitet til å ta alt ansvar.»

Disse stikkordpregete kommentarene anser vi som gode indikasjoner på sentrale utfordringer som kommunene har sett og som de strever med. De illustrerer de momenter som er kommet frem i våre statistiske data og gir mer mening til disse. På samme måte kan vi bruke de momentene som vi fanget opp ved å og anledning til åpne kommentarer på slutten av spørreskjemaet.

15.7 NOEN MOMENTER FRA SVARGIVERES ÅPNE SLUTTKOMMENTARER.

På slutten av spørreskjema ga vi svargiverne anledning til å gi sine kommentarer til undersøkelsen.

Vi fikk inn 25 kortere og noe lengre kommentarer. Vi delte dem inn i to grupper: Kommentarer til metode og kommentarer til innhold.

Kommentarene til metode, fra 11 svargivere, har vi omtalt i metodekapittelet (kapittel 4).

Det var det flere som påpekte usikkerhet på grunn av kommunesammenslåingsprosessen. En bemerket at ny kommunestruktur vil endre organisering og struktur innen omsorg. Som del av en større kommune vil store deler av omsorgen bli flyttet ut av nåværende kommune, sies det.

En annen pekte på at det allerede var godt samarbeid over kommunegrensene om oppgaver i helse- og omsorg i deres region.

Andre pekte på at vår undersøkelses fokus er mye på de eldre, mens denne kommunen opplevde de største utfordringene med personer under 67 år. Slik er det åpenbart for flere. En kommune nevnte som et viktig poeng at de først fra 2025 ville få et økende antall eldre innover seg for alvor. Dette er et viktig poeng som vi også fremholder, dvs. den ulike situasjonen i ulike kommuner som kan variere betydelig fra gjennomsnittssituasjonen.

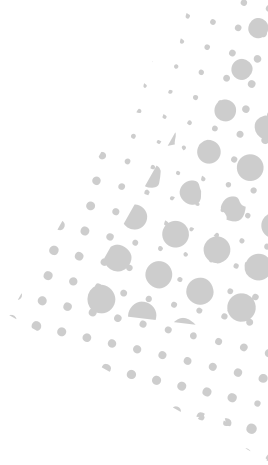
Noen pekte på ulike aspekter ved plansituasjonen. Noen var i gang med å lage en plan, mens andre kommenterte at visse aspekter var tatt med i kommuneplanen i grove trekk,

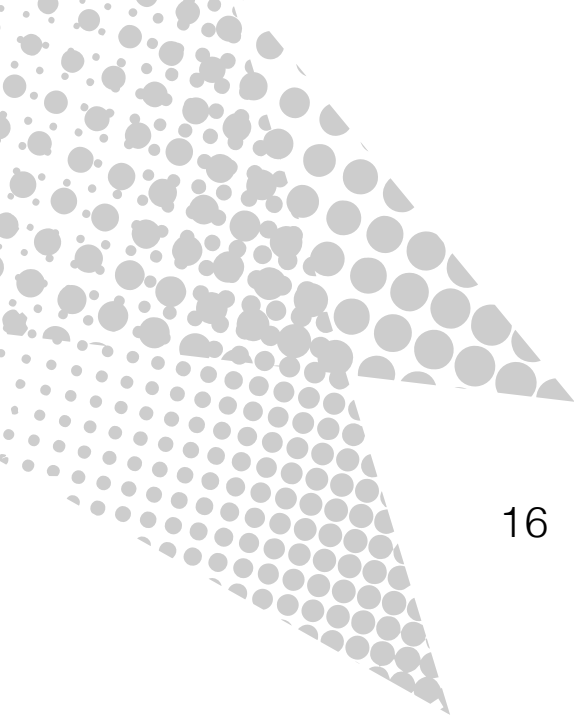
uten noen egen Helse- og omsorgsplan. Fra en kommune ble det beskrevet en situasjon med usikkerhet om politikernes valg i prosessen.

En kommune kommenterte at de hadde brukt KS-konsulent til analyse og også ville bruke konsulent til å utarbeide modeller for fremtidens omsorgstjeneste. En omtalte planarbeidet som en Organisasjonsutviklingsprosess for å legge om fra sykehjemsplasser til bemanning av omsorgsboliger.

Problemene for små kommuner med begrensede ressurser og med store avstander til spesialisthelsetjeneste samt vansker med å rekruttere personale ble trukket frem i en av kommentarene. Dette medfører problemer med å håndtere samhandlingsreformen i praksis, selv om ideen antas å være god generelt sett. En annen, liten kommune ga uttrykk for at de hadde god oversikt og god utbygging. De var i forkant i forhold til de prinsipper og ordninger som kom med samhandlingsreformen. Dette understreker igjen at tilstanden varierer mye fra kommune til kommune.

En svargiver tok opp spørsmålet om befolkningens forventninger og rettigheter i forhold til den økonomiske utviklingen fremover. Befolkningen må informeres om at en kanskje må regne med at tilgangen på tjenester blir mindre etter 2020. Dette er uttrykk for en klart mer defensiv posisjon, som kan være mer realistisk enn retorikken generelt tilsier.





16 NOEN VIDERE ANALYSER AV SAMMENHENGER I MATERIALET

Svarfordelingen underveis er analysert i forhold til kommunestørrelse. Dette anser vi som den mest utslagsgivende variabel. I tillegg til dette har vi satt nærmere på noen få andre sammenhenger. Vi har brukt spørsmålet om kommunen har en nyere helse- og omsorgsplan som uavhengig variabel og analysert enkelte andre svar fordelinger ut i fra det. Vi har også gjort noen enkle tilsvarende analyser hvor spørsmålet om kommunen har en nyere behovsundersøkelse har vært uavhengig variabel.

Det kunne vært fristende med flere analyser. Vi hadde imidlertid en klar ressursbegrensning som reduserte mulighetene for dette denne gang. Dessuten gjorde den lave svarprosenten det mindre nyttig å kjøre mange flere analyser.

16.1 SAMMENHENGER KNYTTET TIL PLANSITUASJONEN.

Når vi ser på sammenhengene mellom det at kommunen har en gjeldende helse- og omsorgsplan og andre variabler, finner vi en varierende grad av sammenheng. I det følgende skal vi presentere noen av resultatene fra denne analysen.

Når det gjelder sammenhengene med kommunens prioriteringer i følge til bestemte utfordringer fant vi visse utslag.

Blant de kommunene som hadde en gjeldende plan var det noe flere som ønsket høy prioritering av det medisinske tilbudet til de hjemmeboende brukerne. De kommunene som ikke

hadde gjeldende plan ville i klart høyere grad prioritere det medisinske tilbudet til brukere i institusjon.

Når det gjelder styrking av den sykepleiefaglige kompetansen i både sykehjem og hjemmetjenestene var det noen flere av de som hadde plan som vil gi høy prioritet til dette, enn blant de som ikke hadde gjelden de plan. På samme måte ser vi at de som har plan noe oftere vil styrke habilitering- og rehabilitering i kommunen.

Arbeid med aktiv omsorg var klart høyere prioritert blant de kommuner som har en gjeldende plan, enn blant de som ikke har det. Det samme gjelder prioriteringen av samhandling med frivillige.

Når det gjelder sammenhengen mellom plan og behovsdekning finner vi at:

- De som har plan svarer noe oftere at de har en underdekning av sykehjems plasser
- De som har en plan svarer klart oftere at de har en underdekning av omsorgsboliger
- De som har en plan svarer klart sjeldnere at de har underdekning av ansatte.
- De som har en plan svarer noe sjeldnere at de underdekning av antall frivillige.

Vi ser videre at de som har en gjeldende plan også i markert høyere grad også har en nyere behovsundersøkelse 2/3 av de som har en plan har også en nyere behovsundersøkelse, mens bare 1/3 av de som ikke har en gjeldende plan har en nyere behovsundersøkelse.

De som har en plan svarer også i klart høyere grad at et kommunalt register for helse- og omsorgstjenestene vil være en stor fordel for drift av Helse- og omsorgstjenestene i kommunen. Men disse svarer også klart oftere at dette i stor grad vil kreve kompetanse og kapasitet som de ikke har.

De som har en plan har også klart oftere en egen kommunal demografisk analyse over utviklingen i eldrebefolkningen.

De som har en plan har i vesentlig grad også flere som svarer at de har en konsekvensanalyse av utfordringene i den kommunale omsorgstjenesten mellom år 2020 og 2025.

De som har en plan svarer også klart oftere at de har en plan for samarbeid med frivillige. De som ikke har en gjelde helse- og omsorgsplan svarer imidlertid noe oftere at de har stort behov for kompetanseheving når det gjelder samarbeid med frivillige.

Samlet ser vi her en klart markert tendens til at noen kommuner legger betydelig vekt på planlegging og

planleggingsrelaterte tiltak, mens andre nokså systematisk har unnlatt å bruke planlegging som redskap i sitt arbeid med helse- og omsorgsoppgavene i kommunen.

De som har en plan svarer vesentlig oftere at de i fremtiden tenker å samarbeide med ideelle aktører for å tilby omsorgstjenester.

De som har en gjeldende plan svarer også klart oftere at de har venteliste for sykehjem og omsorgsbolig.

De som har plan svarer litt oftere at helse- og omsorgsoppgavene er for dyr for kommunens økonomi. De som ikke har en plan svarer imidlertid noe oftere at disse oppgavene vil bli for dyr for kommunen i 2020.

Når det gjelder erfaringen med samhandlingsreformen er det stort sett små forskjeller etter planstatus. Men de som har plan svarer noe oftere at de har erfart at brukernes situasjon er blitt bedre med samhandlingsreformen. På den annen side svarer de som har plan klart oftere at reformen i stor grad har øket utfordringene til hjemmetjenestene. Det er imidlertid ikke noen forskjell når det gjelder belastningen på sykehjemmene.

De som ikke har en plan svarer noe oftere at kommunevalget får betydning for helse- og omsorgstilbudene i kommunen. De som har en plan svarer imidlertid noe oftere at Stortinget vil få betydning for dette.

De som har en gjeldende plan svarer klart oftere at Primærhelsemeldingen vil få betydning for kommunens arbeid med helse- og omsorgsoppgavene i årene fremover. De som har en plan svarer også klart oftere at lovfestet rett til heldøgns pleie vil gi en stor økonomisk byrde på kommunen. Det er også flere av de som har plan som svarer at dette ikke vil kunne la seg gjøre i praksis.

De som har en plan svarer noe oftere at arbeidet med kommunereformen vil bli krevende. Men de som har en plan svarer også noe oftere at arbeidet med kommunereformen vil bli en fordel for arbeidet med helse – og omsorgsoppgavene. Det er likevel slik at de som har en plan oftere svarer at sammenfallet i tid mellom kommunereformen og beredskapen for et økende antall eldre vil gi kommunen kapasitetsutfordringer.

De som har en plan svarer klart oftere at de har en tilfredsstillende beredskap for mobilisering av personell, frivillige og aktiv omsorg.

Blant de som har en plan er det en noe høyere andel som svarer at det er aktuelt med bistand fra private konsulenter til eget planarbeid. Blant de som ikke har en plan svarer en

høyere andel at det er aktuelt med bistand fra Departementet og Helsedirektoratet/Helsetilsynet.

Konklusjonen på dette punktet er at planlegging spiller en betydelig rolle i arbeidet med helse- og omsorgsutfordringene på en systematisk måte i noen kommuner, mens andre kommuner i betydelig mindre utstrekning har anvendt planlegging i forhold til disse utfordringene.

Disse svarene er klart påvirket også av kommunestørrelse. Noen av sammenhengene svekkes derfor når vi kontrollerer for dette. Men de fleste er likevel gyldige.

16.2 SAMMENHENGER KNYTTET TIL BEHOVSUNDERSØKELSE.

Analysene av sammenhenger knyttet til om kommunen har en nyere behovsanalyse på feltet, gir ikke store utslag.

Men vi finner at de som har en slik undersøkelse har klart bedre dekning av personale enn de andre. Det er også slik at de som har en nyere behovsundersøkelse oftere prioriterer aktiv omsorg i institusjon enn de andre. Det er også en svak tendens til at de som har en behovsundersøkelse noe oftere har en demografisk utvikling med økende antall eldre fra 2020.

Det er en svak tendens til at de som har behovsundersøkelse i stor grad svarer at samhandlingsreformen har skapt merarbeid uten økonomisk kompensasjon for kommunen.

De som har behovsundersøkelse svarer klart oftere at kommunen har behov for ekstern bistand til planarbeidet både med kompetanse og kapasitet.



17 TENTATIVE KONKLUSJONER OG AVSLUTTENDE DRØFTING

17.1 UTGANGSPUNKTET.

Utgangspunktet for vårt prosjektarbeid har vært Perspektivene i Stortingsmelding nr. 25 (2005 – 2006) «Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer.» Denne tittelen leder tankene til den oppfatning at framtidas omsorgsutfordringer er av kvalitativ art. Det er sentrale aspekter ved det gode liv som er perspektivet her.

I denne Stortingsmeldingen er Omsorgsplan 2015 sentral, som et instrument til å følge opp Stortingsmeldingens hovedansvarliggende for omsorgstjenesten i kommunene. Hovedstrategien er formulert slik:

«Regjeringens hovedstrategi for å møte morgendagens omsorgsutfordringer er å utnytte den demografisk sett relativt stabile perioden vi har foran oss til en gradvis utbygging av tjenestetilbudet, og til å planlegge og forberede den raske veksten i omsorgsbehov som forventes fra omkring 2020» (St.meld. nr. 25 side 11).

Logikken her er enkel og klar. Den demografiske utvikling med det kraftig økende antall eldre gir som effekt en rask vekst i omsorgsbehov fra 2020 av.

For å følge opp denne hovedstrategien ble det formulert et opplegg med 5 langsiktige delstrategier:

- Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging
- Kapasitetsvekst og kompetanseheving

- Bedre samhandling og medisinsk oppfølging
- Aktiv omsorg
- Partnerskap med familie og lokalsamfunn.

Dette anser vi fortsatt som et strategisk relevant program for utviklingen av offentlig sektor, og særlig kommunene, til å møte de varslede utfordringer.

Tjenestetilbudet skal planlegges og gradvis bygges ut særlig når det gjelder utdanning og «rekruttering av personell og investeringer i bygningsmasse og teknologi», sies det (side 5).

Dette har vi ansett som et særlig sentralt premiss for våre studier. Vi bemerker imidlertid at dette i overveiende grad må forstås som kvantitative svar på kvalitative utfordringer.

Sammenhengen mellom kvantitet og kvalitet består uansett som et spennende tema. Manglende kvalitet kan ofte skyldes mangel på kvantitativ kapasitet.

Når det gjelder tilstanden på helse- og omsorgsfeltet og hovedutfordringen den reiser sier meldingen at:

«Det er på det sosiale og kulturelle området dagens kommunale helse- og omsorgstjeneste først og fremst kommer til kort» (St.meld.nr. 25, side 13).

Dette gjelder spesielt «grupper som har stort behov for bistand», heter det (ibid).

Her har vi imidlertid fra første stund av stilt oss spørrende både til om dette er en dekkende beskrivelse, og uansett til hvordan det er fulgt opp i den etterfølgende utvikling i Stat og kommuner (Disch og Vetvik 2009). Forholdet mellom det kvantitative og det kvalitative, og mellom det sosiale/kulturelle og helse- og omsorgsområdet er viktige analyse- og policydimensjoner.

Etter vår oppfatning representerer Stortingsmeldingen et viktig eksempel på en fremtidsrettet og perspektivrik offentlig politikk. Den hever seg over rutinepolitikkenes alminnelige kortsiktige perspektiv og skaper et grunnlag for langsiktig utvikling og tiltak som kan skape rom for innovasjon og strukturelle endringer.

Statsvitenskapelige studier av planlegging viser imidlertid at det å skape strukturelle endringer i offentlig politikk ofte blir for krevende og at den faktiske utvikling oftest blir preget av de små skrittets vei – den såkalte inkrementalismen.

Den grunnleggende forståelse av utfordringene framover i St.meld. nr. 25 er at utfordringene er både av kvantitativ og kvalitativ art. Dette henger sammen, selv om det kan skilles analytisk. Det er både behov for «mer av det samme» og innovasjon, strukturelle endringer og kvalitetsutvikling. I

praksis er dette et meget krevende prosjekt.

Til støtte for strategien fra stortingsmelding 25 har Staten fulgt opp på mange ulike måter. Det er bevilget betydelige beløp både til ulike relaterte kommunale formål, bl.a. til personell og støtte/finansieringsordninger til utbygging av sykehjem og omsorgsboliger, samt til forskning og utvikling.

Staten har også vært aktiv med å formulere ulike mål og sende mange policysignaler til kommunene gjennom Stortingsmeldinger og andre offentlige dokumenter, som fremstilt i kapittel 2.

Vår hovedproblemstilling har vært å følge gjennomføringen av dette opplegget i kommunene når det gjelder planlegging, policyutforming, tiltak og tjenester. Vårt hovedfokus har vært på den kommunale planleggingen som et instrument for framtidige beslutninger og handling på feltet.

Vår siste studie er fra våren 2015 og faller i tid sammen med avslutningen av Omsorgsplan 2015.

Vi stiller spørsmålet om hvor vi nå står og hvordan beredskapen nå er i forhold til utfordringene fra 2020, som var forutsett i 2006?

17.2 ET ØKENDE ANTALL ELDRE I FOKUS.

Begrepet «eldrebølgen» er ofte brukt som et illustrerende begrep for den demografiske utvikling som er beskrevet i St.meld 25 fra 2006.

Dette er noe helt annet enn begrepet «Tsunami» som er en plutselig og dårlig varslet flodbølge som ødelegger alt i sin vei og som er over på kort tid selv om konsekvensene varer lenge.

Noen har brukt dette som et skremmebilde, delvis for å polemisere mot den forståelse at den demografiske utviklingen gir landet krevende utfordringer. Grunnen til dette har til dels vært et velment ønske om fokus på at eldre mennesker også er en ressurs for samfunnet.

Men dette positive fokus må ikke få overskygge/tilsløre det faktum at den kvantitative utviklingen medfører store utfordringer som vi må forholde oss aktivt til for at pleie- og omsorgsbehovene ikke skal bli forsømt. Når noen hevder at «eldrebølgen er en myte» tar de grundig feil og bidrar til å svekke beredskapen for de utfordringer som allerede nå er en realitet.

I forhold til dette vil vi hevde at det er nødvendig å ha to perspektiver på plass samtidig.

Det ene er at veksten i av de eldre i befolkningen er noe som kan predikeres forholdsvis presist på et demografisk grunnlag. Det finnes selvsagt nyanser og en viss usikkerhet også her. Og som vi har vektlagt varierer den demografiske utviklingen betydelig fra kommune til kommune. Men eldrebølgen på nasjonalt nivå er et tilnærmet demografisk faktum.

Spørsmålet om konsekvensene av denne demografiske utviklingen og hvilken beredskap som er tjenlig for å møte den, er andre viktige spørsmål. Svarene på disse spørsmålene er mye mer komplisert og beheftet med stor usikkerhet. Vi vet ikke hvordan det vil gå. Men landet er nødt til å forholde seg til det som kommer med aktiv oppmerksomhet. Det er plikt til å se, som det sies i vegtrafikkloven.

Vårt bidrag i rapporten og i den fortsettende drøftelse i dette kapittelet er ment som bidrag til forhåndsvurderingene av dette.

Vårt hovedperspektiv er at saken har to sider. På den ene side er den alminnelige eldrepolitikken som skal bidra til et godt, aktivt og verdig liv for alle eldre. Aktivt liv med mening, mestring og muligheter for flest mulig eldre. Dette vil i tillegg til å være et gode i seg selv ha stor betydning som forebygging mot helseplager og sosial isolasjon.

På den annen side vil mange eldre, også mange av de som er friske og aktive lenge, på veg mot livets avslutning ha en lengre eller kortere periode med betydelig behov for helsetjenester, pleie og omsorg.

Vi har fokusert på behovet for å bygge den nødvendige kapasitet i samfunnet for denne situasjonen for de «skrøpelig eldre». Vi hevder behovet for at «føre var prinsipp» i forhold til dette.

17.3 ET HOVEDSYNSPUNKT PÅ TILSTANDEN I 2015 OG UTVIKLINGEN FRAMOVER

Det er ingen tvil om at det har skjedd en betydelig både kvalitativ og kvantitativ utvikling av helse- og omsorgstjenestene i tiden frem til 2015. Løftene fra Staten og oppfølgingen i kommunene har medført løft som har hatt stor positiv betydning for Eldres levekår og livskvalitet.

Når en sammenholder opplegget og målsettingene som var skissert i Stortingsmeldingen fra 2006 om Mestring, muligheter og mening (St.meld. nr.25. 2005 – 2006) med

de ulike rapporter som vi har omtalt i begynnelsen av denne rapporten, inklusiv våre egne, må det kunne konstateres at utviklingen likevel ikke i tilstrekkelig grad har møtt de målsettinger som var satt.

Tross den gunstige demografisk utviklingen, kan det se ut til at kommunene har hatt nok med å møte de løpende oppgaver og dagens krav. Også med dette synes mange kommuner å være «på hælene». Målet i offentlig politikk om en kapasitetsbygging som tar høyde for den sterke veksten i eldre og omsorgsbehovet fra 2020 er ikke nådd.

Målsettingene om en kvantitativ og kvalitativ beredskap for utfordringene fra 2020 er på etterskudd i mange kommuner.

Den hoved vurderingen vi her har gitt, er i tråd med uttalelser på sentralt politisk hold. Arbeiderpartiet konkluderte, etter et utvalgsarbeid, i begynnelsen av 2015, at de ikke hadde nådd de mål som var satt for helse- og omsorgspolitikken (Aftenposten 3.3. 2017). Dette er å forstå som en selvkritikk etter 8 år med regjeringsmakten.

I forbindelse med lanseringen for den nye «kvalitetsreformen» for eldreomsorgen, i Mars 2017, uttalte Statsministeren: «Det svikter for ofte med det aller viktigste i eldreomsorgen» (Pressemelding 03.03.2017. Helse- og omsorgsdepartementet). Selv om vi ikke vet nøyaktig hva hun konkret mente med det, er dette en klar erkjennelse av svikt.

Disse politisk baserte tilstandsvurderingene er viktige som generelle utsagn og motivering for politikktutforming og må vurderes som sådan. I arbeidet med tilstandsrapporter må imidlertid flere faktorer vurderes mer presist for å få et bredere og mer tydelig bilde av tilstanden, som grunnlag for politikktutforming og handling.

De vurderingen som er fremkommet i dette punkt, skal utdypes og drøftes nærmere. Vi skal gjøre dette ved å ta opp noen utvalgte momenter fra våre data og vår rapport her.

17.4 NOEN VIKTIGE PERSPEKTIVER

17.4.1 DET GENERELLE OG DET SPESIELLE.

I drøftingen av eldreomsorgen er det viktig å vurdere forholdet mellom det generelle og det spesielle i utfordringer og tiltak for å møte dem. I norsk offentlig politikk har hovedmodellen for det meste vært basert på universelle tiltak – tiltak som gjelder

alle. Alle eldre vil derfor være omfattet av eldrepolitikken.

Men selv om de fleste eldre «greier seg selv» i største delen av tiden fra pensjonsalderen og frem til livets avslutning – og ønsker å ha det slik, så inntreffer det for de fleste etterhvert økende funksjonstap, helseproblemer, tap av nettverk mv. slik at avhengigheten av hjelp fra andre øker. Fortsatt er det slik at denne utviklingen statistisk sett skyter fart fra 80 årsalderen av. Og selv om levealderen øker og befolkningen også har flere «friske leveår» enn tidligere, er det for mange slik at de siste leveårene ofte medfører store medisinske- og omsorgs behov.

Derfor har vi i våre arbeider vært fokusert på den gruppen som vi kaller «De skrøpelige eldre». Denne gruppen, som er klart den minste av eldrebefolkningen til enhver tid, har store hjelpebehov om krever ekstra løft og store kostnader om livskvaliteten ikke skal bli så utsatt at den er i strid med retten til et verdig liv. I denne gruppen er det flere kvinner enn menn. Det er også langt flere fra gruppen med dårlige levekår gjennom livet enn det som er gjennomsnittet. Men tap av helse og egenmestring kan ramme alle, mer eller mindre forutsett.

Vi hevder at det er nødvendig å tenke gjennom forholdet mellom de vanlige eldre og de skrøpelige eldre når det gjelder prioritering og utforming av tiltak i eldreomsorgen. Det blir feil om vi tenker at de generelle tiltak i eldreomsorgen også vil møte de skrøpelige og utsatte grupperes hjelpebehov. De kan et stykke på vei virke forebyggende. Men på slutten av dagen, om ikke før, ser vi at særskilte behov må møtes med særskilte tiltak.

Her kan det bli vanskelige avveininger mellom «noe til alle» versus behovet for «mye til langt færre».

17.4.2 KVANTITET OG KVALITET

Dette er delvis relatert til det forrige punktet. Kvalitet er et aktuelt begrep for våre mål for eldreomsorgen. Når regjeringen varsler en «Kvalitetsreform» vil dette kunne regne med oppslutning fra mange.

Det er likevel slik, tenker vi, at landet i møtet med eldreomsorgen i en tid med et økende antall eldre også vil være preget av store kvantitative behov. Det er behov for å se konkret på antallet plasser i ulike ordninger og fordelingen mellom dem. Det er behov for en fokusert og kreativ gjennomgang om hvilke antall ansatte og hvilke type kompetanse en trenger.

Om en ser nytt på forholdet mellom helseprofesjonene og ansatte med annen fagbakgrunn, f.eks. sosialfaglig, kan

spørsmålet om å få nok personell til de ulike oppgavene antakelig se lysere ut.

I dette perspektivet snakker vi konkret om behovet for mer ressurser. Det er en sine qua non betingelse – Det går ikke uten.

Kvalitative endringer uten mer ressurser kan selvsagt fortsatt finne sted. Men dette antas ikke å kunne ha den tilstrekkelige effekt form å møte det samlede behov fra den økende kvantitative utfordring. Det er grenser for hva landet erfaringsmessig har fått ut av den verbale satsingen på forebyggende tiltak.

Utfordringen dreier seg ikke bare om kvaliteten på de tjenester som ytes til de som fanges opp av systemet. Et annet aspekt er om systemet er innrettet slik at det er i stand til å finne frem til de mange som har behov som ikke er sett og ivaretatt (Sørbye, Vengnes Grue og Vetvik 2009).

17.5 BETYDNING AV PLANLEGGING OG BEREDSKAP

17.5.1 PLANSITUASJONEN

I St.meld. 25 (2005 – 2006), sies det at framtidens utfordringer på omsorgsområdet fremstår som «en av de viktigste planleggingsoppgaver i kommunesektoren». Ettersom Helse- og omsorgssektoren allerede på den tid var kommunenes største oppgaveområde er det en rimelig betraktning. Regjeringen understreker at denne planleggingen må skje som en del av det helhetlige kommuneplanarbeidet.

En antatt viktig grunn til at dette sies på denne måten er at planlegging av helse- og omsorgsoppgavene ikke er en lovpålagt oppgave i seg selv. Området skal som andre områder i kommunene innpasses i den generelle kommuneplanleggingen, dvs Kommuneplanen.

Vi finner at mange kommuner likevel har fulgt opp de statlige signalene og utarbeidet og vedtatt egne helse- og omsorgsplaner. Vi ser imidlertid at omlag halvparten av kommune i 2015 ikke har en slik Helse- og omsorgsplan.

Våre undersøkelser om i hvilken utstrekning disse planene er integrert i Kommuneplanene, gir et bilde av en nokså varierende praksis med dette.

En gjennomgang av noen få nyere Kommuneplaner, gir også et varierende bilde. Omsorgsutfordringene er som

regel tematisert, men oftest i nokså generelle vendinger. Vårt inntrykk er at Kommuneplanene – som de statlige Omsorgsplaner – fremstår som programmer med vekt på målsettinger og viljesytringer, men mindre konkrete på iverksetting.

I våre data ser vi imidlertid et markert skille mellom «Planleggingskommunene» og «de andre» som i liten grad har et planopplegg som grunnlag for virksomheten på Helse- og omsorgsområdet.

Det fremtrer helt klart av våre data at den halvparten av norske kommuner som har mindre enn 5000 innbyggere har en langt svakere planleggings praksis enn de større kommunene.

Hva disse bygger sine beslutninger på når det gjelder utviklingen av tilbud og tjenester, vites ikke. Men ettersom klart flere i denne gruppen er små kommuner, kan det spørres om de finner oppgavene såpass håndterlige og oversikten såpass god, at det anses tilstrekkelig å ta det opp i den vanlige Kommuneplanen. Situasjonen synes å være preget av at en verken ser noen kriselignende situasjon i horisonten eller ser på planlegging som et tjenlig virkemiddel for å håndterere fremtidens utfordringer (jf. Dahl Jacobsen 1970).

Men vi har betydelig tvil om holdbarheten av slike kommunale vurderinger.

Planleggingskommunene karakteriseres av at de ikke bare har en gjeldende helse- og omsorgsplan, men også nyere behovsundersøkelser, demografiske analyser og konsekvensanalyser. De øvrige svarene tyder på at disse kommunene har sett et større behov for oversikt og fokus på utfordringene enn de andre.

Planlegging hjelper – ikke bare fordi den gir bedre oversikt og beslutningsgrunnlag – men også fordi en god og integrert planprosess aktiviserer fremtidsrettet i kommunal forvaltning og politikk på området. Deltakerne får eierskap til planen og et nærmere forhold til de beslutninger som må treffes for å iverksette dem.

Men planleggingen bør bli bedre om den skal kunne gi slike virkninger. Planlegging som et pliktlop uten engasjement gir lite annet enn ekstraarbeid. Fortsatt er det for eksempel slik at det er en lav andel som har en planmessig tilnærming til planlegging når det gjelder aktiv omsorg og når det gjelder mobilisering og bruk av frivillige.

Generelt er et fokus på iverksetting og bedre samkjøring med den alminnelige kommuneplanleggingen, viktige betingelser for å få bedre effekt av planarbeidet.

Det handler om å skaffe seg en oversikt som gir et helhetlig

beslutningsgrunnlag for prioriterte strategiske beslutninger om utviklingen. Hvis en ikke satser på dette – hva blir beslutningsgrunnlaget da?

Uten en systematisk og planmessig tilnærming antar vi at ulike versjoner av impulsbeslutninger og vanetenkning vil styre det meste.

17.5.2 TILSTANDSRAPPORT

Det kanskje viktigste skritt for å styrke beslutningsgrunnlaget vil etter vår vurdering være å etablere et system for kommunal tilstandsrapport på Helse- og omsorgsfeltet. Poenget i vår anbefaling her er ikke å pålegge kommunene et nytt og omfattende registreringsopplegg.

Poenget er å bruke de data en allerede har for ANALYSE, og så supplere dette med noen få nye grep for å skaffe en oversikt over hva som fungerer og hva som ikke fungerer i kommunen på dette feltet. Det trengs et kritisk blikk på virksomheten ut fra et brukerperspektiv. Vi tenker at dette kan øke innsikten til å skape nye tiltak og forbedringer som kan iverksettes uten særlig mye nye kostnader. Men det bør også gi en bredt anlagt vurdering av tjenestetilbudets rekkevidde og treffsikkerhet. Dette er en lederoppgave i samarbeide med ansatte førstelinjetjenesten.

Et viktig perspektiv er å se etter hva som går under radaren i kommunen fordi folk i systemet snakker for lite sammen og samhandler for lite. Fortellingen om «Helten» fra Statsministerens nyttårstale er et eksempel på hva som kan oppnås ved å se på nytt med friske blikk på tilkortkommenheten i tilstanden i det etablerte systemet fra et brukerperspektiv.

Det må skapes åpenhet og arenaer i Helse- og sosialtjenesten for å finne nye områder hvor vanetenkning og prestisje i systemet stopper oppdagelsen og gjennomføringen av opplagte forbedringer. Vi tenker oss at bedre kontakt med brukerne og med førstelinjen i systemet vil kunne ha et stort potensial for forbedringer.

Dette er en utfordring til de ansvarlige ledere om å innta holdninger som fremmer kommunikasjon og fjerner motstanden, for ikke å si redselen, for å se virkeligheten i øynene. Vi fornemmer en situasjon med forsvarspreget kommunikasjon og underrapportering av problemer i det offisielle bildet av dette.

Når det gjelder behovet for aktivitet og frivillighet i den åpne omsorgen vil en kommunal dugnad og et ideverksted kunne utløse mye energi og ressurser. Her mangler både plan og initiativ.

17.6 EN GENERELL TILSTANDSRAPPORT BASERT PÅ VÅRE PROSJEKTER.

Hvordan er tilstanden i norske kommuner anno 2015 ut fra våre data og andre data vi har brukt i vår fremstilling i denne rapporten?

17.6.1 TILSTANDEN NÅR DET GJELDER DEN DAGLIGE DRIFT.

Generelt er svaret at det varierer fra kommune til kommune. Mye er bra i mange kommuner, men det er nok av data som peker i mindre bra retning.

Generelt vil vi si at mange kommuner allerede er mye på etterskudd med både med planlegging og dagens oppgaver. Beredskapen for det som i stigende grad kommer med eldrebølgen er ikke patent. Vi skal utdype dette i det følgende.

Vi starter med en drøftelse når det gjelder personell tilgangen. Våre data viser at 44 % av svargiverne meldte om en underdekning. 42 % svarte «en viss underdekning» og ytterligere 2 % «stor underdekning». Selv om dette ikke er et veldig sterkt signal om mangel på personell, indikerer det en presset situasjon i mange kommuner. Dette kan vanskelig sies å være tilfredsstillende, særlig når vi tar med i betraktningen at vi har grunn til å anta at situasjonen er vanskeligere i de kommunene som ikke har svart, enn i de kommunene som har svart på vår undersøkelse.

Til støtte for vurdering ovenfor, viser vil til en undersøkelse fra NOVA på samme tid (Gautun, Øien og Bratt 2016). Den konkluderer med at kommunene mangler 2550 sykepleiere i dagens situasjon. Hvor mange hjelpepleiere som mangler, vites ikke. Selv om 2550 fordelt på over 400 kommuner ikke blir så mange i hver, vil det kunne antas at denne mankoen, særlig der den er større enn gjennomsnittet, vil kunne bety en stor belastning på personellet over tid. Som tittelen på Nova rapporten indikerer – «underbemanning er selvforsterkende». Alt for mange vurderer å slutte, alt for mange slutter tidlig og mange arbeider deltid eller skifter yrke.

Tilsvarende ser vi at bare 20 % svarer at det er tilfredsstillende dekning når det gjelder behovsdekningen av frivillige.

Våre data viser også at 48 % svarer at det er underdekning på omsorgsboliger, hvorav 16 % svarer «stor underdekning». Vi antar at dette henger sammen med at kommunene har erfart at det tar tid å bygge omsorgsboliger.

Samlet sett viser disse data en situasjon som viser betydelige mangler i behovsdekningen i 2015 i mange kommuner.

Samtidig fremgår det av svarfordelingen på vårt generelle spørsmål (Tabell 18) om behovsdekningen totalt sett at 85 % av våre svargivere, som har ledende stillinger i sin kommune på helse- og omsorgsfeltet, svarer at den er tilfredsstillende.

Dette gir to meget forskjellige bilder av tilstanden.

Er det virkelig slik at tilstanden i 5 av 6 kommuner i 2015 med rimelighet kan karakteriseres som tilfredsstillende?

Poenget her er både kontrasten til de andre data vi har presentert og til den antakelse vi har om at tilstanden i våre svarkommuner er klart bedre enn i gjennomsnittet av norske kommuner.

Vår vurdering er at data viser at mange kommuner er helt på hælene og har en betydelig underdekning i sin situasjon på det nåværende tidspunkt.

17.6.2 TILSTANDEN NÅR DET GJELDER BEREDSKAP FOR ET ØKT ANTALL ELDRE.

Tilsvarende har vi sett på spørsmålet om tilstanden hva gjelder beredskap for eldreomsorgens utfordringer i perioden 2020 – 2025.

Når vi ser på de konkrete spørsmål om beredskapen, fremtrer et motsetningsfylt bilde.

2/3 av kommunene svarer at planleggingsberedskapen for utfordringene i perioden 2020 – 2025 er tilfredsstillende. Det er langt på veg et positivt bilde. På grunnlag av de andre data vi har fremlagt, fremstår dette som mindre dekkende for situasjonen.

60 % svarer at økonomiberedskapen er litt lav (41%) eller «svak» (20%). Beredskapen når det gjelder personell fremtrer like ujevn. Disse svarene har solid støtte i andre data.

Tallene for beredskapen når det gjelder «frivillig innsats» og «aktiv omsorg» viser tilfredsstillende beredskap i fra 1/5 til 1/3 av våre kommuner.

Det store flertall svarer altså at beredskapen når det gjelder dette ikke er tilfredsstillende (Tabell 20). Hvis vi skal legge til grunn oppfatningen fra St.meld. nr. 25 om at det er på det «på det sosiale og kulturelle området dagens kommunale omsorgstjeneste først og fremst kommer til kort», er dette nedslående tall.

Men – når vi ser svargivernes svar på vårt spørsmål om behovsdekningen for eldre i perioden 2020 – 2025 sammenliknet med 2015 kommer et annet bilde fram. 59 % svarer at

behovsdekningen vil være bedre enn i 2015, mens ytterligere 23 % svarer at behovsdekningen vil være på samme nivå. Det er bare 18 % som svarer at behovsdekningen i perioden vil bli lavere enn i 2015.

De første tallene i dette punkt viser betydelige mangler i beredskapen. De siste tallene tegner et bilde av en tilstand som langt på veg må sies å være tilfredsstillende.

Selv om de ulike tallene er klart motstridende, skal dette ikke konkluderes for raskt.

Et forsøk på å forene de ulike bildene vil være en tolkning som innebærer de problemer som erkjennes på konkrete områder ikke oppfattes å være så tungtveiende at de i alvorlig grad fører til kvalitetsproblemer for brukerne i eldreomsorgen.

Dette kan også innebære en oppfatning om at de sentrale statlige intensjonene som er rikelig beskrevet i vår rapport, har mer for seg som gode mål og retorikk, enn som variabler av stor betydning for å karakterisere den praktiske omsorgssituasjon.

Etter vår vurdering er dette bare delvis holdbart. Vi tenker at våre generelle spørsmål et stykke på veg er rammet av «takk bare bra» syndromet. Dette innebærer at den som blir spurt generelt om tilstanden på et område man har ansvar for, oftest ikke vil bruke negative betegnelser, og slett ikke velge sterke karakteristikk. Våre data viser et bilde på det, tenker vi.

Til støtte for denne vurderingen vil vi trekke frem de mange konkrete data som peker på alvorlige mangler i helse- og omsorgstjenestene (Helsetilsynet 2011 og 2017, og Riksrevisjonen 2016).

Det skal imidlertid pekes på at det er vanskelig å gi gode prediksjoner om fremtidens situasjon med grunnlag i det vi vet i dag. Det er for mye vi ikke vet om faktorer som får betydning for det som skjer i fremtiden. Det kan derfor tenkes at svargivernes syn på kvaliteten i fremtidens omsorg har mer for seg enn vi er klar over.

Norge er et land der vi har erfaring for og ofte har inntrykket av at «det ordner seg». Enkelt sagt kan det tenkes at kommune ser det slik at staten og markedet vil løse dette problemet, når det for alvor kommer. Tanken er at problemet blir løst og at behovene vil bli dekket, selv om man i dag ikke akkurat vet hvordan. Det kan ikke utelukkes at dette vil gå slik.

Men sjansen at samfunnet kommer altfor seint med tiltakene med en slik holdning, anses meget aktuell. «Føre var» prinsippet er fornuftig, ikke bare på miljøpolitikens område.

17.7 BEHOVET FOR EN SÆRSKILT STATLIG ØKONOMISK SATSING

Den situasjon vi nå har, kort tid før en stor økning i antall eldre over 80 år i kommunene, krever en ny drøftelse av statens rolle.

Staten har som det fremgår av vår rapport vært meget aktiv med å formulere viktige og gode intensjoner for eldreomsorgen til enhver tid og sin vilje å møte utfordringene et økende antall eldre særskilt. Mye er også blitt gjort for å følge dette opp. Politikere fra alle partier har gitt løfter om at intensjonene skal innfris. De har også for kort tid siden offentlig uttalt at satsingen ikke har vært tilstrekkelig til å nå målene.

Data fra andre undersøkelser viser at befolkningen har stor tillit til at det offentlige systemet vil stille opp den dagen de trenger det. Folk venter ingen kvalitetsvekkelse av tilbudene (Vetvik 2010). 71 % av de eldre over 75 år har ganske stor eller svært stor tillit til at det offentlige vil gi dem tilstrekkelige helsetjenester når de trenger det (Helsepolitisk barometer Kantar TNS 2017). Dette varierer imidlertid mye med alderen. I aldersgruppen 30 – 44 år er det bare 40 % som svarer det samme (Ibid).

Hvordan vil staten forholde seg til dette?

En måte kan være å nedbygge forventningene ved å peke på at de er for høye. Dette kommer neppe til å skje før Stortingsvalget i 2017. Men det kan komme allerede i Statsbudsjettet for 2018.

Effektene av en eventuell budsjetttilstramming kan bli tilsørt med oppmuntrende formuleringer og vektlegging av positiv retorikk. De eldre er så friske og spreke at de står for en støyt. Behovet for større nærhet mellom generasjonene og samhold i familiene vil bidra positivt til en kvalitativ innovasjon som gjør alle lykkeligere. De aktive eldre skal hjelpe hverandre mer enn før. Vi får slik en styrket næromsorg for de eldre.

Utmerket - Men bildet av dagens pårørende og deres situasjon forstyrrer nok dette bildet noe.

Slik retorikk, som opplagt har noe for seg som en positiv holdning til utfordringene, kan likevel bidra til å ta oppmerksomheten bort fra konsekvensene av en mulig problematisk utvikling. Det faktum at det blir mange flere eldre kan, ut fra en form for politisk logikk, medføre at den enkelte i denne gruppen vil få mindre. Blir det flere til å dele, blir det mindre ressurser til hver enkelt (Rattsø og Sørensen 2009).

Den konkrete utfordring landet får med den demografiske utvikling frem til 2025 er ikke i seg selv dramatisk. I

gjennomsnittskommunen dreier deg seg om 3% - 5 % årlig vekst i aldersgruppen 80+ mellom 2020 og 2025. Men denne veksten kommer på toppen av en vekst i gruppen yngre eldre og de medfører også et økende behov.

Det kan kanskje antas at økende antall brukere vil gi synkende grensekostnader, men i forhold til oppbygning av tjenester og tilbud som allerede er praktisk talt fullt utnyttet, er ikke dette noen sannsynlig prognose. Det er få tegn som tyder på at det i dag er oppbygget en stor ledig kapasitet beregnet til å møte et økende antall eldre.

Dessuten er det liten grunn til å anta at samfunnsutviklingen vil gi minkende utfordringer fra de mange med bistandsbehov i de yngre årsklasser – de såkalt «nye brukerne».

Ser vi dette i forhold til systemets bæreevne i dag, er det derfor liten grunn til å undervurdere utfordringene.

I dette bildet vil vi også trekke fram at regjeringens løfte i utspillet om en kvalitets reform for eldre våren 2017, var å utjevne ulikheter i tilbudet mellom landets kommuner. Skal dette kunne skje må det finne sted en markant standardheving i mange kommuner, for det er vel ingen ide å skape likhet ved nivåellere standarden med de dårligste som norm?

Kommunene venter på at staten skal ta et utvidet ansvar for sine proklamerte intensjoner og løfter. Kommunene har ikke de nødvendige økonomiske ressurser til å møte utfordringene.

Staten må stå for finansieringen av det nødvendige løftet i tilbud og tjenester som kreves for å møte eldrebølgens utfordringer på en kvalitativt tilfredsstillende måte.

Uten et økonomisk løft fra nå av og fremover, vil eldreomsorgen i eldrebølgens tid bli sterkt belastet av treghet, etterslep og manglende sammenheng i det offentlige systemet. Den krevende økonomiske situasjonen i kommunene, i forhold til de oppgaver de skal løse på dette feltet, er bredt og kontinuerlig dokumentert i våre data.

Det handler ikke bare om penger – det handler om mye mer enn det. Men uten større økonomisk rammer går det i hvert fall ikke – sine qua non.

Men dette er en tentativ vurdering – den kan bli falsifisert av en fremtid vi ikke kjenner.

17.8 FRA VELFERDSSTAT TIL SUBSIDIARITETS PRINSIPPET.

Det heter ikke «Velferdsstat» nå lenger. Fra 1980 tallet av har det i økende grad vært «Velferdssamfunnet» som er blitt betegnelsen på karakteren av vår velferdsmodell eller velferdsregime (Esping Andersen, 1990).

Begrepsendringen reflekterte så vel hegemoni endringer etter 1980 tallets utvikling (Høyrebølgen) og en noe endret strategi fra sosialdemokratisk hold.

Begrepet Velferdssamfunnet innebærer en bred erkjennelse av at staten og det offentlige ikke så omfattende som tidligere antatt kunne ta ansvaret for å sikre folks velferd. Hele samfunnet skaper velferden.

I den økonomiske liberalismens tid på 1980 tallet i Norge (Bjørklund og Hagtvet 1981) kom det flere faglige og populære bidrag som både diskuterte og proklamerte velferdsstatens undergang (Kolberg 1983). Fra radikalt hold ble dette møtt med ulike forslag til en reform av velferdsstaten for å bevare den (Frønes og Hanisch 1984).

Velferdsstaten har forandret seg på ulike måter siden den gang. Et sentralt moment har vært at økonomisk tenkning og effektivisering på en helt annen måte en tidligere trengte inn i tenkemåter og handlinger i offentlig forvaltning, uavhengig av skiftende regjeringer. Den såkalte «New Public Management» (NPM) retningen vant fotfeste i Norge, som i andre Europeiske velferdsstater. Men fortsatt har offentlig sektor den dominerende plass i samfunnets helse- og velferdspolitik i Norge.

I Norge har systemet helt fra den første etterkrigstids vært en blandingsmodell hvor markedsøkonomien har vært en sentral del av samfunnsformasjonen. Omfanget av dette og styringen/reguleringen av dette har variert, men utviklingen mot deregulering av samfunnet skjøt fart etter 1980 tallet.

Derfor kan vi i dag, mer enn tidligere, slå fast at markedet allerede er her, også på de tjenesteområder hvor stat og kommune tidligere langt på veg var eneaktører. Både i våre tall og i de offentlige dokumenter, fremgår det likevel indirekte at markedet er en lite persipert faktor i bildet.

Nå i nyliberalismens tid, må spørsmålet om markedets rolle i endringsprosessene drøftes.

På den ene side er det klart at oppslutningen om Velferdsstaten/velferdssamfunnet fortsatt fremstår meget sterk. Selv vårt mest liberalistiske parti, Fremskrittspartiet, bidrar i regjeringsposisjon til en stor satsning og pengebruk

på offentlige velferdstiltak. Det tales for en betydelig sterkere statlig innsats og styring på eldreomsorgsfeltet.

På den annen side kommer de tunge trender i den samfunns-økonomiske utvikling både på nasjonalt, internasjonalt og individ/gruppe nivå.

På dette grunnlag fremsetter vi den vurdering at utfordringene fra et økende antall eldre i den aktuelle kontekst, kan fremtvinge en utvikling som endrer balanseforholdet mellom marked og stat i Norge i stor grad.

Betingelsene for etablering og vekst i markeder er at det finnes en etterspørsel etter bestemte goder fra individer og grupper av individer som har stor kjøpekraft. Den generasjon av nordmenn som nå er fra 65 år og oppover, er den rikeste kohort som landet har sett. Selv om det finnes unntak fra dette, er det en jevnt høy kjøpekraft i dagens eldrebefolkning.

Helse - og omsorg er for de fleste mennesker så sterkt knyttet til opplevelsen av livskvalitet og mening i livet at det blir overordnet mye annet. For mange eldre er helse et dominerende tema i livsorientering og samtale.

Dersom velferdsstaten ikke vil, eller makter å møte denne tallrike og økonomisk sterke gruppens behov for helse- og omsorgstjenester, kan det forventes at det blir en stor og økende etterspørsel etter privat kommersiell produksjon og tilbud av disse tjenestene. Da kommer markedsløsningene for alvor i vekst.

Etter hvert vil slike private tjenester og tilbud neppe bare være et supplement til tilbudet fra det offentlige, men muligens bli dominerende tilbydere på en rekke områder.

Artistene Tom Lehrer sa det slik i sin introduksjon til en av sine samfunnskritiske sanger:

« He soon became a specialist. He specialised in the diseases of the rich».

En annen versjon av dette, mer faglig og seriøs, er Richard Titmuss grunnleggende observasjon at «Services to the poor – tend to be poor services (Titmuss 1968).

Spørsmålet om i hvilken grad det politiske Norge vil satse på Velferdsstatens ordninger med bevilgninger og tilrettelegging i offentlig regi som hovedmodell, gjenstår imidlertid å se.

Selv om det har vært økende markedsmessige innslag i helse- og omsorgssektoren i løpet av de siste 20 årene, har Velferdsstatens rolle som hovedleverandør i systemet fortsatt. Private tilbud og helseforsikringer har ennå ikke drastisk endret vår velferdsmodell. Men andel private helse- og velferdsforsikringer er i klar vekst. Yngre mennesker har i minkende grad tiltro til at det offentlige kan makte å gi dem

den ønskede trygghet for velferden i fremtiden.

Velferdsstaten har hittil klart utfordringene og konkurransen i rimelig grad. Folk har i praksis i hovedsak sluttet opp om velferdsstaten som brukere, selv om private tilbud og større valgfrihet har fått betydning for et økende antall i befolkningen.

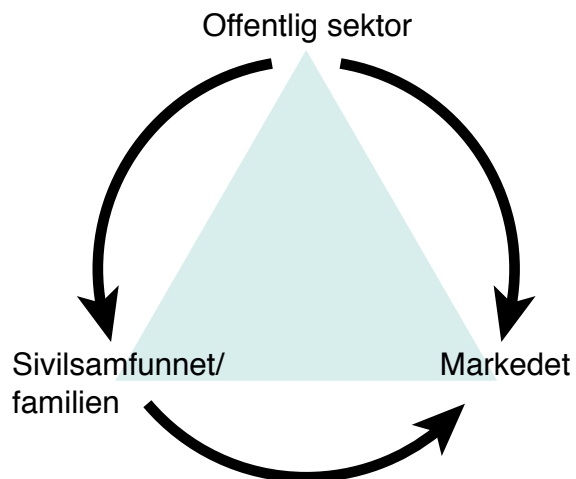
Vi tenker at håndteringen av et økende antall eldre og de samlede utfordringer i offentlig politikk og forvaltning, kan medføre et epokeskifte i samfunnets velferdsmodell.

Et økende antall eldre som en antesipert krise, kan medføre en kreativ nyskaping både i offentlig sektor og i det sivile samfunn og relasjonen mellom dem. Eldreomsorgen har til alle tider bygget på en generasjonskontrakt og samspill og samhold i samfunnet. Det vil stadig være i endring og ta nye former – men det er ikke sikkert at dette grunnleggende forhold vil endre seg.

Vår tentative vurdering er likevel at den antesiperte krise som eldrebølgens utfordringer representerer vil gi et stort bidrag til en definitiv endring av den norske velferdsmodellen før 2030.

Konturene av den utvikling og eldrepolitikk som skimtes i Europa og i Norge, ser for oss ut til å innebære en strukturell nedtrapping av det offentlige ansvar og det offentlige bidraget til ivaretagelsen av befolkningens velferdsbehov.

Vi vil anskueliggjøre dette med en enkel figur av blandingsforholdet/oppgavefordelingen i vårt velferds-samfunn. Vi kaller den Velferdstriangelet.



Figur 1. Velferdstriangelet

Vår vurdering er at i årene fra 2020 vil det finne sted en overføring av oppgaver fra det offentlige systemet til de to

andre velferdsaktørene, Markedet og Sivilsamfunnet, som bl.a. omfatter frivillige organisasjoner og familie/pårørende.

Vi antar ikke at det generelle velferdsnivået vil senkes. Mye av utfordringene både for de eldre og for yngre brukeres omsorgsbehov vil bli møtt. Vi antar at den mangel på uro som kan fornemmes i stat, kommuner og befolkning, er basert på en slik antakelse, eksplisitt eller implisitt. «Det gjelder ikke meg».

Vi antar også at et øket ansvar og press for den enkelte og deres pårørende vil bli transformert til en økende etterspørsel etter avlastende løsninger i «Velferdsmarkedet».

Men ansvars- og oppgavefordelingen vil bli forskjøvet til i stor grad å samsvare med subsidiaritetsprinsippet. Det innebærer at den enkeltes velferd vil bli sikret i første omgang av den enkeltes personlige ansvar og samlede kapasitet mht. økonomi, helseforsikringer mv.

Der/når dette ikke lenger strekker til, vil ansvaret for bistand fra familie, pårørende og sivilsamfunnet komme inn.

Der heller ikke dette er nok, vil Velferdssamfunnets offentlige ordninger ha/ta ansvaret.

Det er lite tvilsomt at en slik utvikling vil øke ulikhetene når det gjelder velferden i samfunnet.

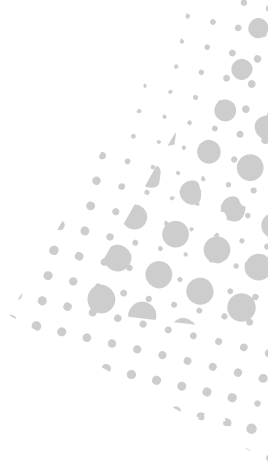
Mer grunnleggende er spørsmålet om hva denne endringen vil medføre for det offentliges kapasitet og kvalitet i forhold til de svakeste brukerne.

Vil Titmuss igjen få rett i at tjenester til de svakeste vil bli relativt dårlige tjenester?



TABELLOVERSIK

- Tabell 1. Svargiverne etter kommunistørrelse i prosent
- Tabell 2. Behovsdekning 2015 på fire områder i prosent
- Tabell 3. Utviklingen i antall sykehjemsplasser og omsorgsboliger fram til 2020 i prosent
- Tabell 4. Opplevd etterspørselspress på kommunale sykehjemsplasser i prosent
- Tabell 5. Tilstandsvurdering av behovsdekning i prosent
- Tabell 6. Kommunaløkonomisk vurdering av dagens helse- og omsorgstjeneste i prosent
- Tabell 7. Kommunaløkonomiske vurdering av situasjonen i 2020 i prosent
- Tabell 8. Prioritering av aktiv omsorg i institusjon og hjemmebaserte tjenester i prosent
- Tabell 9. Merarbeid uten kompensasjon og overvelting på kommunen i prosent
- Tabell 10. Økte utfordringer til hjemmetjenestene og sykehjemmene i prosent
- Tabell 11. Vurdering av kommende kommunevalgs betydning for utviklingen i prosent
- Tabell 12. Stortingsvalget 2017 sin betydning i prosent
- Tabell 13. Antatt betydning av Meld. St. 26 (2014 – 2015) Fremtidens primærhelsetjeneste i prosent
- Tabell 14. Holdninger til forslaget i prosent
- Tabell 15. Synspunkter på forslag om register for helse- og omsorgstjenestene i prosent



Tabell 16. Hvor krevende blir kommunereformen mot 2020 i prosent

Tabell 17. Ulike sider ved forholdet kommunereform helse/omsorg i prosent

Tabell 18. Behovsundersøkelse om framtidig helse- og omsorgsbehov i prosent

Tabell 19. Utviklingen av befolkningen 80+ i perioden 2020 – 2025 i prosent

Tabell 20. Behovsdekning for eldre 65 år pluss i 2020 -25 sammenliknet med 2015 i prosent

Tabell 21. Antatt beredskap på ulike områder i 2020 – 2025 i prosent.

Tabell 22. Behov for ekstern bistand til å planlegge beredskap for 2020 – 2025 i prosent

Tabell 23. Hvor aktuelle er ulike bistandsaktører i planarbeidet i prosent



LITTERATUR

Aftenposten 3. mars 2017

Aftenposten 12 mars 2017

Amdam, J og Amdam, R (1990). Strategisk og mobiliserende planlegging. Samlaget. Oslo

Amdam, J og Noralv V (1998). Teoriar om samfunnsplanlegging. Universitetsforlaget. Oslo

Barstad, Anders (2014). Levekår og Livskvalitet. Vitenskapen om hvordan vi har det. Cappelen Dam Akademisk. Oslo

Bjørklund, T, Hagtvet, B (1981). Høyrebølgen – et epokeskifte i Norsk politikk? Aschehoug. Oslo

Brevik, I (2010). De nye hjemmetjenestene – langt mer enn eldreomsorg. NIBR-rapport 2010:2

Bukve, O (2001). Kommunal forvaltning og planlegging. 3. utg. Samlaget. Oslo

Dahl J, K (1970). Institusjonelle betingelser for planlegging. I Stokke(red) Beslutningsprosesser i norsk offentlig administrasjon. Universitetsforlaget. Oslo

Demensplan 2020 Et mer demensvennlig samfunn

Disch, P,G, Lorentzen, G (2012) Aktiv omsorg – prioritering, kompetanse og kompetasebehov. Rapport 6/2012 Sennter for omsorgsforskning Sør.

Disch P, G og Vetvik, E (2009) Framtidas omsorgsbilde – slik det ser ut på tegnebrettet. Rapport nr. 1/2009. Senter for omsorgsforskning Sør.

Engelstad, F, Østerud, Ø og Selle, P (2003). Makten og demokratiet. Gyldendal. Oslo

- Esping Andersen, Gösta (1990). *The three worlds of welfare Capitalism*. Poliy Press. Cambridge.
- Fiva, J,H, Hagen, T,P Sørensen, R,J Kommunal organisering Effektivitet, styring og demokrati. 7. utgave universitetsforlaget 2014.
- Frisvoll S og Almås, R (2004) Kommunestruktur; Kommunestruktur mellom fornuft og følelser Betydningen av tilhørighet og identitet i spørsmål om kommunesammenslutning Rapport fra Bygdeforskning 2004.
- Frønes I og Ted Hanisch (Red 1984). *Uten Reformen stopper Norge*. Pax Forlag. Oslo.
- Gautun, H, Grødem, A, S. Hermansen Å (2012) Hvordan fordele omsorg FAFO rapport 2012:62
- Gautun, H, Syse, A, Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene imot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene? NOVA Rapport nr. 8/13
- Gautun H, Øier H, Bratt, C m.fl. (2016). *Underbemanning er selvforsterkende*. Rapport 6/16. NOVA. Oslo.
- Hagen, T,P, McArthur, D, P, Tjerbo, T: Resultatevaluering av Omsorgsplan 2015: Kommunenes drifts- og investeringsbeslutninger. HERO WP 2015/4 Universitetet i Oslo
- Hagen TP og Romøren, T, I, Oppsummering av evalueringen av samhandlingsreformen, Tidsskrift for omsorgsforskning 2/2016
- Haukelien H, H Vike, I Vadheim (2015) Samhandlingsreformens konsekvenser for den kommunale helse og omsorgstjenesten, Sykepleiernes erfaringer Telemarksforskning rapport 362, 2015
- Heclø, Hugh & Madsen, Birger (1979). *Policy and Politics in Sweden – Principled Pragmatism*. Temple University Books. Philadelphia.
- Helsedirektoratet, Glemsk, men ikke glemt! Om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens IS-1486 Rapport 2007
- HelseOmsorg21, Et kunnskapssystem for bedre folkehelse, Nasjonal forsknings og innovasjonsstrategi for helse og omsorg.

- Helsetilsynet (2011). Krevende oppgaver med svak styring. Samlerapport fra tilsyn i 2010 med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre. Rapport Hefte nr. 5.
- Helsetilsynet (2017) Bekymring i skuffen. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 og 2016. Rapport 1/2017.
- Helsetilsynet (2017) Årsrapport 2016 til Helse og Omsorgsdepartementet.
- Hotvedt, K, Fossberg, M, Garden, M-H; Pårørendesatsing – Pårørendeskoler og samtale grupper i demensomsorgen, Demensplan 2015, Rapport for perioden 2011-2015 Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse 2016
- Huseby, B og Bård P (2009). Eldreomsorgen i Norge: Helt utilstrekkelig eller best i Verden? SINTEF rapport A1152
- Høie, B. Kronikk i Dagbladet 3. mars 2017
- Kolberg, Jon Eivind (1983). Farvel til Velferdsstaten? Cappelen. Oslo
- Kaasa, E (2011) Samhandlingsreformen. En studie av samhandlingsreformens intensjoner og tilgjengelige virkemidler. UIO. Masteroppgave ved Institutt for helse og samfunn Avdeling for helseledelse og helseøkonomi Det medisinske fakultet.
- Løchen Y, (1970) Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus: en sosiologisk fortolkning, Universitetsforlaget 1970
- Meld St. 13 (2011-2012) Utdanning for Velferd
- Meld. St. 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan
- Meld. St. 12 (2012-2013) Perspektivmeldingen 2013
- Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg.
- Meld. St. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen — Mestring og muligheter
- Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet
- Meld. St. 14 (2014-2015) Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner
- Mordal, T, L Som man spør, får man svar arbeid med survey-opplegg, TANO Forlag, 1989

NOU 2003: 19 Makt og Demokrati

NOU 2011: 7 Velferd og migrasjon. Den norske modellens framtid

NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg

NOU 2017:2 Integrasjon og tillit. Langsiktige konsekvenser av høy innvandring.

Norges forskningsråd (2016) Evaluering av samhandlingsreformen Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM)

NRK Dagsrevyen 03.07.17

NRK Dagsrevyen 24.04.17

OECD (2016) Society at a Glance 2016. OECD Social Indicators. OECD Publishing, Paris

Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet (2015 – 2020).

Rattsø, J og Sørensen, R (2009). Gråhåret makt og kommunale budsjetter: De eldre må stole på seg selv. Abstrakt forlag.

Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. Riksrevisjonen, 12. januar 2016 Dokument 3:5 (2015–2016).

St.meld.nr 25 (2005 -2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer.

St.meld.nr.47 (2008 – 2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.

Sørbye, L, W, Else Vengnes, G og Vetvik, E (2009) Kunnskaper om svikt i tjenester til skrøpelige eldre. Rapport nr. 5/2009. Diakonhjemmet Høgskole.

Tidsskrift for sykepleie oktober 2015, Norsk Sykepleierforbund

Tingvold L og Romøren, T I (2015). Evaluering av Omsorgsplan 2015. Tjenesten innhold og fordeling. Rapport nr. 5, Senter for Omsorgsforskning øst.

Titmuss, Richard M. (1968) Commitment to Welfare. George Allen and Unwin.

- Veenstra, M, Havig A, K, Gautun, H; Resultatevaluering av Omsorgsplan 2015: Kommunal planlegging, NOVA rapport 4/15
- Vetvik, E og Disch P, G (2014) Kommunal omsorg - i plan? Status 2011 – utfordringer mot 2025, Rapport 6/2014 Senter for omsorgsforskning sør.
- Vetvik, E (1988) Sosialkontorenes praktisering av Forvaltningsloven. En drøftelse av metoder og resultater. Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift, Årgang 4, side 45 – 59. Universitetsforlaget. Oslo
- Vetvik, Einar (2010), Babyboomerne på vei mot alderdommen: en varslet katastrofe eller fornyelse av velferdsstaten? Artikkel i Arnstein Finset m.fl. red. Utfordring og mulighet: En helsetjeneste i endring. Unipub. Oslo.
- Vetvik, E og Disch, P,G (1999). Kommunene og frivillige organisasjoner: Utfordringsfellesskap i den sosiale integreringen. Artikkel i SOR nr. 1. Oslo.
- Vetvik, E (1988). Folk og Forvaltning. Reformen kreves om velferdsstaten skal overleve. Nordisk Administrativ Tidsskrift. Nr. 4. Forlaget Rhodos. København
- Vetvik, Einar (2014). Poverty and dignity in a rich welfare state – the case of Norway. Does Diakonia Matter. Article in: Kähkönen&Pauha (eds). Faith -Based Social Action in Combating Marginalization. Diak. Helsinki.
- Østby L (2004). Den norske eldrebølgen: Ikke blant Europas største, men dyrt kan det bli. Samfunnspeilet. (bind/hefte nr. 1, side 2 – 17) SSB. Oslo

