



Senter for  
omsorgsforskning  
S Ø R

# FRAMTIDAS OMSORGSBILDE

- slik det ser ut på tegnebrettet



Omsorgsplanlegging i norske kommuner  
Status i 2009 – utfordringer mot 2015

**PER GUNNAR DISCH OG EINAR VETVIK**



Senter for Omsorgsforskning – Sør

ISBN 82-7206-000-0 (trykt)

ISBN 82-7206-000-0 (online)

ISSN 1501-8539 (trykt)

ISSN 1503-3767 (online)

Serietittel: *Rapportserie*

Trykk: Kopisenteret. UIA

© Forfatterne/Senter for omsorgsforskning-Sør

Det må ikke kopieres fra rapporten i strid med åndsverkloven og fotografiloven, eller i strid med avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorganisasjon for rettighetshavere til åndsverk

# Forord

Prosjektet "Omsorg i plan" er finansiert av Helse og omsorgsdepartementet. Prosjektet har sitt utgangspunkt i St. meld. 25 (2005 – 2006) "Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer" der regjeringen oppsummerer strategier for å møte både dagens og framtidas utfordringer i den kommunale omsorgstjenesten. Gjennom meldingen blir kommunene oppfordret til å ta tak i omsorgsutfordringene i et langsiktig perspektiv gjennom bl.a. å utvikle strategiske og handlekraftige planer.

På bakgrunn av dette ønsket Helse og omsorgsdepartementet å se nærmere på status i omsorgsplanarbeidet, hvilken retning planarbeidet har/vil få og hvilke utfordringer som ligger i arbeidet med planleggingen.

Formålet med denne rapporten er derfor å belyse hvordan framtida for omsorgstjenestene ser ut på tegnebrettet i kommune-Norge, og ut fra dette bidra til statlig, regional og kommunal politikktutforming på området.

Dette er en hovedrapport til vår oppdragsgiver Helse- og omsorgsdepartementet. Hovedvekten i rapporten ligger derfor på å framstille hovedtrekk i det datamaterialet som er samlet inn fra kommunene. Prosjektets datamateriale vil ved en senere anledning bli utdypet nærmere og analysert i artikkelform.

Prosjektet er gjennomført av Senter for Omsorgsforskning – Sør, avd. Høgskolen i Telemark. Sosiolog Per Gunnar Disch har vært prosjektleder. Høgskoledosent Einar Vetvik, ved Diakonhjemmet Høgskole, har vært prosjektmedarbeider i deltidsstilling. Per Gunnar Disch har hatt hovedansvaret for den kvantitative datainnsamlingen og Einar Vetvik har hatt ansvaret for gjennomgang av plandokumentene. Vi har samarbeidet om kvalitetssikring av opplegg for undersøkelsen og dataanalysen

Ingeniør/statistiker Martin Veel Svendsen ved Sykehuset Telemark HF har bistått i datainnsamling og analysearbeid på den kvantitative delen av prosjektet. Rådgiver Geir Roughvedt og konsulent Siv Andersen har arbeidet for å øke svarprosenten i undersøkelsen.

Rapporten er skrevet av Per Gunnar Disch og Einar Vetvik i fellesskap.

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

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

Senter for omsorgsforskning Sør,

Høgskolen i Telemark 1. oktober 2009

Per Gunnar Disch

Prosjektleder



# Innhold

Forord .....	4
Innhold .....	5
Sammendrag .....	7
1. Innledning .....	12
1.1 Omsorg i plan - bakgrunn og formål .....	13
1.2 Rapportens oppbygging .....	14
2. Den kommunale omsorgstjeneste i endring .....	15
2.1 Vekst og endring i de kommunale pleie- og omsorgsoppgavene – et tilbakeblikk .....	15
2.2 Eldreomsorgen i norske kommuner – status presens. ....	18
3. Metode og datagrunnlag .....	21
3.1 Datainnsamling .....	21
3.2 Datagrunnlag .....	21
3.2.1 Planstudien .....	22
3.3 Representativitet .....	23
3.4 Respondentene .....	24
3.5 Kort kommentar til metodene i undersøkelsen. ....	25
4. Status for omsorgsplanarbeidet .....	27
4.1 Plandokumentets status .....	27
4.2 Omsorgsplanene og deres plass i det kommunale plansystemet. ....	29
4.3 Den vedtatte planens status og tidshorisont .....	31
4.3.1 Planens forhold til annen kommunal planlegging. ....	31
4.3.2. Tidshorisonten i planene .....	32
4.3.3. Interkommunal samhandling .....	32
5. Planprosessen innhold og oppfølging av de nåværende planer .....	34
5.1. Deltakelse og medvirkning .....	34
5.2 Planenes innholdsmessige retning .....	35
5.3 Brukernes egeninnsats .....	37
5.4. Grad av samsvar mellom de statlige føringer og den kommunale omsorgsplanen .....	38
5.5 Gjennomføring av omsorgsplanen .....	40
6. Utfordringer og prioriteringer i kommunene fram mot 2015 .....	42
6.1 Kommunale utfordringer .....	42
6.2 Kommunale prioriteringer .....	44

6.2.1 Omsorgsgrupper under 67 år.....	44
6.2.2 Omsorgsgrupper over 67 år .....	45
6.2.3 Utvikling av antall sykehjemsplasser og omsorgsboliger fram mot 2015.....	47
6.3 Omsorgsutfordringenes innvirkning på andre sektorers planlegging.....	49
<b>7. Rekruttering og kompetanseutvikling .....</b>	<b>50</b>
7.1 Det generelle bildet.....	50
7.2 Kommunale prioriteringer av tiltak for rekruttering og kompetanseutvikling fram mot 2015 .....	51
<b>8. Aktiv omsorg .....</b>	<b>53</b>
<b>9. Behov for familieomsorg og frivillige .....</b>	<b>56</b>
9.1 Familieomsorg .....	56
9.1.1. Oppfølging – opplæringstiltak for pårørende.....	57
9.1.2. Bruk av brukerstyrt personlig assistent .....	58
9.1.3. Bruk av individuell plan.....	58
9.1.4 Viktigheten av familieomsorgen.....	59
9.2 Behov for frivillig innsats i omsorgsarbeidet.....	60
9.2.1 Behov for frivillig innsats .....	60
9.2.2. Organisering av frivillig innsats.....	61
9.2.3. Oppfølging – opplæringstiltak for frivillige.....	63
<b>10. Samhandling og medisinsk oppfølging.....</b>	<b>65</b>
<b>11. Kommunens omsorgstjeneste i møte med etniske minoriteter.....</b>	<b>67</b>
<b>12. Kommunale strategier for styrking av omsorgstjenestene fram mot 2015 .....</b>	<b>70</b>
12.1 Statlige intensjoner – framtidige kommunale realiteter? .....	70
12.2 Kommunenes vurdering av dagens kostnadsnivå i pleie og omsorgssektoren.....	71
12.3 Bruk av kommersielle aktører i den kommunale omsorgstjenesten.....	73
<b>13. Avsluttende kommentarer .....</b>	<b>75</b>
13.1 Behovet for framtidig planlegging, koordinering og samhandling .....	75
13.2 Framtidige strategier, Prioriteringer og kommunale utfordringer.....	77
13.3 Hva er hovedutfordringene? .....	79
<b>Litteratur .....</b>	<b>81</b>
<b>Vedlegg.....</b>	<b>83</b>

# Sammendrag

Senter for omsorgsforskning, Sør avdeling Høgskolen i Telemark fikk i oktober 2008 i oppdrag av Helse og omsorgsdepartementet å gjennomføre en kartlegging av status og i omsorgsplanarbeidet i alle landets kommuner, hvilken retning planarbeidet har/vil få og hvilke utfordringer som ligger i dette arbeidet.

På bakgrunn av dette ble det formulert fem hovedtema for kartleggingen, som bygger direkte på de fem hovedstrategiene det legges opp til for å møte framtidige omsorgsutfordringer som framkommer i St.meld. 25 (2005 – 2006). ”Mestring, muligheter og mening – framtidens omsorgsutfordringer”.

- Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging
- Kapasitet og kompetanseheving
- Samhandling og medisinsk oppfølging
- Aktiv omsorg
- Partnerskap med familie og lokalsamfunn

I rapportens kapittel 2 beskrives endringene i den kommunale omsorgssektoren de siste 30 årene. Oppgavene og ansvarsfordelingen mellom de ulike nivåene i forvaltningen har vært i sterk endring i etterkrigstiden. Kommunesektoren har i stigende grad blitt velferdsstatens førstelinjetjeneste. I dag er omsorgsområdet det største tjenesteområdet i norske kommuner.

Kapittel 3 er rapportens metodekapittel. Våren 2009 ble det sendt et elektronisk spørreskjema til alle landets kommuner, med unntak av Oslo. Av landets 430 kommuner fikk vi svar fra 232. Dette er en svarprosent på 54. I tillegg har vi fått innsendt plandokumentasjon fra 68 kommuner. Vi antar at materialet har tilfredsstillende reliabilitet og validitet. Spørreskjema-dataene er analysert ved enkle statistiske oversikter. Plandokumentene er blitt innholdsanalysert.

Kapittel 4 belyser statusen i kommunenes omsorgsplanarbeid. 31 % av kommunene har våren 2009 et vedtatt plandokument eller det er under politisk behandling. 27 % sier det er under arbeid og 28 % skal starte arbeidet i 2009. 11 % oppgir at planarbeidet skal starte etter 2009. 3 % sier at de ikke kommer til å utarbeide et slikt plandokument.

Prosjektet hadde pr. 15.05.09 fått inn 68 plandokumenter, hvorav 65 er vedtatt i kommunestyret. 1/3 av disse planene var vedtatt før St. meld. nr. 25 ble lagt fram for Stortinget. Svargiverne sier i overveiende grad at omsorgsplanen er /vil bli integrert i kommunens øvrige planer. Vi har imidlertid ikke fått tilsendt dokumentasjon på dette. Tall fra kartleggingen tyder på at St. meld. 25 har satt fart i planarbeidet i kommunene.

I kapittel 5 er planprosessens og oppfølging av de nåværende planer tema. Her har vi også sett på deltakelsen i planprosessen. Det er kommunens helse – og sosialsektor som er hovedaktør, med ansatte, politiske organer, fagforeninger og i noen grad eldreråd som vanligste deltakere. Data viser at brukerne og frivillige organisasjoner generelt er mindre representert i planleggingsprosessen.

Svargiverne fra kommuner som har et vedtatt plandokument er nokså samstemte om retningen videre i de tjenestetilbudene som planlegges. Det satses på hjemmetjenester framfor institusjonstjenester.



Svarene indikerer at kommunene som har et vedtatt plandokument, vil satse mye på kvalitetsutvikling og planlegging og et sterkt fokus på kapasitets- og kompetanseutvikling, medisinsk samhandling og aktiv omsorg. Disse svarene lar seg ikke like lett spore i de innsendte plandokumenter som i hovedsak er oversiktplaner på status quo.

Partnerskap med familie og lokalsamfunn er en strategi som ikke er så tydelig prioritert i kommunene. Plandokumentene tyder på det samme.

Data viser at halvparten av kommunene, som oppgir å ha et vedtatt plandokument eller har det under politisk behandling, svarer at planen i stor grad vil bli fulgt opp. Men den andre halvparten velger stort sett den relativt vage kategorien i "noen grad". Data viser at de kommuner som svarer at plandokumentet vil bli fulgt opp i "noen grad/liten grad", viser en sterkere bekymring knyttet til økonomi, administrativ kapasitet og personellressurser, enn de svargivere som svarer at planen vil bli fulgt opp i stor grad.

I kapittel 6 har vi sett på utfordringer og prioriteringer i kommunene fram mot 2015. Data viser at tilgangen på omsorgsytere og de nye brukerne under 67 år omtales som de største utfordringene for kommunene.

Tallene viser at nær halvparten av svargiverne mener at kommunen i meget stor/stor grad vil være i stand til å møte de fem store framtidige omsorgsutfordringene fra St.meld.25. Av de som har mindre tro på at utfordringene blir møtt, er det økonomi og rekruttering av personell utgjør de største utfordringene. Vi får således omtrent samme svarfordeling fra alle kommuner, som fra de som har en vedtatt plan.

Hvordan vil så kommunen prioritere de ulike omsorgstiltakene. For gruppen under 67 år viser data at 2/3 av kommunene vil opprettholde dagens nivå på antall institusjonsplasser, mens ¼ vil redusere i forhold til dagens andel. 8 % ønsker en viss økning i institusjonstilbudet til denne gruppen. Det ønskes et utvidet tilbud med omsorgsboliger, hjemmetjenester og dagaktivitetstilbud. Det ønskes også å utvikle rehabilitering/habilitering og tiltak rettet mot forebygging og aktiv omsorg. En styrking av medisinsk tilbud, økning av samhandling med spesialisthelsetjenesten og større satsning på tverrfaglig samarbeid ønskes også. Kommunene vil også styrke samarbeidet med frivillige organisasjoner og frivillige enkeltpersoner.

En større satsning på familieomsorgen er klart mindre prioritert. Men heller ikke den skal ha lavere andel enn i dag. Ingen av tiltakene skal ha lavere andel enn i dag, med unntak for institusjonsplasser der 25 % sier at den andelen skal bli lavere i 2015 enn i dagens situasjon.

For gruppen over 67 år viser data også at 57 % av kommunene vil opprettholde dagens nivå på antall institusjonsplasser, mens 23 % vil minke andelen. Det er flere som vil øke andelen for denne gruppen enn for de yngre, 20 % ønsker høyere andel enn i dag.

Det som de fleste ønsker utvidet er alle tiltak knyttet til den åpne omsorgen. Som regel svarer over 50 % at de vil det i "noen grad". Kategorien "mye høyere enn i dag" varierer mellom 2 og 21 %, så hovedinntrykket av svarene er at "alt" skal prioriteres "noe høyere" enn i dag, med unntak av institusjoner og familieomsorg hvor den klart største svargruppen er status quo. Det er praktisk talt ingen som vil ha lavere andel av disse tilbudene enn i dag.

Hovedfunnet i kapittel 6 er at 63 % av kommunene vil beholde institusjonsplassene på dagens nivå, mens 68 % svarer at det vil bli vesentlig flere omsorgsboliger.

I kapittel 7 er rekruttering og kompetanseheving tema. Her vil det store flertall av svargiverne prioritere alle de konkrete 4 tiltak som er nevnt. Mellom 10 og 35 % vil ha samme prioritet som i dag. Variasjonen går på om det enkelte tiltak skal være "høyt prioritert" eller "noe høyere prioritert".

Totalt sett viser data at 88 % av svargiverne vil prioritere rekruttering av faglærte med høyere utdanning, 76 % vil avsette midler til kompetanseheving av egne ansatte. Disse to tiltakene er de som er høyest prioritert av de fleste.

Kommunene er klart mer tilbakeholdende i prioriteringen av å ansette andre faggrupper og profesjoner for å gi omsorgen en mer aktiv profil. 8 % av svargiverne ønsker å prioritere dette "høyt", mens 57 % svarer at "noe høyere prioritet" enn i dag.

70 % sier de vil prioritere kontakt med en nærliggende utdanningsinstitusjon i arbeidet med å styrke rekruttering og fagutvikling.

Kapittel 8 har sitt hovedfokus på aktiv omsorg. Undersøkelsen viser at 74 % av kommunene ønsker å prioritere den tverrfaglige bredden i omsorgstjeneste med større rom for andre faggrupper for å styrke den aktive omsorgen. 72 % av svargiverne ønsker å etablere flere møteplasser der brukere av omsorgstjenestene og kommunens øvrige innbyggere kan møtes til felles aktiviteter. En sterkere samhandling mellom kultursektoren og omsorgstjenestene er prioritert av 70 % av svargiverne.

Mat og måltider er også en viktig del av den aktive omsorgen. På spørsmål om kommunen vil gjennomgå ulike produksjonsmåter og løsninger for tilberedning og ombringning av mat i omsorgstjenesten svarer 30 % at de vil se nærmere på dette. 69 % mener de vil beholde dagens ordninger. Det er noen flere av svargiverne: 49 % som vil sette større fokus på måltidets sosiale, kulturelle og ernæringsmessige betydning. 51 % vil beholde det som i dag.

I kapittel 9 er temaet behovet for familieomsorg og frivillige som viktige støttespillere i omsorgstjenesten. Data viser at 75 % av svargiverne ser på familiens innsats som "meget viktig/viktig" for å nå målsettingene som framkommer i St. meld. nr. 25.

Familieomsorgen omtales imidlertid i begrenset grad i den plandokumentasjonen vi har samlet inn. I arbeidet med å vedlikeholde familieomsorgen oppgir kommunene at de ønsker å øke andelen med avlastning og dagtilbud. Utvikling av permisjonsordninger for enkeltpersoner som har omsorgsoppgaver er et aktuelt tema. Av 220 kommuner sier 4 % at de har slike ordninger. 19 % oppgir at dette er under vurdering.

Kommunene oppgir et generelt stort behov for frivillig innsats både fra enkeltpersoner og fra frivillige organisasjoner. Organisering av den frivillige innsatsen mot brukerne er noe ulik. De fleste kommunene har en direkte kontakt med organisasjonene, deretter følger kontaktetableringen som oftest gjennom frivillighetssentral og gjennom at organisasjonene eller enkeltfrivillige har direkte kontakt med brukerne. Enkelte store kommuner organiserer dette gjennom egen koordinator.

En av mange forutsetninger som må være tilstede for å få til et kvalitativt godt samarbeid med frivillige organisasjoner er foruten koordinering, oppfølging/opplæring. 60 % av kommunene som oppgir at de bruker frivillige, sier at de har en eller annen form for oppfølging/veiledning. 9 % oppgir at de har planer om dette, mens 32 % sier de ikke gir noen form for oppfølging/opplæring av frivillige. Plandokumentene vi har studert er lite konkrete på hva dette innebærer.

Kapittel 10 omhandler temaet samhandling og medisinsk oppfølging. Samhandling og medisinsk oppfølging er prioritert av nesten alle kommuner. Kommunene oppgir også at de ser på dette feltet som svært utfordrende og krevende. 85 % av svargiverne sier de vil styrke samhandling med spesialisthelsetjenesten. 72 % av svargiverne oppgir at de ønsker å styrke det medisinske tilbudet til hjemmeboende. Den sykepleiefaglige kompetansen er et tydelig prioritert område for kommunene, noe som må ses i sammenheng med et generelt ønske om å styrke samarbeidet med spesialisthelsetjenesten og øke den medisinskfaglige kompetanse for igjen å kunne styrke det medisinske tilbudet.

Tema for kapittel 11 er kommunenes møte med etniske minoriteter. Data fra undersøkelsen viser at det er svært få kommuner som mener de i stor grad har en omsorgstjeneste som er forberedt på å møte etniske minoriteter i omsorgstjenesten. Det er grunn til å tro at det er en betydelig usikkerhet omkring dette temaet både knyttet til etnisk norske minoriteter og øvrige etniske minoriteter.

Undersøkelsen viser at kommunene er mest forberedt på møtet når det gjelder medisinsk oppfølging og minst forberedt i møtet med frivillige organisasjoner.

Flere kommuner kommenterte i undersøkelsen viktigheten av økt kunnskap om kultur, religion og språk. En styrket tolketjeneste var også et moment som kom fram. Det ble også påpekt at minoritetsgrupper også er viktige ressurser innen omsorgstjenesten både som utførere og frivillige.

Kapittel 12 setter fokuset på de kommunale strategiene i gjennomføringen av omsorgstjenesten fram mot 2015. Data fra undersøkelsen viser at mange av kommunene har tatt signalene i St.meld. 25 og ønsker i utstrakt grad å følge dem. Flertallet svarer at de har tro på muligheten for å nå målsettingene som framkommer i St.meld. 25 ved at de i ”overveiende grad” er realistiske. Men det framkommer usikkerhet om de økonomiske forutsetningene og rekruttering av kvalifisert omsorgspersonell.

Avslutningsvis i kapittel 13 setter vi fokus på våre viktigste konklusjoner og drøfter dem i forhold til dagens situasjon og framtidens utfordringer.

Både i dagens situasjon og i tiden framover mot 2015 foreligger det en sterk spenning mellom ideelle målsettinger og strategier på den ene side og mangelen på kapasitet og kompetanse på den annen side. Det foreligger en tydelig og sterk, men varierende, diskrepans mellom behovene og ønsket om satsningen framover på den ene side og ressursgrunnlaget når det gjelder penger og personell på den annen side.

Dette framkommer både av svarene når det gjelder det økonomiske grunnlaget for utviklingen, synet på hvor realistisk målene er og den utbredte tendens til at man velger de svakeste kategoriene for prioritering på de fleste tiltak som skal økes.

Stortingsmelding nr. 25 har satt en viktig dagsorden for en styrket og fornyet omsorgstjeneste i framtiden. Kommunene synes innstilt på å følge dette opp så lojalt og godt som de kan.

Spørsmålet om hvordan en vil lykkes, kan ikke besvares nå. Men det går an å peke på noen sentrale forutsetninger for å øke sjansene til å være godt rustet til de økte utfordringene:

1. Det kommunale plansystemet må endres og kapasitet og kompetanse for planlegging må styrkes.
2. En udogmatisk vurdering av omsorgsbehovet i forhold til balansen mellom institusjoner og åpen omsorg må gjennomføres og nedfelles i konkrete standarder.
3. Familieomsorgens og den frivillige innsatsens rolle må avklares og konkretiseres for å finne en bedre samhandling mellom det offentlige og sivilsamfunnet.
4. En nøktern debatt om flere private løsninger som bidragsyttere til det totale bildet, bør finne sted.
5. Kommunenes ressursgrunnlag må styrkes økonomisk og organisasjonsmessig. Konkret gjelder det statlige bevilgninger og endret kommunestruktur.
6. Omsorgsyrkene må gjøres mer attraktive slik at rekrutteringsoppgaven har utsikter til å lykkes. Konkret gjelder det lønn, arbeidsmiljø og faglig miljø.

Oppgavene er ikke uoverkommelige. I forhold til samfunnets ressurser og vår demografiske situasjon ligger vi mye bedre an enn de fleste andre land.

Men det er ikke mer enn tiden og veien. Hvis vi somler nå, vil den antatte krise melde seg med stor tyngde som en reell krise om ti år.



# 1. Innledning

Høgskolen i Telemark og Universitetet i Agder ble juni 2008 tildelt Senter for omsorgsforskning - Sør. Senteret skal drives i et samarbeid mellom Fakultet for helse og idrettsfag ved Universitetet i Agder og Avdeling for helse og sosialfag ved høgskolen i Telemark.

Senterets satsingsområder overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan i grove trekk skisseres slik:

- Psykisk helse
- Eldre og funksjonshemmede
- Palliasjon
- Demens
- Aktiv omsorg (helse og kultur)
- Frivillig innsats
- Helsetjenesteforskning – styring – planlegging og rekruttering
- Helseinformatikk
- Prosjektutvikling i samarbeid med undervisningssykehjemmene i regionen

Senter for omsorgsforskning - Sør skal basere sin virksomhet på praksisnær forskning og utviklingsarbeid spesielt rettet inn mot den kommunale omsorgstjenesten. Senteret skal også gjennomføre oppdragsforskning og utviklingsarbeid på oppdrag fra kommunale, regionale og statlige myndigheter.

I oktober 2008 fikk Senter for omsorgsforskning - Sør, avdeling høgskolen i Telemark en forespørsel fra Helse og omsorgsdepartementet om å gjennomføre en kartleggingsstudie og en planstudie av status på kommunenes arbeid med omsorgsplaner, med bakgrunn i de føringer som framkommer i St. meld. 25 (2005 – 2006) ”Mestring, muligheter og mening, Framtidas omsorgsutfordringer”. I tillegg er studien også gjennomført på bakgrunn av merknad fra Riksrevisjonen til departementets virksomhet. Riksrevisjonen påpekte i sin rapport overfor departementet (Riksrevisjonens undersøkelse av kvalitet og samarbeid i pleie og omsorgstjenestene til eldre, Administrativ rapport nr. 1. 2009 (2008 – 2009) behovet for en mer helhetlig oversikt over kommunenes planer knyttet til de framtidige omsorgsutfordringene.

Helse- og omsorgsdepartementet ønsket i tillegg også at det på sikt skal etableres en database av de foreliggende plandokumenter for framtidig forskning og oppfølging. Databasen vil foreligge i siste halvdel av desember 2009, og vil bli lagt ut elektronisk fra Senter for omsorgsforskning - Sør, slik at den er tilgjengelig for både kommuneadministrasjonene og andre interesserte forskere.

Senter for omsorgsforskning - Sør ser på dette prosjektet som en mulighet til å bygge opp en database med kvantitative data og kvalitative data i form av plandokumenter. Dette vil igjen gi mulighet for flere utviklingsprosjekter innen den kommunale omsorgsforskningen og også gi mulighet til å følge opp utviklingen over tid.

Data som er samlet inn i prosjektet, er stilt til disposisjon for Helse og omsorgsdepartementet som oppdragsgiver.

Videre i dette kapittelet vil vi videre kort redegjøre for prosjektets bakgrunn og formål og deretter oppbygging av rapporten.

# 1.1 Omsorg i plan - bakgrunn og formål

I St. meld. 25 oppsummerer regjeringen sin strategi for å møte dagens og framtidens omsorgsutfordringer i den kommunale omsorgstjeneste. Gjennom meldingen blir kommunene bl.a. oppfordret til å ta tak i omsorgsutfordringene i et langsiktig perspektiv, gjennom bl.a. å utvikle strategiske og handlekraftige planer.

I perioden fram til 2015 viser statistikk fra SSB at landet har en relativt stabil demografisk situasjon, som bør benyttes til å forberede kommunene på omsorgsutfordringene som vil være økende spesielt etter 2015 (St. meld. 25 (2005 – 2006)).

Gjennom Storingmeldingen oppfordres kommunene bl.a. til:

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

På bakgrunn av dette ønsket Helse- og omsorgsdepartementet å se nærmere på status i planarbeidet i alle landets kommuner, hvilken retning planarbeidet har/vil få og hvilke utfordringer som ligger i dette arbeidet.

På bakgrunn av dette er prosjektets formål formulert slik:

- Å gi en oversikt over i hvilken grad framtidens omsorgsutfordringer er satt på dagsorden i kommunal planlegging
- Å gi et bilde av hvordan framtidens omsorgstjenestetilbud vil se ut om kommunens planer på dette området blir gjennomført.
- Å gi data til analyser som kan bidra til å underbygge politiske beslutninger på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå.
- Å bygge opp en database som på kort og lang sikt kan gi viktige oversikter som kan være med å gi datagrunnlag for prosjekter knyttet til bl.a. kvalitetsutvikling, forskning og videre planlegging innen omsorgssektoren.

Ut fra prosjektets formål har vi formulert fem hovedtema for kartleggingen som bygger på Regjeringens hovedstrategier, som framkommer i St.meld. 25., for å møte framtidens omsorgsutfordringer.

- Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging
- Kapasitet og kompetanseheving
- Samhandling og medisinsk oppfølging
- Aktiv omsorg
- Partnerskap med familie og lokalsamfunn

Temaene vil bli beskrevet og utdypet i rapporten på bakgrunn av datamateriale som er samlet inn i form av spørreskjema og plandokumenter.

## 1.2 Rapportens oppbygging

Denne rapporten inneholder presentasjon og analyser av hovedtrekk ved de data vi har samlet inn pr. 15.05.09. Data er samlet inn gjennom en kvantitativ spørreskjemaundersøkelse sendt elektronisk til alle landets kommuner. Videre har vi gjennomgått tilsendt plandokumentasjon fra de kommuner som har en vedtatt omsorgsplan eller plan under politisk behandling.

Rapporten er delt inn i 13 kapitler. Det første kapitlet er en introduksjon til prosjektet. De kommunale omsorgstjenester i endring følger som kapittel 2. Metode og datagrunnlag følger som kapittel 3. Status for planarbeidet i kommunene følger som kapittel 4, etterfulgt av planprosessen – retning og oppfølging av de nåværende planer i kapittel 5. Utfordringer og prioriteringer i kommunene fram mot 2015 er beskrevet i kapittel 6. Kapittel 7 omhandler kompetanseutvikling og rekruttering i omsorgssektoren. Aktiv omsorg er tema i kapittel 8. I kapittel 9 ser vi nærmere på kommunens behov for familieomsorg og frivillige. Samhandling og medisinsk oppfølging følger i kapittel 10. Tema for kapittel 11 er kommunenes omsorgstjenester i møte med etniske minoriteter. I kapittel 12 ser vi nærmere på de kommunale strategier i gjennomføring av omsorgstjenestene fram mot 2015. Til sist i kapittel 13 gir vi noen avsluttende betraktninger. Tabelloversikt følger som vedlegg.





## 2. Den kommunale omsorgstjeneste i endring

Den kommunale omsorgstjenesten har vært i kontinuerlig utvikling fra innføringen av velferdsstaten og fram til i dag. Spesielt hurtig har utviklingen vært de siste 30 årene der en har gjennomført omfattende sosialpolitiske reformer som har medført en økende kommunalisering (Disch 1998). I dette kapittelet vil vi i den første delen gi noen korte historiske perspektiver. Deretter vil vi se på noen sider ved dagens kommunale omsorgstjenester. Vi har valgt å bruke plass på en slik gjennomgang for bedre å kunne forstå dagens og framtidens perspektiver på de kommunale omsorgstjenestene.

### 2.1 Vekst og endring i de kommunale pleie- og omsorgsoppgavene – et tilbakeblikk

Oppgave og ansvarsfordelingen mellom de ulike nivåer i norsk offentlig forvaltning har vært i stadig endring i etterkrigstiden. Kommunesektoren har i stigende grad blitt velferdsstatens førstelinje. I dag er pleie- og omsorgsområdet det største tjenesteområdet i norske kommuner, jfr. tabell 1:

*Tabell 1      Brutto driftsutgifter fordelt på noen tjenesteområder 2005 – 2008\**

Tjenesteområde	2005	2008
Kommune helsetjenesten	3,9	3,9
Pleie og omsorg	26,4	27,9
Barnevern og sosialtjenesten	6,6	6,1
Barnehager	8,7	11,3
Skole	24,1	22,2

\* Tall eksklusiv Oslo.

Tabellen er hentet fra SSB-Kostra 2009. Vi ser at pleie- og omsorg har økt sin andel fra 26.4 % i 2005 til 27.9 i 2008.

Slik har det ikke alltid vært. Lenge var skoleutgiftene de desidert største på norske kommunebudsjetter. Men etter en rekke reformer og policyendringer i forholdet mellom staten og kommunene, har dette endret seg. De største endringene kom som følge av tre reformer på 1980 – og begynnelsen av 1990- tallet. Fra denne tiden av ble det naturlig å betegne kommunene som ”Velferdskommunen”. Artikkene i boka ” Velferdskommunen oppsummerte resultater forskningen om kommunenes rolle i utviklingen av velferden knyttet til forskningsprogrammet Velferdsstatsforskning under Norges råd for anvendt samfunnsforskning, Noras (Nagel 1991).

De konkret endringene var basert på politiske føringer og vedtak om desentralisering og avinstitusjonalisering innenfor offentlig politikk siden 1980 tallet. Etableringen av kommunehelsetjenesten i 1984, overføringen av sykehjemmene til kommunene i 1988 og reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming 1991. På bakgrunn av dette har Omsorgstjenestene i flere kommuner blitt kommunens største arbeidsplass.

Nedbyggingen av psykiatriske institusjoner, og kraftig redusert liggetid i sykehusene, vekten på førstelinjetjeneste og hjemmetjenester framfor institusjoner generelt, er også sentrale konkrete eksempler på dette. Virkningen ble en rask og massiv vekst i de

kommunale oppgaver og en endring av sammensetningen av disse med veksten i pleie- og omsorgssektoren som det dominerende utviklingstrekk. Disse endringene var gjennomført i løpet av 1980- 90 tallet, mens effektene av de samlede endringene i økende grad preger dagens kommunevirkelighet (Barstad 2006). Handlingsplan for eldreomsorgen (St.meld nr 50 (1996 – 97)) gikk inn i det samme bildet av utviklingen med en sterk dreining av policy fra institusjoner til hjemmebasert omsorg. Dette var i tråd med det såkalte Leon-prinsippet som sier at pleie- og omsorgstjenesten skal baseres på ”laveste effektive omsorgsnivå”. Om aksenten her er på ”laveste” eller på ”effektive” skal være usagt, men konfliktpotensialet om fortolkningen er åpenbart.

Det er derfor på høy tid å evaluere om disse endringene har vært optimale både fra et kommunalt synspunkt og fra et brukerperspektiv på kvaliteten og dimensjoneringen av de ulike pleie – og omsorgstjenestene i helhetsspektiv.

Den sosialpolitiske debatt i Norge de siste 30 årene har også vært preget av ideologiske endringer. De ideologiske endringene synliggjøres blant annet gjennom at velferdsstatens sterke idealer om likhet, standardisering og sentrale offentlige løsninger gradvis er blitt erstattet med verdier, som i sterkere grad betoner individuell frihet, mangfold og variasjon i velferdstilbudene, og en sterkere dreining mot lokale og private løsninger (Sandvin 1993).

De ideologiske endringene er iverksatt på enkelte områder gjennom konkrete sosialpolitiske reformer. De praktiske konsekvensene av dette har medført omtaler, vi som systemendringer. Systemendringene synliggjøres bl.a. gjennom utviklingen av omsorgen for eldre, funksjonshemmende og ulike pasient/brukergrupper (Sandvin1993).

Gjennom denne omfattende overføringen av ansvar og tjenester fra stat og fylke til kommunen har vi fått en økende kommunalisering (Disch 1998). Dette har også resultert i en funksjonstapping av fylkeskommunen – noe som også har og på sikt kan få konsekvenser for en mer overordnet regional planlegging og samordning. Konsekvensen av kommunaliseringen er en økende arbeidsmengde i den kommunale omsorgssektor både med hensyn på spesialisering av personell, rekruttering, økonomi og planlegging.

Mange kommuner opplever pr. i dag at de ikke alene klarer å løse de nye oppgavene som er pålagt dem innen de budsjettammer som eksisterer. De må derfor se etter alternative løsninger og samarbeidspartnere. Her vektlegges det bl.a. et sterkere interkommunalt samarbeid, sterkere samarbeid med familie, frivillige organisasjoner, frivillige og kommersielle aktører.

Flere kommuner sliter økonomisk på bakgrunn av sviktende inntekter. Dette berører også omsorgstjenestene og planer som her er lagt både for både utvikling og nyskaping innen de kommunale omsorgstjenestene, jf. kapittel 12.

I arbeidet med å få kommunale budsjetter i balanse og samtidig levere kvalitativt gode omsorgstjenester preges den sosialpolitiske debatten på overordnet nivå – både sentralt og lokalt av tre temaer:

- Økonomi
- Helhetlig og effektiv omsorg
- Demokratiutvikling.

En årelang bekymring bl.a. for kostnadsutviklingen innen helse og sosialsektoren sentralt, sammen med generelle økonomiske hensyn, har vært en medvirkende årsak til den store politiske interessen for at omsorgsoppgaver, i større grad ønskes overført til lokalsamfunn/kommune, frivillige organisasjoner og i noen grad til markedsbaserte aktører (Disch 1998). Med en slik løsning vil mange politikere også hevde at en på sikt vil få lettet anstrengte offentlige budsjetter ved at tilbudene blir mindre byråkratiske og

mer tilpasset den enkelte bruker. Det er vanskelig å finne belegg for dette i vanlige politiske programerklæringer – men mange hevder at det ikke finnes økonomisk grunnlag for større ekspansjon av det offentlige hjelpeapparatet og alternative løsninger må finnes – nye samarbeidsformer må skapes. Et annet og vel så viktig synspunkt i dette er en erkjennelse av at det offentlige ikke lenger kan bevilge seg ut av alle omsorgsutfordringer det møter.

Det er fra politisk hold hevdet at gjennom en større vektlegging av lokalsamfunnsbasert omsorg vil en i sterkere grad kunne oppnå og realisere en helhetlig og effektiv omsorg. Grunnideen er blant annet at mennesket i stor grad er formet av lokalsamfunnets livsbetingelser. Sosiale og helsemessige problemer forstås bl.a. ut fra miljømessige betingelser. I dette ligger en viktig antakelse om at det er en sammenheng mellom fysisk og psykisk helse og den sosiale forankring enkeltmennesket har. Gjennom en økt satsning på aktiv lokalsamfunnsbasert omsorg man i sterkere grad kunne forebygge sosiale og helsemessige problemer i befolkningen i alle aldersgrupper (Schiefløe 1991).

En annen viktig faktor i dette er ønsket om en mer oversiktlig og avbyråkratisert omsorg, som en mener en desentralisert løsning kan gi. Målet med dette er bl.a. at mottakere av omsorgstjenester bare forholder seg til ett nivå i forvaltningen.

Effektiviteten i omsorgstjenestene har lenge vært et faglig og politisk omdiskutert tema. Det er ikke tvil om at kravet om økt effektivitet har høy legitimitet politisk. Ropet om det private initiativ er ofte motivert ut fra en forestilling om at det offentlige ikke forvalter sine midler på en god måte (Vetvik 1989). Mange – spesielt politiske aktører ønsker i større grad en vurdering av en overføring av tjenester til både frivillige organisasjoner og marked, noe de offentlige utøverne av bl.a. kommunale omsorgstjenester er skeptiske til. Kort sagt handler den politiske og faglige debatten om strukturen i omsorgstjenesten om hvordan en kan skape en helhetlig og effektiv omsorg som har en organisasjonsmessig effektivitet som både kan samarbeid, har en forankring og legitimitet mellom samfunn og styringssystemer.

En sentral og viktig effekt av å overføre oppgaver og styrke den kommunale omsorgstjenesten er ønsket om å utvikle et aktivt lokaldemokrati. Et aktivt lokaldemokrati kan skapes ved å gi lokalpolitikere, brukere og sivilsamfunn en større innflytelse på de tjenester som offentlige instanser gir. Garsjø (1992) mener at en i større grad vil kunne forebygge maktesløshet og ansvarsfrihet gjennom økt bevissthet rundt kvalitet og innhold i de tjenester som blir gitt befolkningen fra kommunen. En slik tenkning kan føre til et bredere samarbeidsklima om hva som er det beste og mest effektive omsorgstilbudet for brukerne. Videre kan det igjen bidra til en økt normalisering og integrering både av eldre og brukere med ulike funksjonshemninger i lokalsamfunnet og medføre en oppfatning av at et medmenneskelig og engasjert individ både tar ansvar og omsorg for seg og sine. Allikevel syntes det i følge Hoven (1989) som om desentralisering av oppgaver til kommunene ikke øker folks muligheter til å delta i utformingen av viktige beslutninger.

Troen på desentralisert og lokalsamfunnsbasert omsorg møter også politisk motbør. Det hevdes bl.a. at kommunal prioritering ikke fører til bedre økonomisk ressursutnyttelse. En mener at en økende vektlegging av desentralisering av omsorgstjenestene vil føre til større ulikhet mellom kommuner og grupper av omsorgsmottakere. En øket vekt på desentralisering vil ikke bare øke skillelinjene mellom kommunene – men vil kunne være med på å øke forskjellene lokalt og dermed øke det politiske konfliktnivået lokalt (Selle1991).

Etter hvert som stadig flere oppgaver er blitt overført til kommunene, er flere blitt klar over at det mange steder oppstår styringsproblemer i form av at kommunene selv planlegger og prioriterer velferdsområder innen de rammer som økonomi og lovverk fastsetter. Resultatet av dette kan bli at prioriteringer som gjøres på kommunalt nivå,

kommer i strid med nasjonale prioriteringer og som dermed kan gi ulik fordeling av omsorgstilbud i kommunene. Et av de beste eksemplene på dette de seinere årene er den tilbakevendende debatten om bl.a. sosialhjelpsnormene. Undersøkelser viser – selv med statlige anbefalinger om minstenormer – at det er betydelige forskjeller mellom kommunene (Romøren 1991).

I debatten rundt utvikling av de gode kommunale omsorgstjenestene er ”velferdsstaten” mer enn engang blitt satt under lupen. Standardiserte løsninger på omsorgsutfordringene i kommune Norge har vist seg å ikke være tilstrekkelige som gode løsninger i et samfunn i stadig endring. Begrepet ”velferdsstat” er blitt erstattet med ”velferdssamfunn” – noe som indikerer et sterkere innslag av individuell frihet, mangfold i innhold og variasjon i omsorgstilbudene som gis fra kommunal sektor.

Arbeidspresset i den kommunale omsorgstjenesten har økt betydelig de siste ti årene på bakgrunn bl.a. av systemendringer og demografiske endringer og syntes ikke å avta. Krav til kompetanse både for styring og planlegging er økende. Viktigheten av kvalitet på underlagsmaterieell og planer for å fatte beslutninger har økt både med hensyn på økonomi, retning og kvalitet. Innen kommunal omsorgstjeneste blir derfor planlegging, ledelse, økonomisk styring for å skape kvalitativt gode og effektive omsorgstjenester viktig. Utvikling av gode omsorgstjenester blir også strategisk viktig for stadig flere kommuner med hensyn bl.a. på framtidig næringsetablering.

22.september 2006 kom St.meld. 25. De store omsorgsutfordringene som Stortingsmeldingen skisserer stiller store krav til langsiktig planlegging, med vekt på forebyggende tjenester og gradvis utbygging av tjenester. Utfordringene berører de fleste samfunnsområder og må involvere ulike kommunale sektorer, organisasjoner og sivilt samfunn, og framstår derfor som en av kommunesektorens aller viktigste planleggingsoppgaver.

I juni 2009 kom St. meld. 47 (2008 – 2009) ”Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid”. Målsettingen med denne reformen er bl.a. å styrke samhandlingen mellom statlige og kommunale helsetjenestetilbud. Meldingen gir i likhet med St.meld. 25 den kommunale omsorgstjeneste utfordringer spesielt knyttet til kompetanseoppbygging og rekruttering – noe som igjen gir utfordringer til økonomi og plan og som er en forutsetning for god samhandling.

Gjennom disse utfordringene ligger det svært sentrale spørsmålet: Har kommunene økonomi, personell og godt utviklede planer til å møte disse utfordringene? Tidligere forskning på området, bl.a. Vetvik og Bastøe (1990) viste at planlegging i helse- og sosialtjenesten var en stor utfordring for kommunene med hensyn på planleggingskompetanse og kapasitet.

## **2.2 Eldreomsorgen i norske kommuner – status presens.**

Denne rapporten skrives mens valgkampen foran Stortingsvalget 2009 går mot sin avslutning. På slutten av valgkampen kom eldreomsorgen inn som et helt sentralt element, for alle partier. Statsminister Stoltenberg, som leder for Arbeiderpartiet, lovet at innen 2015 skal alle som har behov for det, ha rett til å få en sykehjemsplass. Hva det mer konkret skal bety, er ikke utdypet.

Men det er kommunene som står for gjennomføringen av eldreomsorgen, og det er neppe noen forslag om å endre det. Løfter og tiltak fra statlig hold vil uansett måtte iverksettes gjennom det kommunale nivå for å bli virkelighet. Alle perspektiver fram mot omsorg 2015, enten de er politiske eller planleggingsmessige, må ha dette utgangspunktet klart.

Hvordan er så situasjonen i norske kommuner i dag mht forholdet mellom behov og kapasitet og kvalitet i eldreomsorgen? Svaret på dette spørsmålet ligger utenfor vårt

prosjekts ramme og vi kan derfor ikke gå utførlig inn på dette. Men vi skal peke på noen forhold med basis i nyere forskning, som kan være nyttig som et grunnlag for vurderingen av det som sies om nåtid og framtid i vår undersøkelse.

I Sintef rapport A 11528 fra mai 2009, gjennomgår to forskere situasjonen for eldreomsorgen i Norge nå (Huseby og Paulsen 2009). De konkluderer bl.a. med at Norge bruker mer penger på eldreomsorg enn våre nordiske naboer og også mer enn de andre europeiske landene som inngikk i analysen. Det er likevel slik at omsorgstrengende som ikke får det tilbud de trenger, er hovedtema i mange av oppslagene om eldreomsorgen i norske medier.

Et hovedpunkt i rapporten er de meget store variasjonene mellom norske kommuner mht økonomiske ressurser som brukes til eldreomsorgen og omsorgstjenestens tilgjengelighet. Dekningsgraden for omsorgstjenesten til eldre varierer meget sterkt. Som eksempel kan nevnes: I en kommune mottar hele 64 % av alle over 80 år hjemmetjenester, mens i en annen kommune er det tilsvarende tallet 8 % (Huseby og Paulsen 2009). Gjennomsnittet i alle kommuner er 36 %.

På økonomisiden ser vi at brutto driftsutgifter til eldreomsorgen i 2007 var kr. 65.000 pr. innbygger over 66 år i gjennomsnitt. Av dette gikk 19.000 pr. person til tjenester for hjemmeboende eldre, inkludert eldre i omsorgsboliger og 46.000 pr. person i institusjon.

Rapporten fra Sintef grupperer kommunene etter omsorgsfokus. 14 % av kommunene scorer lavt både på nivå av hjemmetjenester og institusjonsplasser. De kalles lavinnsatskommuner. I andre enden finner vi 14 % som har høyt nivå både på institusjonsplasser og nivå på hjemmetjenester. De kalles høyinnsatskommuner. I mellomgruppene skilles det mellom "hjemmetjenesteorienterte" og "institusjonsorienterte" kommuner. Dette er bilder som anskueliggjør de store forskjellene det i dag er i den kommunale eldreomsorgen. Den varierende styrke i kommunens økonomi er en betydelig årsak til disse forskjellene i tillegg til det som skyldes ulike behov.

I 4. kvartal 2008 var det 114.300 årsverk i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. I tillegg kommer 6700 årsverk i pleie – og omsorg i privat sektor. Dette er en sterk vekst og mer enn det som var lovet fra sentralt hold. Tall fra SSB/Kostra i mars 2009, viste en oppgang på 12.500 fra 2005 – 2008. Disse tallene innebærer en betydelig kapasitetsøkning til sektoren, men har dette gitt det nødvendige kompetanseløftet?

Tallene fra 4. kvartal 2008 viser at det i kommunal regi finnes 167.000 personer som utfører 114.300 årsverk, dvs. et gjennomsnitt på 2/3 stilling i sektoren.

I tabell 2 viser vi sysselsatte i kommunale pleie og omsorgstjenester etter alder og utdanning.

**Tabell 2. Sysselsatte i kommunale pleie og omsorgstjenester, etter alder og utdanning i 4. kvartal 2008 (SSB-2009)**

<b>Utdanning/alders</b>	<b>I alt</b>	<b>16 – 49 år</b>	<b>50-59 år</b>	<b>60-66 år</b>	<b>67 -</b>
Sykepleier	25931	18659	5351	1560	325
Hjelpepleier	58097	33982	17659	5457	999
Ufaglært	4012	22649	9737	5819	1977
Andre utdanninger	42.825	34622	5979	1792	432
<b>Sysselsatte i alt</b>	<b>167.035</b>	<b>109.948</b>	<b>38.726</b>	<b>14.628</b>	<b>3.733</b>

*Sykepleier inkluderer også personer med jordmor eller helsesøsterutdanning*

*Hjelpepleier inkluderer også omsorgsarbeider*

*Ufaglært: Personer registrert kun med obligatorisk utdanning*

*Andre utdanninger inkluderer også personer med andre helse- og sosialfaglige utdanninger.*

Tabellen viser at 24 % av de ansatte er ufaglærte, mens 26 % har annen utdanning enn sykepleier og hjelpepleier. Den dominerende kategori er hjelpepleierne som utgjør 35 % av de ansatte, mens sykepleierne utgjør 15 %.

Ser vi på fordelingen av årsverk etter utdanning, finner vi at sykepleiere og hjelpepleiere utgjør 56 % av årsverkene mot 50 % av antallet ansatte. Dette betyr at disse har gjennomsnittlig høyere stillingsbrøker enn de andre. De laveste stillingsbrøkene innehar de ufaglærte.

Ser vi på de ansatte etter alder, finner vi at 11 % er 60+. Av de ufaglærte er 19 % i denne alderskategorien, mens sykepleiere og hjelpepleiere ligger under gjennomsnittet. Dette viser at avgangen fra pleie- og omsorgsyrkene på grunn av alder ikke trenger å bli så stor. Men mer kan tallene kanskje indikere at de kvinnene dette gjelder, og dette er i den alt overskyggende grad kvinner, for manges vedkommende slutter lenge før de når vanlig pensjonsalder. Dette kan antakelig si noe om arbeidsmiljø og arbeidsforhold totalt sett, som ikke er særlig løfterikt mht rekrutteringsmulighetene framover, gitt den store økningen i personell som ansees nødvendig.

I en intervjuundersøkelse foretatt av NRK under valgkampens siste del, ga de ansatte i pleie og omsorgssektoren massivt uttrykk for at de anså det urealistisk at kommunen ville makte å gi et verdig tilbud til de eldre når "eldrebølgen" av 80+ innbyggere kommer mellom 2020 og 2030.

Valgkampen kan tyde på at våre sentrale politikere vil prioritere eldreomsorgen kraftig i tiden framover. Et nyere forskningsarbeid sår tvil om dette vil bli resultatet (Rattsø og Sørensen 2009). I arbeidet "Gråhåret makt og kommunale budsjetter", konkluderer de på grunnlag av omfattende empiriske studier at: "Eldrebølgen vil gi lavere utgifter pr. eldre i eldreomsorg" (side 362). Selv om eldre ut i fra allmenne altruistiske holdninger gis en verbal støtte og prioritering, anses det ikke klart at det vil være nok til å sikre nivået på tjenestene når eldrebølgen kommer.

På denne bakgrunn blir studier av hvilke planer kommunene legger og hvordan de blir gjennomført, et meget spennende spørsmål for forskningen framover. Kommunene som iverksetter av statlige intensjoner har bestandig vært et spennende forskningstema og det består en levende spenning mellom nivåene.

Et avgjørende punkt for å lykkes med utfordringene framover vil være kommunenes økonomi, men også nivået og formen på de statlige overføringer. Endringen i overføringssystemene fra staten til kommunene har medført at den konkrete øremerkingen av statstilskudd til de store kommunale aktivitetsområder er forlatt. Kommunene står derfor friere til å disponere sine rammetilskudd og totale økonomiske ressurser til det de selv vil prioritere. Spørsmålet om prioritering er derfor ikke bare et spørsmål på det statlige planet, men i meget høy grad også spørsmål om lokale prioriteringer.

## 3. Metode og datagrunnlag

I dette kapittelet vil vi presentere metoden og datamaterialet som rapporten er basert på. Kapitlets første del er en redegjørelse for gjennomføringen av undersøkelsen, datagrunnlaget, hvem som har svart på spørreskjemaet og datas representativitet. Til sist drøftes den metodiske tilnærmingen vi her har valgt mht reliabilitet og validitet.

### 3.1 Datainnsamling

Kartleggingen av status i planarbeidet i kommunene har vært gjennomført ved bruk av kvantitativ og kvalitativ metode. Den kvantitative datainnsamlingen i prosjektet er foretatt ved et spørreskjema som ble elektronisk distribuert, til alle landets kommuner - postmottak. Samtidig som kommunene mottok spørreskjemaet ble de oppfordret til å sende inn kommunens eksisterende omsorgs plandokument, dersom kommunen har en gyldig plan eller planutkast under politisk behandling.

Plandokumentene har sammen med det kvantitative datagrunnlaget bidratt til å tegne et bilde av plansituasjonen i kommunene og de utfordringer et slikt planarbeid byr på.

### 3.2 Datagrunnlag

Av landets 430 kommuner hadde vi pr. 15.05.09 fått svar fra 232 kommuner. Dette gir en svarprosent på 54 %.

Vi ser dette som en akseptabel svarprosent, selv om vi mener at den burde vært høyere ut fra den vekt Departementet har lagt på å få oversikt over plansituasjonen og at pleie og omsorg ikke bare er kommunenes største oppgave, men også en oppgave med økende etterspørsel i framtiden. Når vi mener at svarprosenten er akseptabel er det fordi dette ikke er en utvalgsundersøkelse. Hele undersøkelsesuniverset, alle norske kommuner, var invitert til å delta.

Av de 232 kommunene som har svart på skjemaet, har 68 kommuner oversendt sine plandokumenter. Dermed har vi fått tilsendt plandokumenter fra nær alle kommuner som oppgir at de har en vedtatt plan, eller en plan under politisk behandling (72).

Data er i hovedsak analysert og drøftet i forhold til kommunestørrelse og kommentert i forhold til dette. Vi har også analysert data noe ut fra svargivers stilling i kommunene.

Svar fra 232 kommuner utgjør materialet som presenteres fra spørreskjemaundersøkelsen. For å se nærmere på representativiteten i utvalget har vi gruppert kommunene etter størrelse og region.

Svarprosenten på spørreskjemaundersøkelsen fordeler seg slik mellom fylkene:

**Tabell 3.** Svarfordeling på spørreskjemaundersøkelsen etter fylke\* (forts. neste side)

Fylke	Antall kommuner	Antall svar	Prosent
Østfold	18	8	45
Akershus	22	9	36
Hedmark	22	12	55
Oppland	26	15	58



<b>Fylke</b>	<b>Antall kommuner</b>	<b>Antall svar</b>	<b>Prosent</b>
Buskerud	21	13	62
Vestfold	14	10	71
Telemark	18	11	61
Aust-Agder	15	11	73
Vest-Agder	15	11	73
Rogaland	26	12	46
Hordaland	33	20	61
Sogn og fjordane	26	16	62
Møre og Romsdal	37	20	54
Sør-Trøndelag	25	10	40
Nord - Trøndelag	24	14	58
Nordland	44	25	57
Troms	25	9	36
Finnmark	19	7	37
<b>Sum</b>	<b>430</b>	<b>232</b>	<b>54</b>

\* Oslo er ikke med i studien, grunnet sin spesielle organisering både som fylke og kommune med en selvstendig bydelsforvaltning.

Svarprosenten varierer fra 36 i Akershus og Troms til 73 i Aust - og Vest-Agder

Deler vi landet opp i tre regioner/landsdeler: Østlandet, Sør og Vestlandet, Trøndelag og Nord-Norge finner vi denne fordelingen:

**Tabell 4. Svarprosent etter landsdel**

<b>Region</b>	<b>Antall kommuner</b>	<b>Antall svar</b>	<b>Prosent av total</b>
Østlandet	141	78	55
Sør og Vestlandet	152	90	59
Trøndelag og Nord-Norge	137	65	47
<b>Sum</b>	<b>430</b>	<b>233</b>	<b>54*</b>

\*Svarprosent.

Tabellen viser at svarprosenten fra kommunene på Østlandet er 55 %. Sør- og Vestlandet har 59 % og Trøndelag, Nord-Norge 47 %. Tabellen viser bra samsvar – selv om vi finner en underrepresentasjon fra Trøndelag og Nord-Norge og tilsvarende overrepresentasjon fra Sør – og Vestlandet.

### 3.2.1 Planstudien

Planstudien dokumenterer innholdet i de foreliggende kommunale Helse- og omsorgsplaner mht status presens og framtidige omsorgsutfordringene i kommunen.

Et viktig moment i plananalysen er hvordan planmaterialet som foreligger samsvarer og utdyper de data som foreligger i spørreskjemaundersøkelsen.

Tabell 5 viser de innsendte plandokumentene fordelt mellom fylkene.

**Tabell 5. Antall planer mottatt fordelt etter fylke\***

Fylke	Antall kommuner	Antall plandokumenter	Prosent
Østfold	18	5	28
Akershus	22	5	23
Hedmark	22	3	14
Oppland	26	2	8
Buskerud	21	10	48
Vestfold	14	2	14
Telemark	18	2	9
Aust-Agder	15	0	0
Vest-Agder	15	4	27
Rogaland	26	6	23
Hordaland	33	6	18
Sogn og Fjordane	26	4	15
Møre og Romsdal	37	11	30
Sør- Trøndelag	25	1	4
Nord- Trøndelag	24	2	8
Nordland	44	2	5
Troms	25	1	4
Finnmark	19	2	11
<b>Sum</b>	<b>430</b>	<b>68</b>	

\*Oslo er ikke med i studien, grunnet sin spesielle organisering både som fylke og kommune med en selvstendig bydelsforvaltning.

Antall kommuner som har sendt inn plandokumenter varierer fra 30 % i Møre og Romsdal til 0 i Aust-Agder. Dette henger primært sammen med plansituasjonen, dvs. hvor mange av kommunene som har gjeldende planer eller planutkast under politisk behandling.

### 3.3 Representativitet

Undersøkelsen er en totalkartlegging, dvs. spørreskjema er sendt til alle landets kommuner med unntak av Oslo. Svarprosenten er på 54 %. Et frafall på 46 % medfører risiko for at det kan være skjevheter som reduserer mulighetene for å generalisere våre funn som uttrykk for hele landets situasjon. Vi har derfor sett på hvordan fordelingen av de kommuner som har svart på undersøkelsen samsvarer med størrelsesstrukturen i norske kommuner generelt. En oversikt over dette er gitt i tabell 6.

**Tabell 6. Fordeling av svargivere i forhold til kommunestørrelse**

Kommunestørrelse	Antall kommuner totalt	Prosent av antall kommuner totalt	Antall kommuner som har svart	Prosent av antall kommuner som har svart
0 - 4999	235	55	127	55
5000 - 9999	91	21	52	22
10.000-19.999	55	13	23	10
20.000-49.999	36	8	23	10
Flere enn 50.000	13	3	7	3
<b>Sum</b>	<b>430</b>	<b>100</b>	<b>232</b>	<b>100</b>

Som vi ser av tabellen er fordelingen etter kommunestørrelse praktisk talt den samme i vårt materiale, som i landet totalt. Dette styrker vår oppfatning av at materialet er representativt, selv om vi ikke kan trekke bestemte slutninger om dette. Avvikene er så små at vi ikke har sett noen grunn til å estimere hvilken effekt et perfekt samsvar med fordelingen etter kommunestørrelse ville gi på våre resultater.

Det kan selvsagt tenkes at vi har fått en overvekt av kommuner som er mer opptatt av planlegging av omsorgstjenestene enn andre, men dette blir bare en spekulasjon. Våre data om forholdet mellom det å ha plan og det å ha svart på spørreskjemaet, gir ikke belegg for en slik antakelse. Vi antar blant annet derfor at bortfallet er nokså tilfeldig og knyttet til en blanding av en rekke ulike forhold som varierer fra kommune til kommune. Tid og interesse for å delta i spørreskjemaundersøkelser, er nok en vanlig faktor i dette.

I rapporten benevnes kommuner med innbyggertall fra 0 – 4999 som ”små kommuner”. Kommuner fra 5000 – 9999 som ”mellomstore” og kommuner over 10.000 innbyggere som ”store kommuner”. Denne inndelingen brukes også av Kommunenes sentralforbund.

### 3.4 Respondentene

Helse og omsorgsdepartementet ønsket at spørreskjemaet skulle distribueres til kommunenes postmottak og deretter ut til de ansvarlige i kommunen. Dette på bakgrunn av at Departementet ønsket å finne ut hvor svargiverne var plassert i den kommunale organisasjonen.

Svargivernes stilling er i denne sammenheng viktig for å kunne tolke datamaterialet. På den kommunale arena som ellers i samfunnet finnes ”forkjempere” og ”voktere” – ”ledelse og fotfolk” i ulike sammenhenger. Fotfolket i de kommunale etatene fungerer oftest som forkjempere for økt aktivitet og større bevilgninger, mens ledelsen blir ”vokterne” som har ansvar for å fordele midler som er bevilget og drive budsjettkontroll (Wildavsky 1974).

Svargivernes stilling er vist i tabell 7.

**Tabell 7. Svargivers stilling**

<b>Svargivers stilling</b>	<b>Prosent</b>
Rådmann	2
Kommunalsjef/ helse og sosialsjef	53
Avdelingsleder/enhetsleder	29
Rådgiver/saksbehandler	16
<b>Sum</b>	<b>100</b>

*N= 212*

Tabellen viser at kommunalsjefer/helse og sosialsjefer utgjør den største gruppa av svargivere 53 %, etterfulgt av avdelingsleder/enhetsledere, 29 %. Rådmannsnivået utgjør 2 % og saksbehandlernivået 16 %.

Ved en nærmere analyse finner vi at rådmenn, kommunalsjef/helse og sosialsjef oftest er svargiverne i små kommuner. Avdelingsleder/enhetsleder svarer oftest fra de mellomstore kommunene og rådgiver/saksbehandler svarer flest ganger fra de store kommunene.

Det er grunn til å anta at ledere i den kommunale omsorgstjenesten slik som

Kommunalsjef/helse og sosialsjef og avdelingsleder/enhetsleder vil være personer som vil være en type forkjempere for mer ressurser til sektoren, selv om det nok også er viktige krav til dem om å være voktere av underliggende enheter og ansatte.

Rådmannen vil normalt bli ansett for å inneha den sentrale rollen som vokter.

Avdelingslederne/enhetslederne kan antas i større grad å være opptatt av å styrke egen avdeling/enhet.

Vurderingen av disse rollene vil variere etter kommunestørrelse og antakelig også den politiske kulturen i kommunene.

Rådmannen vil kunne kjenne seg noe bundet i sin vurdering av politiske og økonomiske føringer gitt fra statlig hold og lokale politikere.

Mellomledere i små kommuner med stor nærhet til de ansatte og brukerne kan lett komme til å opptre som forkjempere i betydelig grad i visse tilfelle.

*"A point of view is a view from a point"*. Det bildet vi får av den kommunale omsorgen vil variere mye avhengig av hvem som svarer. Svar også fra brukere, de vanlige ansatte og politikere kunne gitt et mer helhetlig bilde. Men dette var det ikke rom for i prosjektopplegget denne gang.

Det faktum at det store flertall av våre svargivere er ledere på ulike nivå i den kommunale helse- og omsorgssektoren har antakelig betydning for hvordan de svarer på spørreskjemaet. Det er naturlig at det er denne gruppen som av kommunene er blitt utpekt til å svare på vår henvendelse ut fra deres arbeid og kjennskap til feltet.

Det er grunn til å tro at "forkjemperne" i større grad enn "vokterne" vil forsøke å synliggjøre de utfordringer kommunen har i omsorgstjenestene. Nærheten til brukere i omsorgstjenesten kan bidra til at sektorlederne noen ganger blir "forkjempere." Men lederne er antakelig forkjempere i mindre grad enn de ansatte som har enda nærmere kontakt med brukerne.

Vi har hatt begrensede muligheter til å analysere materialet ut i fra dette perspektiv i denne rapporten. Men vi ser det som en spennende faglig oppgave i det videre arbeid med våre data. jf. kap.12.

Av svargivernes organisatoriske tilknytning finner vi at: 31 (13 %) av svargiverne er fra rådmannens stab, 171 (73 %) er fra kommunenes helse- og sosialetat og 32 (14 %) kommer fra annen etat, bl.a. oppvekst.

### **3.5 Kort kommentar til metodene i undersøkelsen.**

Spørreskjemaet ble testet ut på personer med erfaring fra kommunal administrasjon før det ble distribuert. Utsendelsen til kommunens postmottak medførte forsinkelse hos svargiver i noen tilfeller, noe som framkom ved purringer på telefon. Men grunnen til dette var at departementet ønsket bl.a. å se nærmere på hvilken organisatorisk tilknytning i kommunen svargiverne hadde.

Under datainnsamlingen fikk vi noen tilbakemeldinger på at spørreskjemaet var for omfattende. Ved en nedkorting av skjemaet kunne nok svarprosenten blitt høyere. En håndfull respondenter gav uttrykk for at noen av spørsmålene, spesielt spørsmål utformet med flere svaralternativer virket noe ledende. Noen respondenter gav også uttrykk for utfordringer med den tekniske løsningen vi hadde valgt for datainnsamlingen. I hvilken

grad det for noen kommuner ble et problem at spørreskjemaet skulle besvares elektronisk, og at det medførte at spørreskjemaet ikke ble besvart, vites ikke.

Det er viktig å understreke at det datasettet som ligger til grunn for rapporten ikke kan gi et fullstendig bilde av hvordan situasjonen er i alle landets kommuner. Men vi antar at våre data tegner et rimelig godt bilde av viktige sider ved status og svargivernes syn på framtidige utfordringer i kommunene.

Det må likevel understrekes at det alltid vil være en forskjell mellom hva en sier og hva en gjør. De mange spørsmålene som gjelder det vanskelige tema om framtidens utfordringer og handlinger blir på intensjons- og vurderingsplanet. Dette gjør svarene usikre uansett.

Spørreskjema dataene om Nå-situasjonen kan sammenholdes med materialet i plandokumentene. Dette gir bedre grunnlag for å verifisere og tolke det som svares i spørreskjemaene. Vi har svar fra personer som sitter med stort ansvar for situasjonen i kommunenes omsorgstjenester og dette kan nok føre til at det tegnes et lysere bilde av situasjonen enn den "virkelige". Intervjudata fra ansatte, brukere og politikere kunne gitt et bredere grunnlag for å vurdere dette.

Når det gjelder spørsmålene om framtidige utfordringer og strategier, som er hovedperspektivet i undersøkelsen og i St.meld 25, blir usikkerheten betydelig mye større. Her har vi ikke noe sammenlikningsgrunnlag.

Når det gjelder intensjoner og vurderinger av utviklingstrekk i framtiden, vil vi si at våre data er pålitelige uttrykk for vurderinger og holdninger hos svargiverne nå. Hvordan dette vil se ut i framtidens virkelighet er selvsagt noe helt annet. Dette sagt som en påminnelse i forhold til tolkningen av svarene. Usikkerhet om framtidige forhold vil uansett bestå og må tas i betraktning. Dette enkle faktum bør alle ha klart for seg i drøftelsen av framtidige forhold.

Etter en vurdering av metode og data vil vi med de presiseringer som er gitt ovenfor mene at data gir et grunnlag for å tegne et pålitelig (reliabelt) bilde av viktige trekk ved plansituasjonen i kommunene slik den nå er. Det må likevel påpekes at omsorgplanleggingen i kommunene nedfeller seg i flere dokumenter enn pleie- og omsorgsplanene. Kommuneplan og budsjett/langtidsbudsjett er også meget viktige dokumenter for å belyse plansituasjonen. Dette tema vil vi drøfte noe videre seinere i rapporten.

## 4. Status for omsorgsplanarbeidet

I dette kapitelet vil vi presentere status for planarbeidet, omsorgsplanens plass i det kommunale plansystemet og plandokumentenes tidshorisont. Planprosessen og plandokumentenes innhold og retning vil også bli belyst. Brukernes egeninnsats er også et tema. Til sist vil vi se nærmere på svargivernes synspunkter på mulighetene for oppfølging og iverksettelse av innholdet i kommunens omsorgsplandokument.

### 4.1 Plandokumentets status

St. meld. 25 framhever viktigheten av å bruke tida fram mot 2015 til å planlegge og utvikle omsorgstjenestene i kommunen. Gjennom meldingen blir kommunene bl.a. oppfordret til å ta tak i omsorgsutfordringene i et langsiktig perspektiv fram mot 2015, gjennom å utvikle strategiske og handlingsorienterte planer. Befolkningsstatistikken viser at landet har en relativt stabil demografisk periode fram til år 2015. Departementet framholder i St. meld. 25 at kommunene bør benytte dette til å komme à jour med dagens utfordringer og forberede de økende omsorgsutfordringene etter 2015. Det må imidlertid bemerkes at mange kommuner ikke vil ha en befolkningsutvikling i tråd med landets gjennomsnitt og følgelig merke utfordringene på ulike tidspunkt.

I Stortingsmeldingen oppfordres kommunene til:

- Å komme à jour slik at en dekker de nåværende behovene med hensyn til kapasitet og kvalitet på tjenestetilbudet.
- Å være godt forberedt på framtidige krav til tjenestetilbudene og utvikling av innhold i et framtidig tjenestetilbud.

Statusen på planarbeidet i de kommuner som har svart på undersøkelsen fordeler seg slik:

**Tabell 8. Har kommunen et vedtatt plandokument**

Svaralternativer	Prosent	N
Ja, kommunen har et vedtatt plan/plandokument for dette	28	65
Kommunen har utarbeidet et plandokument som er under politisk	3	7
Plandokumentet er under arbeid	27	63
Planarbeidet skal starte i løpet av 2009	28	65
Planarbeidet skal starte etter 2009	11	25
Kommunen kommer ikke til å utarbeide et slikt plandokument	3	7
<b>Sum</b>	<b>100</b>	<b>232</b>

Tabellen viser at 31 % av kommunene har et vedtatt plandokument eller det er under politisk behandling. 27 % sier det er under arbeid og 28 % skal starte arbeidet i 2009.

11 % oppgir at planarbeidet skal starte etter 2009. 3 % sier at de ikke kommer til å utarbeide et slikt plandokument.

Data viser at forekomsten av omsorgsplaner er sterkt korrelert med kommunestørrelsen. 16 % av kommuner med et innbyggertall mindre enn 5000 svarer at de har et vedtatt plandokument og 3 % sier de har det under politisk behandling. I kommuner med et innbyggertall 5000 – 19.999 svarer 34 % at de har et vedtatt plandokument og ingen oppgir at de har plandokument under politisk behandling. Går vi til de største kommunene (20.000 +) finner vi at 48 % av svargiverne oppgir at de har et vedtatt plandokument og 17 % som har dokumentet under politisk behandling.

Dette kan ha en sammenheng med at store antakelig har større utfordringer og større press i forhold til omsorgstjenestene enn mindre kommuner. Størrelsen på omsorgssektoren gjør det antakelig også mer påkrevd med planlegging for å skape oversikt og gjøre prioriteringer i de større kommunene enn i de små.

En annen årsak kan være at større kommuner kan ha en større kompetanse og planleggingskapasitet enn mindre kommuner. Dette igjen med bakgrunn i antakelsen om at jo mindre kommunen, er dess nærmere sitter ledelsen den daglige driften, med de utfordringene dette medfører. Videre vil det også kunne være en stor utfordring for kommuner å gjennomføre og koordinere en planprosess bl.a. med flere aktørgrupper både i den kommunale organisasjonen og i sivilsamfunnet, noe som det legges opp til som en viktig strategi i St. meld. 25.

Det er mulig at mange mindre kommuner finner planleggingsoppgavene såpass enkle at de kan ta det vesentligste i selve kommuneplanen uten planer på særskilte tiltaksområder. Dette kan spesielt være aktuelt i små kommuner.

Det kan være mange forskjellige årsaker til at kommunene ikke har oppdaterte plandokumenter. En årsak kan være at en har latt være å rullere eksisterende plandokument på bakgrunn av at dette ikke er en lovpålagt oppgave og at en derfor ikke kan prioritere dette i en hektisk hverdag.

Kommunene som oppgir at de ikke har startet på planarbeidet begrunner dette på følgende måte, tabell 9:

**Tabell 9. Årsaken til at kommunen ikke har startet utarbeiding av et plandokument**

Årsaker	Ja	Nei	Sum i prosent	N
Kommunen mangler kompetanse på denne type planarbeid	1	99	100	98
Kapasitetsproblemer	64	36	100	98
Politiske årsaker	4	96	100	98
Ikke behov	5	95	100	98
Andre årsaker	30	70	100	98

Tabellen viser at bare 1 % av svargiverne som ikke har startet arbeidet med omsorgsplanen sier det står på kompetanse. Hele 64 % oppgir som årsak – kapasitetsproblemer, mens 4 % oppgir politiske årsaker til at en ikke er kommet i gang.

Et relativt høyt antall respondenter 30 % oppgav andre årsaker. Respondentene ble bedt om å utdype disse. Ved gjennomgang av disse svarene finner vi et tydelig mønster som går i retning av en kombinasjon av disse årsakene som framkommer i tabell 9. Vi ser også at flere kommuner oppgir administrative utfordringer, bl.a. knyttet ledelsesfunksjonene.

Kommunene uttaler bl.a. følgende om årsaker til at en ikke har startet planarbeidet:

*”Omorganisering – ny struktur”*

*”Mye utskifting i ledelsen”*

*”Kommunen har svært små administrative resurser, og i tillegg liten tradisjon og dermed liten erfaring i denne type arbeid”*

*”Er i gang med ulike plandokumenter. Har laget en demensplan i 2008, vil deretter starte opp med pleie og omsorgsplan, men på grunn av større*

*omorganisering fra 01.01.09 er det pr. i dag ikke avklart når oppstart av en omsorgsplan kan starte opp. Forventet oppstart er i slutten av 2009 eller i første halvår 2010.”*

Analysen viser at det er spesielt små kommuner opp til 4999 innbyggere som i flest tilfeller oppgir kapasitetsproblemer.

Studier av den kommunale helse- og sosialsektor viser at den kommunale hverdagen preges av et stort arbeidspress, på alle nivåer (Dahl og Bastø 90). Dette presset henger sammen med økte faglige og administrative utfordringer – både inn mot det kommunale administrative apparatet og ut mot tjenestemottakerne. Det blir derfor ikke mange rom til utvikling av funksjonelle plandokumenter som inneholder funksjonelle målformuleringer, analyse av eksisterende virksomhet, medvirkning og prioriteringer, som gir godt grunnlag for politiske og administrative prioriteringer. Dette syntes å ha vært et vedvarende problem over tid innen denne sektoren. Dette er utfordrende i forhold til de krav sektoren nå stilles overfor med hensyn på økt samhandling og samordning av tjenester både internt i kommunen og i forhold til, frivillig sektor og framfor alt i forhold til spesialisthelsetjenesten. jf. St.meld. 25 og St. meld 47 (2008 – 2009).

Ut fra dette er det grunn til å anmode myndigheter og sentrale organer å bistå kommunene utover den satsing en har med KS på videreutdanning og samarbeid gjennom Samplan. Det bør utvikles planleggingsguider som kan ivareta viktige perspektiver og analyser i planprosessen. Det er grunn til å anta at dette ville kunne være et viktig hjelpemiddel i arbeidet for å utvikle flere gode plandokumenter

Vi mener det er viktig at en også vurderer organiseringen og stillingsstrukturen innenfor den administrative ledelsen i omsorgstjenestene i kommunene. Ser vi på administrative strukturer i andre sektorer i kommunene bl.a. innenfor kommunalteknikk finner vi de fleste steder stillinger for rådgivere og planleggere i kommunene. Dette finner vi i svært liten grad innen pleie og omsorgssektoren, selv om pleie og omsorgsbudsjettet utgjør den største del av det kommunale budsjettet. For å gjøre kvalitativt gode beslutninger og gjennomføre hensiktsmessige politiske prioriteringer i kommunen, er det helt sentralt å ha gode og langsiktige planer å styre etter, spesielt er dette viktig nå når de framtidige investeringer både i form av bygninger, personell og kompetanse blir store og utgjør store deler av det kommunale budsjettet.

## **4.2 Omsorgsplanene og deres plass i det kommunale plansystemet.**

Prosjektet hadde pr. 15.05.09 fått inn 68 plandokumenter, hvorav 65 er vedtatt i kommunestyret. 1/3 av disse planene er vedtatt før St. meld. nr. 25 ble lagt fram for Stortinget. I disse kan det ikke forventes å se noen direkte sammenheng mellom St. meld. 25 og planinnholdet, men de er interessante uansett i et overordnet perspektiv. Det kan allerede nå sees at de eldre planene er forskjellige fra de som er vedtatt det siste året. I de nyeste planene er det nesten alltid referanse til Stortingsmeldingen, selv om det er nokså varierende hvilken konkret effekt den har hatt på kommunenes planer, som vi skal omtale noe mer seinere.

Når bare 28 % av norske kommuner våren 2009 har en vedtatt pleie- og omsorgsplan kan det ha mange grunner. Det antas bl.a. å ha sammenheng med plansystemet. Det var tidligere et lovkrav om å lage helse- og sosialplaner (jf. Bastøe og Vetvik 1989). Men i dag er det bare budsjett og kommuneplan som er lovpålagte kommunale planer.

Våre tall kan tyde på at mange nå er i gang med planarbeid og at flertallet av kommunene vil være i gang i løpet av 2009.

Spørsmålet er da: Hva vil konkret skje i praksis og hvordan planene vil bli utformet og brukt?



I spørreskjemamaterialet svarer de fleste at plandokumentet er/vil bli integrert i kommuneplan og økonomiplan/budsjetter. Men dette gjenstår å se. Det er bare EN kommune som har sendt inn kommuneplanen som dokumentasjon på at omsorgsplanen er en integrert del, selv om 11 % av kommunene svarer at omsorgsplanen er integrert jf. tabell 8. Vi antar at dette sier noe om et viktig problem i dagens plansystem og virkelighet. Spørsmålet om koordinering både i tid og innhold i den kommunale planlegging må vurderes i denne sammenheng.

Ut fra de data vi har, er det grunn til å anta at en virkning av St. meld. 25 med vekt på planlegging som en strategi, har medført økt kommunal oppmerksomhet på dette.

Men når det er sagt, vil vi understreke at situasjonen ikke ser lys ut. Spørsmålet om planleggingskapasitet, planleggingskompetanse og sammenhengen i plansystemet mellom omsorgsplanlegging og mer overordnet økonomisk planlegging, må reises med stor tyngde. Innholdet i de plandokumenter vi har sett, gir ikke inntrykk av at planleggingskompetansen er tilstrekkelig i mange kommuner.

De plandokumentene vi har fått inn varierer en del mht navn/betegnelse, omfang og tidshorisont.

Av de 68 planer/plandokumenter vi har fått tilsendt er 26 benevnt "Omsorgsplan" noen ganger med sideformen "Plan for omsorgstjenesten". 20 planer har betegnelsen "Pleie og omsorgsplan". Betegnelsene "Helse- og sosialplan", "Helse- og omsorgsplan" og "Kommunedelsplan" er alle brukt av 4 kommuner. Andre betegnelser finnes på 10 dokumenter, bl.a "Eldreplan" 2 "Plan for yngre brukere" 1, Kommuneplan 2, "Årsbudsjett og økonomiplan" 1, "bistand og omsorg" 1, "Institusjon ,bolig og hjemmebaserte tjenester" 1, "Helse, sosial og omsorgsplan" 1, "plan for forebygging, rehabilitering og omsorg" 1.

Av de innsendte plandokumentene er 20 fra før St.meld. 25 ble offentliggjort i september 2006. Det er ingen systematisk forskjell i betegnelsene fra før og etter dette tidspunkt.

I planene vedtatt etter St.meld. 25, finnes det praktisk talt alltid referanse til denne. Det er grunn til å anta at den store veksten i vedtatte planer etter St.meld. 25 ble framlagt, er en konkret virkning av meldingen. Det kan kanskje sies at meldingen foreløpig har hatt større virkning på planleggingsaktiviteten i kommunene, enn på opplegg og innhold i planene. Dette kommer vi tilbake til seinere i rapporten.

De varierende betegnelsene indikerer en betydelig variasjon i hvordan planleggingsutfordringen er ivaretatt. Det samme ser vi av innhold og disposisjon i plandokumentene. Dette kan til en viss grad ha sammenheng med variasjon i den kommunale situasjon. Men det er rimelig å peke på at mangelen på et standardisert opplegg for hva som skal utredes og konkluderes i planarbeidet, antakelig er den viktigste grunnen. Det er f.eks. nesten ingen planer som er disponert etter utfordringene og strategiene i St. meld. 25. Et hovedinntrykk er at planene i liten grad er problemorientert slik at utfordringene og svarene på utfordringene framstår lite konkret og utydelig. Det finnes knapt eksempler på at planen er bygget på evaluering av omsorgens kvalitet og kapasitet i dagens situasjon. Behovsvurderingene er fraværende eller upresise. De nevnes som regel, men noen presis utdyping er mindre vanlig. De fleste har med en tabell over demografisk utvikling, men tallene blir i liten grad analysert og eksplisitt vurdert. Konsekvensene framover blir derfor lite vurdert og måloppfyllingsgrad eller forutsetninger belyses sjelden. Planene er derfor ofte lite egnet til å legge premisser for økonomiske valg seinere. Det kan mer se ut som at planene er utformet så uspesifikt at de kan tilpasses enhver seinere økonomiplan/kommunebudsjett.

Det typiske preg på planene er at dette er beskrivelser av status quo mht. til hvilke tiltak man har i dag. Det er rimelig å kalle dette for "oversiktsplaner." Som planer for handling og utvikling henimot bedre framtidig måloppnåelse, er mange av planene for vage.

Det er derfor oftest vanskelig å se hvordan disse dokumentene egner seg for integrering i overordnet kommunal planlegging.

Etter vår oppfatning viser plandokumentene at mange av kommunene har et stort kompetanse og kapasitetsunderskudd når det gjelder denne type planlegging. Etter vår oppfatning kan situasjonen forstås i lys av Greshams lov anvendt på organisasjoner. Den innebærer at aktørenes ansvar for de daglige driftsoppgaver fordriver fokus og interesse bort fra de langsiktige planleggingsoppgavene. Planlegging blir derfor ofte et skippertak som kommer for seint i forhold til utviklingen av behovene og oppgavene.

Et annet viktig forhold er sammenhengen mellom den særskilte omsorgsplanen og de øvrige mer sentrale kommunale plandokumentene som Kommuneplan og Langtidsbudsjett. Det hadde vært spennende å se nærmere på denne koplingen konkret. Men her glimrer altså innsendte dokumenter fra kommunene med sitt fravær. Vi kan derfor si mindre om dette i denne omgang enn vi hadde tenkt.

Konkluderende vil vi si at skal en kunne følge intensjonene i St.meld. 25 må innhold, organisering og kompetanse i den kommunale planprosess gis en helhetlig gjennomgang og tydelig strukturering. Et samarbeid mellom KS og staten med dette formål kunne bli et fruktbart tiltak som forberedelse til en planleggingsvirksomhet som vil være adekvat til de store utviklings- og prioriteringsoppgaver som står for døren om ikke så veldig mange år. Etter vår oppfatning trenger Kommune-Norge et funksjonelt og standardisert opplegg for dette.

## 4.3 Den vedtatte planens status og tidshorisont

I dette avsnittet vil vi se nærmere på omsorgsplanens forhold til annen kommunal planlegging, tidshorisonten i planen og interkommunal samhandling.

### 4.3.1 Planens forhold til annen kommunal planlegging.

De ulike plandokumentene i kommunen har ulik status. På bakgrunn av dette er det interessant å få fram hvilken status omsorgsplanen har i forhold til blant annet kommune og økonomiplan eller om at plandokumentet er en ren sektorplan. Tabell 10 viser statusen på dette for kommuner som oppgir at de nå har et gjeldende, vedtatt plandokument.

**Tabell 10.** *Den vedtatte planens status i forhold til kommune og økonomiplanen*

Svaralternativer	Prosent
Plandokumentet er en integrert del av kommuneplanen	11
Plandokumentet er en integrert del av kommunens økonomiplan	26
Plandokumentet er integrert både i økonomi og kommuneplan	26
Plandokumentet er ikke integrert i økonomi og kommuneplan	37
<b>Sum</b>	<b>100</b>

*N=70*

Tabellen viser at 11 % oppgir at plandokumentet er en integrert del av kommuneplanen, 26 % sier at det er en integrert del av kommunens økonomiplan og 26 % oppgir at plandokumentet er integrert i både økonomi- og kommuneplan. 37 % har utarbeidet en sektorplan.

Ser vi dette i forhold til kommunestørrelsen ser vi en tendens som viser at små kommuner i større grad har dette som en integrert del i både økonomi og kommuneplan enn mellomstore og store kommuner.

Dette ansees naturlig som følge av størrelsesforskjellen. I små kommuner antas oversikten å være bedre og brukere av omsorgstjenester mindre og spesialiserte planer har mindre behov for planer.

Vi innrømmer at vi er noe skeptisk til innhold og intensjonsdybde i disse svarene. Vi frykter at vi her har fått en overmelding mht. graden av integrering i andre planer. Det faktum at bare en av kommunene som har omsorgsplan, har fulgt vår anmodning om å sende inn de planene hvor omsorgsplanen er integrert slik at vi kan se konkret på integreringsspørsmålet, gjør saken uvisst. Det er også slik at i de omsorgsplanene vi har fått tilsendt, finnes det få konkrete henvisninger til andre kommunale planer, med unntak av tidligere planer på omsorgsfeltet. Det er derimot en rekke opplysninger av de nyere Stortingsmeldinger og NOUer om ulike spørsmål i pleie- og omsorgspolitikken.

### **4.3.2. Tidshorisonten i planene**

I St.meld. 25 ligger det en viktig føring om at kommunene skal planlegge for framtida. Av de 68 kommunene som har en vedtatt plan, finner vi en gjennomsnittlig tidshorisont på 7 år.

De enkelte plandokumentene har variert tidshorisont. De korteste er som regel de som er laget før St. meld. 25 kom høsten 2006. Her er det vanlig med 4 – 5 års perspektiv. Det finnes likevel flere slike også etter 2006. Den planen med den lengste periode strekker seg fra 2009 og til 2050. Formålet med det synes uklart.

I planene etter 2006 er planhorisonten vanligvis fra 6 – 15 år, men det finnes 6 planer som har planperiode på over 16 år. Noen av disse planene antyder at en rullering vil være nødvendig, og det er mulig at de fleste har tenkt på det, uten at det sies eksplisitt. Det går uansett an å spørre om disse planene etter sitt innhold har en kvalitet og holdbarhet som gjør lange perioder naturlig.

Omfanget på planen varierer fra mellom 10 og 15 sider til henimot 100. Forskjellen utgjøres i det vesentlige av omfanget på det beskrivende materialet.

Av de 72 kommunene som oppgir at en har et vedtatt plandokument eller har plandokument under politisk behandling, oppgir 55 kommuner at planen også har en handlingsplan. Tidshorisonten for denne i snitt ligger på 4 år.

Ser vi nærmere på de enkelte plandokumentene finner vi at noen få sier i overskriften at planen er en handlingsplan. Mange flere har overskrift med handlingsplan inne i plandokumentet, som regel mot slutten av dette. Ser en nærmere på graden av konkrete tiltak i disse delene, blir overskriften noe misvisende en del ganger. Mange planer har ikke særlig klare konklusjoner mht. utfordringer, strategi og tiltak, forsiktig sagt. De kan derfor bare i generell forstand være retningsgivende for oppfølging/handling.

### **4.3.3. Interkommunal samhandling**

Interkommunal samhandling er ikke noe nytt fenomen for kommunene. I kommune-Norge finner vi denne samhandlingstypen på flere sektorer også innen omsorgstjenestene. Grunnlaget for interkommunalt samarbeid om omsorgstjenester varierer fra kommune til kommune. Flere kommuner og spesielt små og mellomstore kommuner har utfordringer både når det gjelder personell, kompetanse og økonomi knyttet til ulike brukergrupper. Et av de mest etablerte interkommunale samarbeid innen helse og omsorgstjenestene er lege og legevaktordninger – men også omsorg for ressurskrevende brukere, noe som ble sterkt aktualisert ved gjennomføringen av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming i 1990. I den forbindelse har flere kommuner inngått et samarbeid om å utnytte felles ressurser på området.

Interkommunalt samarbeid er gjennom. Samhandlingsreformen: St. meld. 47 igjen aktualisert. Reformen åpner for en større satsning på samarbeid både kommuner imellom og mot spesialisthelsetjenesten.

I spørreskjemaet til kommunene spurte vi kommuner, som oppgir at de har en vedtatt plan/plan underpolitisk behandling, om plandokumentet inneholdt interkommunale tiltak. 23 % av 71, svarte at plandokumentet inneholder slike tiltak.

Ser vi dette i forhold til kommunestørrelse finner ingen signifikant forskjell. Likevel er det en naturlig tendens til at store kommuner er mindre avhengige av interkommunalt samarbeid enn mindre – da disse som regel har den nødvendige kompetanse. I materialet finner vi en tendens til at små kommuner i sterkere grad samarbeider med større kommuner om tiltak. Men her finnes også unntak, som for eksempel interkommunalt samarbeid mellom for eksempel Porsgrunn og Skien kommune når det gjelder omsorgstjenester.

Et moment som må vurderes også i denne sammenheng er om norske kommuner i dag har en adekvat størrelse i forhold til oppgavene. Av historisk erfaring vet vi at kommunestrukturen i etterkrigs-Norge har vært forandret i takt med oppgavefordelingen. Skolereformene som ga økte oppgaver til kommunene drev fram kommunesammenslåinger tidligere. Nå har det vært på stedet hvil en stund. Spørsmålet må nå reises om ikke hensynet til de økende pleie- og omsorgsoppgavene krever radikale grep både av kapasitets-, kompetanse- og rekrutteringsgrunner.



## 5. Planprosessen innhold og oppfølging av de nåværende planer

Omsorgsplanlegging – og kvalitet på omsorgstjenester har vært i søkelyset de seinere årene. Utfordringene for kommune-Norge er store, både når det gjelder økonomi og i arbeidet med å få til brede og gode prosesser i ulike former for planarbeid.

Signalene i St.meld. 25 er tydelige på behovet for økt samhandling med lokalsamfunn og familie/pårørende. For å få dette til er en viktig forutsetning stor grad av involvering og samhandling i planprosessen. Bred deltakelse krever også ressurser og kompetanse i kommunen, noe som også kan være en utfordring for mange kommuner.

I dette kapitlet vil vi se nærmere på hvem som har deltatt i planprosessene og planens innholdsmessige retning. Deretter ser vi på i hvilken grad brukerne selv må bidra med egeninnsats. Grad av samsvar mellom sentrale og lokale politiske føringer i den kommunale omsorgsplanen følger som avsnitt fire. I avsnitt fem vil respondentens syn på gjennomføringsmuligheter i den vedtatte omsorgsplanen være tema .

### 5.1. Deltakelse og medvirkning

Hvem som har deltatt i den kommunale omsorgsplanprosessen er et viktig spørsmål. Dette på bakgrunn av at medvirkning som oftest skaper legitimitet som igjen kan gi plan og tiltak større gjennomslagskraft, både administrativt og politisk.

Deltakelse i kommunale omsorgsplanprosesser er ikke mye omtalt i tidligere forskning, men erfaring fra planprosess med bred administrativ og politisk deltakelse fra utførere som ble gjennomført med bidrag fra Høgskolen i Telemark , Avdeling for helse og sosialfag i 2007– mot en større kommune, viser at bred deltakelse har god effekt både med hensyn til politisk konfliktnivå og legitimitet både hos administrasjon, utførere og brukere av tjenestene.

Ålesund kommune har følgende overskrift på sin planprosess: ”God omsorg – felles ansvar”. I dette ligger det ønske om en bred folkelig deltakelse i planarbeidet, noe som for dem også er ressurskrevende – men kommunen uttaler at ved å investere i brede prosesser vil en få mye igjen på sikt.

Tabell 11 viser fordelingen, fra kommuner som har en vedtatt plan/plan under politisk behandling, over hvem som har deltatt i planprosessen

**Tabell 11. I hvilken grad har disse aktørene deltatt i planleggingsprosessen?**

Deltakere i kommune og samfunn	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Ikke deltatt	Sum i prosent	N
Folkevalgte organer	58	29	8	4	99	72
Politiske partier	35	38	16	12	101	69
Tillitsvalgte/fagorganisasjoner	63	33	4	0	100	70
Utførere av omsorgstjenester i	69	28	3	0	100	71
Enhetsledere	90	10	0	0	100	72
Befolkningen generelt	10	25	34	31	100	71
Konsulentfirma(er)	11	16	9	64	100	70
Undervisnings – og	0	16	19	65	100	68
Bruker/pasientorganisasjoner	20	49	21	10	100	70
Eldre råd	44	52	3	1	99	71
Råd for funksjonshemmede	28	52	9	10	99	67
Frivillige organisasjoner	9	25	34	31	99	67
Annet	7	14	17	62	100	42

Tabellen viser stor grad av samarbeid med, ansatte, offentlig oppnevnte styrer og råd og bruker- og pasientorganisasjoner. Analyser basert på kommunestørrelse viser at det er større samlet deltakelse i de store kommunene enn i de små.

Det går tydelig fram av tabellen at det i mindre grad samarbeides med frivillige og frivillige organisasjoner. Det samarbeides også lite med undervisnings- og forskningsinstitusjoner og konsulentfirma(er).

35 % av 70 svarer at de i stor grad/ i noen grad har involvert befolkningen generelt gjennom folkemøter

Organer som eldreråd, råd for funksjonshemmede og brukerorganisasjoner er også representert. Dette gjelder i større grad i store kommuner enn i de små.

Frivillige organisasjoner deltar i mindre grad. St. meld 25 oppfordrer kommunene til å samarbeide med frivillige organisasjoner i arbeidet med å etablere omsorgstilbud i kommunene. En tidligere undersøkelse, (Vetvik og Disch 1999) viser at mange kommuner gir uttrykk for at en ønsker et tettere samarbeid med frivillige organisasjoner på mange. Men kommunene får det ikke til i praksis. Dette er delvis begrunnet i manglende erfaring og mangelfull kompetanse på dette. Det er mye idealistiske, men uklare, lite konkrete og urealistiske tanker om hvilken rolle de frivillige meningsfylt kan ha.

Data fra denne undersøkelse bekrefter for øvrig det inntrykk, at det offentlige kommuniserer mest med seg selv, og at kommunikasjon utover egen organisasjon, slik som med for eksempel brukere, pårørende eller frivillige organisasjoner er mindre utbredt.

Kommunene har i liten grad anvendt konsulentfirma, undervisnings- og forskningsinstitusjoner i planarbeidet. Dette ble i større grad benyttet på 1990 tallet i forbindelse med reformen for mennesker med utviklingshemming (Vetvik 1989).

Det er verd å merke seg at 35 % av de 70 kommunene sier at de i stor/noen grad har benyttet seg av folkemøter i planprosessen. Dette kan være med på å styrke ansvaret og skape grunnlag for samarbeid om å skape gode omsorgstjenester i kommunen. Det kan være et virkemiddel for økt befolkningsdeltakelse i kommunale prosesser.

Ser vi tabellen under ett finner vi at brukerne generelt er mindre representert i planleggingsprosessen. Det samme finner vi når vi etterspør de frivillige organisasjonenes deltakelse. Det er derfor grunn til å påpeke at omsorgsplanprosessen ser ut til å være en prosess som kjøres av kommunen selv i samarbeid med ansatte, fagforeninger og i noen grad eldreråd. Brukerperspektivet er underrepresentert.

Det mønster vi finner i deltakelsen her, har samme struktur som er beskrevet i en rapport fra arbeidet med de kommunale helse- og sosialplaner som var lovfeset fra 1976 (midlertidig lov) og 1982 (permanent lov), (Bastøe og Vetvik 1989) Dette lovpålegget ble seinere fjernet i forbindelse med revisjon av opplegget for kommunal planlegging.

## 5.2 Planenes innholdsmessige retning

Helse- og Sosialpolitikken har de siste 30 årene vært preget av ideologiske endringer blant annet gjennom at sterke idealer om likhet, standardisering og sentrale offentlige løsninger gradvis har blitt erstattet med verdier som i sterkere grad betoner individuell frihet, mangfold og variasjon i velferdstilbudene, og en sterkere satsing på lokale og private løsninger. Disse endringene er iverksatt på flere områder gjennom konkrete sosialpolitiske reformer jf. kapittel 2.

Dette kan ha medført at flere kommunene i de seinere årene også i sterkere grad har fokusert på yngre brukere, større individuell frihet og større grad av egeninnsats fra

brukere av kommunale omsorgstjenester. I St. meld. nr. 25 understrekes det at det skal planlegges for alle brukergrupper av omsorgstjenester i kommunene. Data fra de kommuner som har en vedtatt plan, eller er i planprosess viser at ingen kommuner planlegger bare for gruppen under 67 år, 8 kommuner oppgir at det er planlagt/planlegges for gruppen over 67 år (eldreplan) mens de resterende planlegger for begge gruppene.

Svargiverne fra kommuner som har et vedtatt plandokument gir tydelig retning på tjenestetilbudene som planlegges. Satsning på hjemmetjenester fram for institusjonstjenester fortsetter. Intensjonene om større satsning på forebygging framfor behandling og tydelig satsning på rehabilitering og aktiv omsorg framfor pleie finnes i svarene på spørreskjemaet. Det er mye mindre konkret og tydelig i plandokumentene, selv om en del viljserklæringer noteres.

Frivillige organisasjoner/enkeltpersoner og familieomsorg ønsker en også mer av.

Svargiverne er ikke entydig i synet på bruk av kommersielle tjenester, når det gjelder framtiden.

Store kommuner over 10.000 innbyggere svarer oftere enn de andre at de vil ha et større fokus på forebygging framfor behandling.

Kommunene har ulike meninger om forholdet mellom økende profesjonalisering og rollen for familie og frivillige. Flertallet ønsker det slik som det i dag er, og de kommunene som signaliserer en endring fra dagens praksis, vil ha økt innsats både på profesjonell, frivillig og familieomsorg.

Små kommuner svarer oftere at de har fokus på familieomsorg enn store kommuner. Dette er ikke overraskende og kan ha sin årsak i bosettingsmønster, familiemønster og kulturelle forhold. En annen årsak til dette kan være at store kommuner har en høyere grad av profesjonaliserte omsorgsfunksjoner enn mindre kommuner.



## 5.3 Brukernes egeninnsats

I hvor stor grad legger kommunens vedtatte plandokument opp til at brukerne selv utnytter sine ressurser og tar økt ansvar for å planlegge sin framtid enten som eldre eller funksjonshemmet. Tabell 12 gir et bilde av dette.

**Tabell 12.** *I hvor stor grad legger kommunen i sitt plandokument opp til at brukere selv utnytter sine ressurser og tar økt ansvar knyttet til:*

Ulike former for brukerinnsats	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Ikke i det hele tatt	Sum i prosent	N*
Å bygge om og tilrettelegge egen bolig	23	49	20	7	99	69
Å bygge/kjøre ny tilrettelagt bolig	25	41	26	9	101	69
Å planlegge og forberede seg på alderdom	31	49	1	18	99	71
Å opprettholde fysisk og sosial aktivitet	38	54	9	0	101	71
Å skaffe seg nødvendig informasjon og opplæring til å mestre sykdom og funksjonstap	31	47	20	1	99	70
Å delta i utformingen av tjenestetilbudet (brukermedvirkning)	48	47	6	0	101	71
Å ta del i brukergrupper, brukerorganisasjoner og offentlige rådgivende organ	20	51	26	3	100	70
Å utvikle selvorganiserte bruker eide og brukerstyrte ordninger	8	33	46	13	100	67
Å ta del i frivillig arbeid gjennom frivillighetssentraler, seniorsentra, kulturaktiviteter	36	47	11	6	100	70

\*Vedtatte plandokument, plandokument under politisk behandling

Tabellen viser en tydelig tendens i forhold til større egeninnsats og brukermedvirkning i omsorgstjenestene. Tydeligst viser tabellen at kommunene ønsker brukermedvirkning i utforming av sine tjenester, deretter følger tilrettelegging for at brukerne selv kan uoppretholde fysisk og sosial aktivitet. Mye ansvar blir også lagt på enkeltindividet knyttet til det å skaffe seg informasjon om opplæringstilbud for bedre å kunne mestre sykdom og funksjonstap legges det også stor vekt på.

Ser vi dette i forhold til kommunestørrelsen finner vi at kommuner over 10.000 innbyggere i større grad fokuserer mer på brukernes ansvar for å skaffe seg tilrettelagt bolig ved alderdom – varig sykdom. Det bør ikke bety at alt ansvaret legges på brukeren. Det er grunn til å tro at store kommuner i større grad enn mindre kommuner tilbyr veiledning og tilrettelegging i forhold til dette.

Vi finner også en tendens til at kommuner over 10.000 innbyggere i større grad fokuserer på informasjon og tilrettelegging knyttet til planlegging av alderdom, konsekvenser av egen sykdom enn mindre kommuner.

Tabellen viser tydelig at kommunene legger opp til at brukerne selv må ta et større ansvar for å bidra i planleggingen av egen framtid. Dette kan for mange være en stor fordel med

tanke på individuell frihet, men for andre kan dette medføre utfordringer som en ikke kan klare å takle slik som en helst ville. Årsaker til dette kan være økonomi – egne og familiære ressurser. Konsekvensen kan være en større skjevhet i bl.a. standard og bo-kvalitet som igjen kan få konsekvenser for brukerens livskvalitet.

Det er likevel grunn til å spørre hva denne egeninnsatsen egentlig består i og hvor tydelige signaler som sendes ut mot brukerne. Likevel er det klart at denne tabellen gir et tydelig signal om at enkeltbrukeren – familie må ta et større ansvar for utforming av egen framtid både ved alderdom og sykdom.

Det er grunn til å være oppmerksom på at vi finner lite konkret om dette i de plandokumentene vi har gjennomgått. Det kan derfor virke som om dette kan være en intensjon på sikt, mer enn en aktuell realitet.

## 5.4. Grad av samsvar mellom de statlige føringer og den kommunale omsorgsplanen

I hvilken grad samsvarer så kommunenes vedtatte plandokument med de fem hovedstrategiene som framkommer i St.meld. 25.

Forholdet mellom statlige intensjoner og den kommunale oppfølging av disse, er et generelt tilbakevendende tema i norsk offentlig politikk. Virkningen av de statlige signaler varier i høy grad. Generelt er det slik at oppfølgingen i høy grad er avhengig av hvilke ressurser som følger med intensjonene. Mange reformer har blitt møtt i kommunene med den hoderystende kommentar om at det er en fin reform, men det følger ingen penger med. Konflikten mellom statlig styringsiver og kommunale tilpasninger i tråd med det lokale selvstyre, består som en spenning mellom nivåene. Denne spenningen vil lett håndteres som verbal harmonisering ved kommunal uttalt velvilje, men med større variasjon i gjennomføringen. Honnørordene gjentas gjerne, men praksis baseres på hva som anses lokalt tjenlig og mulig. Den statlige retorikkproduksjon er ofte såpass generell at det blir rom for betydelig skjønn i gjennomføringen selv om retorikken gjerne gjentas på kommunalt nivå.

Tabell 13 viser svargivernes karakteriseringer av samsvaret mellom intensjoner og realiteter:

**Tabell 13.** *Grad av samsvar mellom kommunens vedtatte plandokument og St. meld. 25.- fem strategier for å møte økende omsorgsutfordringer.*

De fem Strategiene	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Ikke i det hele tatt	Sum i prosent	N*
Kvalitetsutvikling og planlegging	61	37	3	0	101	71
Kapasitet og kompetanseheving	59	38	3	0	100	71
Samhandling og medisinsk oppfølging	49	45	4	1	99	71
Aktiv omsorg	41	55	3	1	100	71
Partnerskap med familie og lokalsamfunn	17	63	17	3	100	71

\* Kommuner som har et vedtatt plandokument/plandokument under politisk behandling

Tabellen viser at kommunene satser mye på kvalitetsutvikling og planlegging, deretter følger et sterkt fokus på kapasitets- og kompetanseutvikling, medisinsk samhandling og aktiv omsorg. Partnerskap med familie og lokalsamfunn er en strategi som ikke er så tydelig utbredt i kommunene, noe som kan ha sin årsak i strategiutvikling her er svært utfordrende og erfaringene er få.

Foreløpige analyser viser en svak tendens til at kvalitetsutvikling og planlegging har et større fokus dess større kommunen er. Dette kan ha sin årsak i at mellomstore og store kommuner i større grad enn mindre har den nødvendige planleggingskapasitet.

Vi finner ingen sammenheng mellom kommunestørrelse og fokus på kapasitets- og kompetanseheving.

Alle svargiverne er opptatt av samhandling og medisinsk oppfølging. Store kommuner er mer opptatt av samhandling og medisinsk oppfølging enn mindre kommuner.

Det fokuseres mer på aktiv omsorg i mellomstore og store kommuner enn i mindre. Dette kan ha sin årsak i at små kommuner kanskje ikke har den nødvendige kompetanse eller personalressurser til å styrke dette feltet.

Partnerskap med familie og lokalsamfunn varierer lite etter kommunestørrelse. Likevel er nok dette en stor utfordring for kommunene samlet sett. Det er naturlig å se dette i sammenheng med satsningen som Regjeringen i St. meld 25 ønsker på aktiv omsorg. Tanken er vel at familie og lokalsamfunn skal bidra aktivt til å realisere denne strategien?

I de plandokumentene vi har mottatt finnes det lite omfattende og analytiske framstillinger av de utfordringer som skisseres i Stortingsmelding 25.

Planene er som regel tynne når det gjelder å satse på kvalitetsutvikling som en strategi framover. Det gjelder også bruk/virkning av ny teknologi. Det nærmeste de kommer er omtale av behovet for utdanning og kvalitet i personalet. Kvalitetsutvikling, enn si kvalitetskontroll av tjenestene, evaluering etc. er lite framme i de fleste planer.

Behov for forskning, eller henvisning til utført forskning er relativt sparsomt til stede i planene.

Det er heller ikke stor omtale av den kommunale planleggingsproblematikk og koplingen mellom ulike planer. Drøftelse av forutsetninger for iverksetting/oppfølging av planen er ikke vanlig i planene. Dette kan imidlertid gjøres i den politiske behandling av planen, men vi har ikke godt grunnlag for å si at det skjer i stor utstrekning i alle fall.

Kapasitetsvekst og kompetanseheving er et tema i mange av planene. Planene viser at kapasitetsveksten framover i størst grad planlegges i den åpne omsorgen og knyttet til omsorgsboliger. Spørsmål om å møte en institusjonsdekningsgrad på 25 % for aldersgruppen 80 + er likevel et tema i en del planer. Mer grundige analyser av behovet for institusjonsplasser, versus den videre planlegging basert på åpen omsorg og omsorgsboliger, savnes likevel i et flertall av planene. Det anses viktig at dette spørsmålet drøftes mer grundig både i et kvalitativt og et økonomisk perspektiv. Dersom en bare angir retningen på utviklingen uten å se på helheten i tjenestetilbudet i forhold til behovene, kan en komme skjevt ut.

Det er heller ikke vanligvis noen grundig analyse av verken personalbehov eller strategi for å skaffe mer kompetent personale. Det nevnes som mål og ønsker, men noen strategi eller handlingsplan for å få det til, er som regel fraværende.

Når det gjelder medisinsk oppfølging og bedre samhandling med spesialisthelsetjenesten sier de fleste planene at dette er noe som ønskes. Hvordan det skal gjøres mer konkret og hva det kreves for å få det til, er oftest mindre klart behandlet/omtalt.

Behovet for økt satsning på aktiv omsorg refereres det til i en del av planene. Mer kultur og flere aktiviteter nevnes som ønskelig. Men det er mer sparsomt mht til planlegging/skissering av konkrete tiltak.

Partnerskap med familie og lokalsamfunn nevnes. I den grad dette omtales er det med velvilje, men med lite konkret innhold. Det nevnes iblant at frivillige organisasjoner kan ha betydning for sider ved den aktive omsorgen.

Når det gjelder familieomsorgen nevnes den i begrenset grad, hvis den i det hele tatt nevnes. Spørsmålet om støtte – og avlastningsordninger for omsorgsgiverne i familie og deres bidrag til den aktive omsorgen, drøftes i liten grad.

Plandokumentene virker noe svake på analytiske framstillinger – noe som gjør det både vanskelig å se ting i sammenheng og legge gode framtidige strategier.

## 5.5 Gjennomføring av omsorgsplanen

Et viktig spørsmål i alt planarbeid er om plandokumentet er realistisk og vil bli fulgt opp. Nytt er det å planlegge utviklingen i omsorgssektoren i kommunen. Mange i både administrasjon og politikk har stilt seg dette spørsmålet. Klarer en å følge opp og bruke planen som rettesnor og styringsinstrument i behandlingen av overordnede og av enkeltsaker i den kommunale hverdagen. Et annet moment er at rammevilkårene – spesielt de økonomiske – endrer seg raskt og på bakgrunn av dette kan allerede plandokumentet være foreldet innen rulleringsperioden og dermed vanskelig å følge opp

I tabell 14 gir svargiverne fra kommuner som har et vedtatt plandokument eller et plandokument under politisk behandling uttrykk for i hvilken grad de mener plandokumentet vil bli fulgt opp.

**Tabell 14.** *I hvilken utstrekning antar du at kommunens vedtatte plandokument vil bli gjennomført/fulgt opp?*

Iverksettelse av vedtatt plan	Prosent
I stor grad	53
I noen grad	44
I liten grad	3
Ikke i det hele tatt	0
<b>Sum</b>	<b>100</b>

$N = 72$

Tabellen viser at vel halvparten av svargiverne uttrykker at planen i stor grad vil bli fulgt opp. Men nesten like mange svarer at planen vil bli iverksatt i noen grad. Bildet ansees således som nokså blandet.

Dette kan tyde på at realismen i plandokumentene anses å være stor i flesteparten av kommunene. Dette kan ha sin årsak i at det politiske miljøet både på statlig og kommunalt nivå har fokus på dette. Det kan indikere at kommunene har en antakelse om at de statlige intensjoner med omsorgspolitikken skal komme kommunene til gode i form av økte økonomiske overføringer framover.

Det veldig omtrentlige svaret ”i noen grad” som nesten halvparten gir, viser vel at entusiasmen for oppfølgingsarbeidet ikke er på topp. Vår vurdering er for øvrig at mange av planene er så lite konkrete at det vil være vanskelig å bedømme særlig nøyaktig hvordan man har lyktes ved planperiodens utløp.

Ser vi tallene som framkommer i tabellen i forhold til kommunestørrelse finner vi ingen forskjell mellom dem i synet på mulighet for oppfølging av plandokumentet.

Hva kan så være til hinder for oppfølging av omsorgsplanen? Tabell 15 viser svargivernes synspunkter på dette.

**Tabell 15. Årsaker til manglende oppfølging fra svargivere som oppgir at planen trolig ikke vil bli fulgt opp.**

**I noen grad/i liten grad**

Navn	Ja	Nei	Sum i prosent	N
Økonomi	79	21	100	34
Administrativ kapasitet	29	71	100	34
Kompetansemangel	9	91	100	34
Personell ressurser	18	83	101	34
Annet spesifiser	6	94	100	34

Tabellen viser her en utbredt usikkerhet knyttet til økonomi som den dominerende svarkategori. 4 av 5 peker på dette.

Administrativ kapasitet og personellressursen nevnes også relativt ofte, dog slik at det er mer bekymring for administrativ kapasitet enn for personellressursen.

Svargiverne fra de store kommunene uttrykker oftere bekymring for økonomien enn de små.

Den motsatte tendensen finner vi på bekymringen over personellressursene. De små kommunene er oftere bekymret for den enn for rekrutteringen til omsorgstjenestene.

Disse svarene er kanskje som forventet. Men vi er usikre på hvor godt de er begrunnet. Vi er noe overrasket over den lave andelen som er bekymret for personellressurssituasjonen. Vi er ikke overrasket over at så få nevner kompetansemangel som et problem. Men vi antar at dette er et problem som hittil ikke i tilstrekkelig grad er erkjent.

## 6. utfordringer og prioriteringer i kommunene fram mot 2015

I dette kapittelet skal vi se nærmere på kommunenes synspunkter på utfordringer og prioriteringer fram mot 2015. Først vil vi redegjøre for utfordringene knyttet til strategiene som framkommer i St. meld. nr. 25. Deretter vil vi se nærmere på de framtidige kommunale prioriteringene knyttet opp mot eldre og yngre brukere. Til sist vil vi se på hvordan den kommunale planleggingen påvirker andre sektors planarbeid

### 6.1 Kommunale utfordringer

Demografiske data fra SSB, viser at det vil bli flere brukere av omsorgstjenestene i framtiden. Samtidig ser vi at den største økningen av tjenestemottakere de siste tiår er personer under 67 år. Det er også framskrevet knapphet på omsorgsytere, utfordringer knyttet til medisinsk oppfølging både i og utenfor institusjon, økt medisinsk samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten og en større satsning på utviklingen av familieomsorg og samarbeid med frivillige.

I tabell 16 framkommer svargivernes synspunkter på dette.

**Tabell 16.** *St. meld. nr. 25 peker på fem store omsorgsutfordringer for kommunene. Hvordan vurderer du disse utfordringene i forhold til egen kommune?*

Utfordringene	Meget stor utfordring	Stor utfordring	Nokså stor utfordring	Liten utfordring	Sum i prosent	N
De nye brukerne, under 67 år	43	37	17	3	100	231
Økende antall eldre med omsorgsbehov	34	40	22	4	100	231
Tilgang på omsorgsytere	46	38	16	1	101	231
Samhandling og medisinsk oppfølging	23	46	23	9	101	230
Aktiv omsorg	21	49	26	4	100	229

84 % av svargiverne ser meget store/ store utfordringer med tilgangen på omsorgsytere.

80 % av kommunene ser på de yngre brukerne under 67 år som en meget stor/stor utfordring. Dette kan ha sin årsak i at disse bruker ofte er meget ressurskrevende og at antallet har doblet seg de siste ti årene.

74 % av svarene ser meget stor/stor utfordringer fra det økende antall eldre. Dette kan ha sin årsak bl.a. i at kostnadene innen eldreomsorgen har økt knyttet til demenssatsningen.

Aktiv omsorg nevnes av 70 % av kommunene og samhandling og medisinsk oppfølging av 69 %.

Samlet ser vi at kommunene ser store utfordringer med de 5 utfordringene som St.meld. 25 nevner. De sterkeste uttrykk for utfordringen finnes i at hele 43 % ser utfordringen fra de yngre brukerne som meget stor, og at tilgangen på omsorgsytere av hele 46 % sies å være meget stor

Analyser viser at utfordringen med rekruttering av omsorgsytere er oftere nevnt jo mindre kommunene er. Det kan være ulike årsaker til dette, men en årsak kan være at bl.a. høyt utdannet personell ønsker å være i større kommuner med et større fagmiljø. Utfordringen for kommunene om dette skulle være rett, er å peke på viktigheten av å utvikle og vedlikeholde et godt fagmiljø – det vil kunne skape rekruttering og kompetanseheving på sikt.

Analyser viser at jo større kommunen er jo større er utfordringen knyttet til yngre brukere. Den samme tendensen finner vi knyttet til økende antall eldre.

Tabell 17. viser i hvilken grad kommunene selv vurderer at de vil være i stand til å møte omsorgsutfordringene

**Tabell 17. I hvilken grad antar du at din kommune vil være i stand til å møte de fem store omsorgsutfordringene som framkommer i St. meld 25.**

Svaralternativer	Sum i prosent
I meget stor grad	3
I stor grad	47
I noen grad	45
I mindre grad	4
I liten grad	1
<b>Sum</b>	<b>100</b>

*N* = 230

Tabellen viser at 3 % svarer at kommunen i meget stor grad vil være i stand til å møte de fem store framtidige omsorgsutfordringene, mens ytterligere 47 % svarer i stor grad. Den andre halvparten svarer stort sett det forbeholdne/vage ” i noen grad”.

I sammenlikning med tabell 16 ser vi at mens det store flertall av svargiverne ser store utfordringer, viser tabell 17 at det bare er halvparten som mener at de er i stand til å møte utfordringene i stor grad.

I tabell 18 ser vi hva kommuner som har en vedtatt plan/plan under politisk behandling antar om kommunens muligheter til å møte de fem store omsorgsutfordringene som framkommer i St.meld. 25.

**Tabell 18. I hvilken grad antar kommuner med en vedtatt plan/plan under politisk behandling at de vil være i stand til å møte de fem store omsorgsutfordringene som framkommer i St. meld 25**

Svaralternativer	Sum i prosent
I meget stor grad	7
I stor grad	47
I noen grad	42
I mindre grad	4
I liten grad	0
<b>Sum</b>	<b>100</b>

*N* = 72

Svarfordelingen her er i det alt vesentlige den samme som for alle kommuner.

## 6.2 Kommunale prioriteringer

I dette avsnittet vil vi operasjonalisere de fem omsorgsutfordringene og se på hvilken retning de ulike tilbudene får både for yngre brukere, under 67 år og for eldre brukere over 67 år.

De plandokumentene som inngår i vårt materiale (68) har som oftest nokså unøyaktige opplysninger om behovene i de nye brukergruppene i aldersgruppene under 67 år. Det ser ikke ut til at det er et helhetlig blick på dette i den kommunale planleggingen. I mange av planene, og nesten samtlige av de som er utarbeidet før 2006, er disse gruppene i svært liten grad omtalt. Det er de eldre brukerne som er i fokus.

I de planene som er vedtatt i 2008 er de nye brukerne oftest nevnt under ett. En nærmere inndeling i for eksempel kategorier som psykiske lidelser, fysisk funksjonshemmede og mennesker med psykisk utviklingshemming er ofte ikke gjort.

Situasjonen når det gjelder disse gruppene i forhold til den kommunale planleggingen er at på grunn av økningen av psykiske lidelser i befolkningen og avinstitusjonaliseringen særlig i psykiatri og for mennesker med psykisk utviklingshemming, har mange av kommunene fått nye utfordringer på dette feltet. Men disse utfordringene er i liten grad analysert verken med hensyn på status eller utviklingstrekk framover i omsorgsplanene. Kapitlene 6.2.1. og 6.2.2. viser hvordan kommunene ønsker å prioritere ulike tiltak overfor omsorgsgrupper under 67 år – yngre brukere og omsorgsgrupper over 67 år – eldre brukere.

### 6.2.1 Omsorgsgrupper under 67 år

Tabell 19 viser hvordan kommunen vil prioritere de kommunale omsorgstjenestene for brukere under 67 år.

**Tabell 19.** *Framtidige prioriteringer av kommunale omsorgstjenester fram mot 2015 i forhold til dagens situasjon. Brukere under 67 år (forts. neste side)*

Satsingsområder	Mye høyere andel enn i dag	Noe høyere andel enn i dag	Samme andel som i dag	Lavere andel enn i dag	Sum i prosent	N
Satse mer på institusjonsomsorg	0	8	67	25	100	214
Satse mer på omsorgsboliger	13	53	33	1	100	224
Satse mer på hjemmetjenester	21	60	19	1	101	225
Satse mer på dagaktivitetstilbud	21	57	22	1	101	224
Satse mer på rehabilitering/habilitering	17	57	25	1	100	225
Satse mer på forebyggende tiltak	18	60	22	1	101	225
Satse mer på aktiv omsorg	14	62	23	1	100	225
Satse mer på å styrke medisinsk tilbud	9	57	34	0	100	223
Satse mer på tverrfaglig samarbeid	14	68	18	0	100	224



Satsingsområder	Mye høyere andel enn i dag	Noe høyere andel enn i dag	Samme andel som i dag	Lavere andel enn i dag	Sum i prosent	N
Satse mer for å styrke samhandlingen med spesialist.helsetj.	14	69	18	0	101	224
Satse mer på familieomsorgen	5	44	51	0	100	223
Satse mer på å styrke samhandlingen med frivillige personer og frivillige org.	11	56	33	0	100	224

Tabellen viser at 2/3 av kommunene vil ha samme andel som i dag for institusjonsomsorg for de yngre brukerne. Det er 25 % som svarer at denne andelen vil bli lavere og bare 8 % som sier at den vil øke.

Dette må sees i sammenheng med at tabellen for alle de andre tiltakene. Flertallet av kommunene ser for seg en noe høyere andel enn i dag. Det er relativt få, dvs. stort sett mellom 10 og 20 % som vil ha mye høyere andel enn i dag av de ulike tiltakene. Enkelt sagt; tabellen viser at alle gode tiltak skal ha noe høyere andel enn i dag, med unntak for institusjonenes andel, som ikke bare skal være relativt stabil, men også ha en viss nedgang.

Det noteres også at familieomsorg og samhandlingen med frivillige noe sjeldnere nevnes med økning og oftere med stabilitet i forhold til de andre tiltakene.

Ser vi spørsmålet i forhold til kommunistørrelsen finner vi en tendens i retning av at jo større kommunen er jo flere ønsker å styrke tilbudene samlet sett.

## 6.2.2 Omsorgsgrupper over 67 år

Tabell 20. viser hvordan kommunen vil prioritere de kommunale omsorgstjenestene for brukere over 67 år.

**Tabell 20. Framtidige prioriteringer av kommunale omsorgstjenester fram mot 2015 i forhold til dagens situasjon. Brukere over 67 år (forts. neste side)**

Tiltak som vurderes prioritert	Mye høyere andel enn i dag	Noe høyere andel enn i dag	Samme andel som i dag	Lavere andel enn i dag	Prosent	N
Satse mer på institusjonsomsorg	2	18	57	23	100	223
Satse mer på omsorgsboliger	13	48	37	2	100	226
Satse mer på hjemmetjenester	21	63	15	1	100	225
Satse mer på dagaktivitetstilbud	18	59	23	1	101	225
Satse mer på rehabilitering/habilitering	18	55	27	1	101	225

Tiltak som vurderes prioritert	Mye høyere andel enn i dag	Noe høyere andel enn i dag	Samme andel som i dag	Lavere andel enn i dag	Prosent	N
Satse mer på forebyggende tiltak	17	63	20	1	101	224
Satse mer på aktiv omsorg	16	60	24	0	100	225
Satse mer på å styrke medisinsk tilbud	10	65	25	0	100	225
Satse mer på tverrfaglig samarbeid.	12	69	18	0	99	225
Satse mer for å styrke samhandlingen med sp.helsetj.	20	60	20	0	100	224
Satse mer på familieomsorgen	4	38	58	0	100	222
Satse mer på å styrke samhandlingen med frivillige personer og frivillige org.	13	54	33	0	100	221

Denne tabellen viser grovt sett samme hovedtendens for prioriteringen av tiltak til de eldre som for de yngre brukerne. Hvordan det satses på institusjonsomsorgen framstår noe mer variert for de eldre. 20 % svarer at institusjonsomsorgen skal ha en høyere andel enn i dag, mens omtrent like mange svarer at den skal ha lavere andel. Dermed er det opp mot 60 % som sier at andelen skal holdes relativt stabil. Bortsett fra institusjonsomsorg, er det praktisk talt ingen områder det skal satses mindre på enn i dag.

På nesten alle områder svarer det klare flertall at tiltaket skal prioriteres noe høyere, noe mer av det meste, for å si det slik.

Også i denne tabellen framkommer en tendens til at familieomsorg skal det ikke satses særlig mer på enn tidligere.

Ser vi tabellen i forhold til kommunestørrelsen finner vi en tendens i retning av at jo større kommunen, er jo oftere ønsker en å styrke tilbudene.

Ser vi på retningen i tjenestetilbudene til kommuner som har et vedtatt plandokument opp mot totalen av antall kommuner som har svart, finner vi et tydelig samsvar.

En større satsning på hjemmetjenester framfor institusjonstjenester. Større satsning på forebygging framfor behandling og tydelig satsning på rehabilitering og aktiv omsorg framfor pleie. Vi må imidlertid si som en kommentar til det tabellen viser, at dette må tolkes med varsomhet. Det kan være en tendens til å undervurdere behovet for de mest effektive omsorgsløsningene dersom de framstår som dyrere. I plandokumentene savner vi en grundigere drøftelse av forholdet mellom behovet for institusjonsplasser og omsorgboliger kombinert med hjemmetjenester. Når mengden av utfordringene blir stor, blir det fristende, for ikke å si nødvendig å velge de rimeligste løsningene. Om det er "effektiv omsorg" i betydningen "tilstrekkelig" er imidlertid i noen tilfeller et meget vanskelig spørsmål. Dette spørsmålet fortsetter vi med i neste punkt.

## 6.2.3 Utvikling av antall sykehjemsplasser og omsorgsboliger fram mot 2015

Hvordan ser så kommunene på utviklingen, spesielt i forholdet, mellom sykehjemsplasser og omsorgsboliger i framtiden. Tabell 21 viser svargivernes vurderinger på dette punktet.

**Tabell 21. Utvikling av antall sykehjemsplasser og omsorgsboliger fram mot 2015**

Svaralternativer	Sykehjemsplasser	Omsorgsboliger
Det vil bli vesentlig flere	13	68
Det vil bli som i dag	63	26
Det vil bli færre	21	5
Det vil bli vesentlig færre	3	1
<b>Sum i prosent</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>N</b>	<b>219</b>	<b>197</b>

Tabellen viser i likhet med tabell 19 og 20 at det store flertall på 63 % av kommunene vil beholde antall sykehjemsplasser på dagens nivå. Bildet er likevel variert i det 13 % svarer at det vil bli vesentlig flere, mens 24 % svarer at det vil bli færre. Det er imidlertid bare 3 % som sier at det vil bli vesentlig færre.

Vi ser at 2/3 av svargiverne (68 %) svarer at det vil bli vesentlig flere omsorgsboliger. Bare 6 % svarer at det vil bli færre. 26 % svarer at antallet holdes stabilt.

Hovedbildet er således at et stort flertall av kommunene ikke ønsker noen reduksjon av antallet av sykehjemsplasser som kan omtales som avinstitusjonalisering. Kommunene gir imidlertid ikke uventet, klart uttrykk for sterkt øket satsing på flere omsorgsboliger.

Kapasitetsvekst i omsorgsektoren er et tema i mange plandokumenter vi har samlet inn. Plandokumentene viser også det samme som tabell 20: At veksten framover i stor grad planlegges i den åpne omsorgen og da spesielt knyttet opp mot omsorgsboliger. Målet om å ha en institusjonsdekningsgrad på 25 % for aldersgruppen 80 + er likevel et tema i mange planer.

Mer grundige analyser av behovet for institusjonsplasser, versus den videre planlegging basert på åpen omsorg og omsorgsboliger, savnes likevel i et flertall av plandokumentene. Det er viktig at dette spørsmålet drøftes mer grundig både i et kvalitativt og et økonomisk perspektiv. Dersom en bare angir retning på utviklingen uten å se på helheten i tjenestetilbudet i forhold til de foreliggende behov, kan en komme skjevt ut. Spørsmålet om behovet for institusjonsplasser er undervurdert må stilles på nytt.

Spørsmålet om den videre utbygging av omsorgstilbudene vil være avhengig både av hvordan behovene utvikler seg, hvordan situasjonen er i dag og hvilke forestillinger aktørene har av hva som totalt sett blir de beste løsninger. For å finne noe mer ut om dette, har vi sett på svarfordelingen i tabell 22 etter kommunestørrelse:

**Tabell 22** *Vurdering av antall sykehjemsplasser og omsorgsboliger fram mot 2015 sett i forhold til kommunestørrelse i prosent Tallene i parentes er omsorgsboligene.*

Svaralternativer	0 - 4999	5000- 9999	10.000 – 19.000	20.000 – 49.999	50.000 +
Det vil bli vesentlig flere	9 (55)	24 (77)	23 (81)	43 (57)	14 (71)
Det vil bli som i dag	74 (43)	56 (16)	50 (19)	52 (33)	71 (29)
Det vil bli færre	16 (2)	20 (8)	27 (0)	5 (5)	14 (0)
Det vil bli vesentlig færre	1 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (5)	0 (0)
<b>Sum i prosent</b>	<b>100 (100)</b>	<b>100 (101)</b>	<b>100 (100)</b>	<b>100 (100)</b>	<b>99 (100)</b>
<b>N</b>	<b>112</b>	<b>51</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>7</b>

Tabellen viser at de små kommunene skiller seg ut ved at bare 9 % svarer at det vil bli vesentlig flere sykehjemsplasser. De skiller seg også ut ved at de har den laveste andelen som regner med vesentlig flere omsorgsboliger. Samlet sett er det denne kommunegruppen som regner med minst forandringer fra dagens situasjon. Dette kan antakelig ha sammenheng med den demografiske utviklingen og med dagens utbyggingsgrad.

Kommunegruppen med innbyggertall fra 20.000 til 50.000 innbyggere har den klart høyeste andel som vil bygge vesentlig flere sykehjemsplasser. Kommuner med fra 5000 til 20.000 innbyggere har desidert flest som sier at det vil bli vesentlig flere omsorgsboliger, nesten 80 % samlet svarer det. Denne kommunegruppen har også flest som sier at det vil bli vesentlig færre sykehjemsplasser fram mot år 2015. Vi har en antakelse om at denne svarfordelingen er et uttrykk for et policysvar på en anstrengt økonomisk situasjon.

Vi har også sett på disse tallene ut fra svargivers stilling. Data er framstilt i tabell 23:

**Tabell 23** *Utvikling av antall sykehjemsplasser og omsorgsboliger fram mot 2015 sett i forhold til svargivers stilling Tallene i parentes er omsorgsboligene.*

Svaralternativer	Rådmann	Kommunalsjef/ helse- og sosialsjef	Avdelingsleder/ enhetsleder	Rådgiver/ saksbehandler
Det vil bli vesentlig flere	0 (60)	14 (65)	18 (59)	30 (66)
Det vil bli som i dag	80 (20)	72 (32)	58 (34)	47 (34)
Det vil bli færre	20 (20)	14 (2)	23 (7)	23 (0)
Det vil bli vesentlig færre	0 (0)	1 (1)	0 (0)	0 (0)
<b>Sum i prosent</b>	<b>100 (100)</b>	<b>100</b>	<b>99 (100)</b>	<b>100 (100)</b>
<b>N</b>	<b>5 (5)</b>	<b>103 (101)</b>	<b>60 (56)</b>	<b>30 (32)</b>

Denne tabellen viser mindre utslag enn for variabelen kommunestørrelse. Når en tar hensyn til de få av svargiverne som har stillingen rådmann, blir det ingen systematiske variasjoner etter denne variabelen. Det eneste er at rådmenn og kommunalsjef/helse- og sosialsjef klart oftere regner med mindre endringer når det gjelder sykehjemsutbyggingen.

## 6.3 Omsorgsutfordringenes innvirkning på andre sektors planlegging

Det kommunale plansystemet er omfattende. Kommunene driver på grunn av sin mangfoldighet en ustrakt grad av planlegging i form av kommuneplan, sektorplaner, fysisk og økonomisk planlegging. Planene har som regel innvirkning på hverandre – som omsorgsplanleggingen. Utfordringen blir å involvere aktuelle avdelinger og etater i planleggingen, slik at de også kan ta høyde for brukere med spesielle behov i deres sektor. Vi har tidligere nevnt at det er et høyt arbeidspress rettet mot kommunenes omsorgstjenester og det blir derfor utfordrende å planlegge også for egne tilbud. Enda mer utfordrende blir det når en skal involvere andre fagavdelinger/etater i kommunen.

Tabell 24 viser hvordan omsorgsplanleggingen i kommunen antas å ha innvirkning på andre sektors planlegging.

**Tabell 24. Hvordan vil omsorgsplanleggingen innvirke på andre planområder i kommunen?**

Andre planområder	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Ikke i det hele tatt	Sum i prosent	N
Voksenopplæring	10	40	40	11	101	215
Barnehagetilbud	5	35	48	12	100	216
Kulturtilbud	13	54	27	6	100	220
Rekruttering	57	33	9	1	100	223
Brannvern	11	52	32	6	101	213
Boligpolitikk og boligutbygging	34	51	14	2	99	223
Universell utforming av off. arealer	32	49	18	1	100	220
Transport	16	49	31	5	101	220

Tabellen viser at omsorgsplanleggingen vil virke inn på ulike planområder i kommunen, både skole, kultur, personell og fysisk planlegging. Tydeligst innvirker omsorgsplanleggingen på den fysiske planleggingen, noe som også må sees i sammenheng med kommunenes satsning framover på å øke utbyggingen av omsorgsboliger. Dette virker igjen inn på universell utforming av arealer og transport.

Et større antall yngre brukere fordrer også en økt satsning på universell tilrettelegging for å opprettholde sosial mobilitet.

Tilrettelegging – integrering i ulike kulturtilbud henger sammen med økt satsning på aktiv omsorg.

Ved nærmere analyser finner vi at store kommuner over 10.000 innbyggere er mer opptatt av boligpolitikk og boligbygging i omsorgsplanleggingen enn mindre kommuner.

Regelverk om universell tilrettelegging og lik tilgang på kommunale tjenester blir utfordrende i dette og vil kunne medføre merkostnader for ulike sektorer. Ser vi på de ulike plandokumentene vi har fått tilsendt, finner vi lite av dette. Likevel er det grunn til å tro at temaet kan være behandlet i andre kommunale plandokumenter.

## 7. Rekruttering og kompetanseutvikling

Kompetanseutvikling og rekruttering i omsorgssektoren er en stor utfordring i mange kommuner. Dette er ikke en problemstilling av nyere dato, men har vedvart over år gjennom ulike sosialpolitiske reformer og økt kommunalisering.

Stasminister Jens Stoltenberg uttrykte i valgkampen en sterk bekymring for hvordan Norge skulle sikre god rekruttering til pleie og omsorgssektoren. I 2025 vil Norge trenge om lag 150.000 nye ansatte innenfor denne sektoren. (Bakken 1990, SSB/Helsemodul 2009). Samtidig med disse utfordringene skal en vedlikeholde og utvikle kompetansen på de som allerede er ansatt i sektoren.

I dette kapitlet vil vi først se på det generelle bildet. Deretter følger en beskrivelse av de kommunale prioriteringer av tiltak for rekruttering og kompetanseheving fram mot 2015.

### 7.1 Det generelle bildet.

På 1990 tallet vedtok Stortinget omfattende satsinger på helse og omsorgstjenestene, noe som medførte et økende behov for personell både innenfor spesialisthelsetjenesten og kommunenes helse- og omsorgstjeneste.

På slutten av 1990 tallet var det mange som med rette var redde for en personellkrise innen pleie- og omsorgssektoren. Spesielt var bekymringen rettet mot rekruttering av sykepleiere og hjelpepleiere. For å bøte på dette ble det iverksatt en betydelig utbygging av høyere utdanning spesielt innen helse- og sosialfagene. Inntakene til sykepleierutdanningene ble betydelig økt. (Eks. ved høgskolen i Telemark økte en kapasitet fra 75 i 2000 til 130 i 2001). Det ble også gitt et lønnsloft til sykepleierne for å få flere ut i arbeid.

Kompetansereformen åpnet for at en kan få vitnemål som hjelpepleiere eller fagbrev som omsorgsarbeider på grunnlag av realkompetanse og supplerende opplæring i samsvar med de enkelte fagplaner.

I 2005 kan vi oppsummere de foreløpige resultatene av denne satsingen på rekruttering av personell til pleie og omsorgssektoren. En har fått økt tilgangen på personell med høyere utdanning – sykepleiere, vernepleiere mfl, men fortsatt trenger vi flere med høyere utdanning. En sliter spesielt med å rekruttere nok sykepleiere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Årsakene til dette kan være mange; arbeidsmiljø, status, lønn, økende press i arbeidsmarkedet etc.

For å bøte på mangelen på hjelpepleiere og omsorgsarbeidere er det iverksatt ulike tiltak fra sentrale og lokale myndigheter. Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet en rekrutteringsplan (Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003-2006).

Det pågår, på bakgrunn av dette, ulike prosjekter i samarbeid mellom Helsedirektoratet, KS og fagorganisasjonene for å komme over fra deltid til heltidsarbeid. Effekten av dette er ennå ikke målbar på landbasis. Det er også iverksatt informasjonsprosjekter rettet mot ungdom og skolerådgivere for å få flere til og velge helse- og sosialfaglig studieretning i den videregående skolen.

Et annet tiltak som Helsedirektoratet iverksatte for å prøve å øke fokuset og bedre rekrutteringen til pleie og omsorgssektoren var TV- serien: ”Institusjonen.” Et av fokusene her var å prøve å rekruttere flere menn til disse yrkene, men dette lyktes ikke idet serien ikke viste gode mannlige rollemodeller ved denne institusjonen. Faktisk viser målinger før og etter tv-serien, at færre menn kunne tenke seg å arbeide i pleie- og omsorgssektoren etter å ha sett serien. Dette er en tankevekker og bakgrunnen for at Sosial- og helsedirektoratet har satt fokus på rekruttering av menn til omsorgsyrkene.

Rekrutteringsbildet, når det gjelder kjønn, viser følgende i 2005: Pleie og omsorgsyrkene er fortsatt dominert av kvinner. Kvinneandelen er på 95 %. Det er svært få menn som søker pleie- og omsorgsyrkene. Dette er bekymringsfullt spesielt knyttet til pleie- og omsorgsfagenes utfordringer og utvikling. Kvinnene øker sin andel på alle nivåer innen helse og omsorg, også blant dem som utdanner seg innen medisin. For å bøte på dette har bl.a. Helsedirektoratet bevilget midler til prosjektet ”Menn i omsorgsykker” som har som målsetting å utvikle rekrutteringsstrategier generelt og mot menn spesielt. (Bakken 2009)

Som følge av endringer i alderssammensetningen i befolkningen er det en utfordring knyttet til rekruttering av faglig kvalifisert omsorgspersonell framover.

Det vil også framover bli knapphet på potensielle frivillige som kan bidra som et supplement til den offentlige innsatsen. Utfordringen blir da å både rekruttere strategisk både personell og frivillige og å vedlikeholde den delen som er igjen av familieomsorgen i et samfunn der familiemønsteret er i endring og kapasiteten er mindre.

Kjernen i samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47.) er å svare på pasientens behov for koordinerte tjenester. For å kunne lykkes med dette som i all annen omsorgstjeneste er det viktig å ha et kompetent personell – i alle deler av tjenesten som skal utføres.

Utøvelse av kvalitativt gode omsorgstjenester er en personellintensiv kunnskapsvirksomhet på ulike nivåer. For kommunene er det derfor en viktig forutsetning å kunne rekruttere og beholde personell. Erfaringer viser at gode faglige arbeidsmiljøer, god grunnbemanning, en hensiktsmessig bemanningssammensetning, god ledelse samt fagutvikling innenfor sitt felt er viktige virkemidler i denne sammenhengen (Svare 2009) (Bakken 2009). For kommunene blir det derfor viktig å se på behovet og planlegge hvordan en både skal rekruttere, utvikle og beholde ulike personellgrupper i årene framover.

## 7.2 Kommunale prioriteringer av tiltak for rekruttering og kompetanseutvikling fram mot 2015

Hvordan ser så kommunene på denne utfordringen fram mot 2015, og hvordan og hva vil de prioritere i forhold til rekruttering og kompetanseheving. Tabell 25 gir oss et bilde av dette.

**Tabell 25. Kommunale prioriteringer fram til år 2015 knyttet til rekruttering og kompetanseutvikling i omsorgssektoren (forts. neste side)**

Prioritering av ulike tiltak	Høyt prioritert	Noe høyere prioritet	Som i dag	Mindre prioritert enn i dag	Sum i prosent	N
Kommunen vil satse på å rekruttere flere faglærte med høyere	46	42	12	0	100	229
Kommunen vil avsette midler til kompetanseheving av egne ansatte	35	41	24	0	100	227
Kommunen vil ansette andre faggrupperel. profesjoner i omsorgstjenestene for å gi en mer aktiv profil.	8	57	35	0	100	227

Prioritering av ulike tiltak	Høyt prioritert	Noe høyere prioritet	Som i dag	Mindre prioritert enn i dag	Sum i prosent	N
Kommunen vil etablere tettere samarbeid med nærliggende utdanningsinstitusjoner for å styrke fagutvikling og rekruttering	28	42	31	0	101	225

Tabellen viser at 88 % av svargiverne vil prioritere rekruttering av faglærte med høyere utdanning. 76 % vil avsette midler til kompetanseheving av egne ansatte. Det er ingen som svarer at disse tiltakene skal prioriteres mindre enn i dag, mens henholdsvis 12 % og 14 % vil prioritere dette som i dag.

65 % av svargiverne ønsker å prioritere ansatte fra andre faggrupper for å styrke tjenestene med en mer aktiv profil, men det er bare 8 % som vil gi dette ”høy prioritet”.

70 % sier de vil gi økt prioritet til kontakt med en nærliggende utdanningsinstitusjon i arbeidet med å styrke rekruttering og fagutvikling.

Ser vi på hvilke kommuner som vil ansette andre faggrupper/profesjoner i omsorgstjenestene for å gi en mer aktiv profil, viser nærmere analyser at jo større kommunen er jo oftere vil de ansette andre fagprofesjoner. Dette kan ha en sammenheng med at det er lettere å få tilgang på omsorgsytere av ulik utdanningsbakgrunn for større kommuner enn små kommuner. Store kommuner kan også generelt tilby et større faglig arbeidsmiljø, som gjør det lettere å rekruttere personell med høyere utdanning.

Ser vi tabellen under ett finner vi en tydelig tendens i retning av at kommunene ser store utfordringer i dette. Intensjonen om å gjøre noe her både med hensyn på rekruttering og vedlikehold av personell er god. Det som blir viktig er om dette, ut fra økonomiske og kapasitetsmessige forutsetninger, lar seg realisere i en travel hverdag. Samtidig er det igjen viktig å påpeke at tendensen er at høyt kvalifisert personell gjerne søker seg til større kommuner der det faglige miljøet er større. På bakgrunn av dette vil det derfor være viktig for mindre kommuner å etablere tettere kontakt med en høyere utdanningsinstitusjon i arbeidet med rekruttering, samtidig som en utvikler strategier for å utvikle eget fagmiljø.

Ser vi nærmere på innsendte plandokumenter finner vi at rekruttering er et tema i mange av planene. Det er likevel i liten grad analyser av eventuell knapphet på omsorgsytere eller analyser av hvordan behovet for personell utvikler seg over tid. Det gjelder både spørsmålet om omsorgsytere og spørsmålet om kompetanse. Det er forholdsvis sjelden en i plandokumentene finner denne utfordringen presist utredet. Dette mener vi er et signal om utfordringer som kommer framover. Hva er behovet – når inntre det i kommunen? Mangelfulle utredninger her kan på sikt få konsekvenser for kommunens langtidsbudsjettering og prioriteringer opp mot andre sektorer. Dette ser vi tendenser til i flere kommuner der behovet for økonomi inn i omsorgstjenestene er store og det kan synes som om dette kommer noe uventet år etter år under budsjettarbeidet. Gode planer og framskriving av behovene kan forhindre flere av disse ”overraskelsene”.





## 8. Aktiv omsorg

I følge St.meld. 25 viser en rekke undersøkelser at det er på det kulturelle og sosiale området omsorgstjenesten oftest kommer til kort. Aktiv omsorg er lite fokusert, lite utbygd og tilbud om dagaktiviteter framstår ofte som det manglende mellomledd i omsorgskjeden. Regjeringen legger i Stortingsmelding 25. derfor vekt på kultur, aktivitet og trivsel som helt sentrale og grunnleggende elementer i et helhetlig omsorgstilbud. Aktiv omsorg er en av fem hovedstrategier for å møte framtidens omsorgsutfordringer.

I dette kapittelet vil vi se nærmere på de kommunale prioriteringene på dette området.

Målsettingen med å rette fokuset mot Aktiv omsorg er å gi den enkelte mer mening i hverdagen og å styrke den enkeltes livskvalitet og mestring gjennom å øke aktivitetstilbudet i de kommunale omsorgstjenestene og ved å tilrettelegge for en aktiv alderdom.

En ønsker å ta i bruk seniorenens ressurser og legge til rette for god helse og muligheter til å ha en aktiv alderdom og delta i samfunnet. For å nå dette målet blir det viktig å sikre en bedre samhandling mellom de ulike tjenestenivåene og gi hele omsorgstjenesten en mer aktiv profil. En slik strategi vil kreve større faglig bredde i omsorgssektoren med flere faggrupper og økt vekt på sosialpedagogikk, ergoterapi, fysioterapi og sosialt arbeid, noe som krever økt tverrfaglig samarbeid, flere koordineringsoppgaver og økt samhandling med bl.a. frivillige organisasjoner/frivillige enkeltpersoner.

Regjeringen understreker samtidig kommunenes plikt til å bidra til at mennesker som ikke kan dra omsorg for seg selv eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp også får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre, i tråd med formålsbestemmelsen i sosialtjenestelovens § 1-1. Dette gjelder tilsvarende for de som er innlagt i sykehjem eller har boform med heldøgns omsorg og pleie etter kommunehelsetjenesteloven.

Kommuner, kommunale og fylkeskommunale eldreråd og mange frivillige organisasjoner har de siste årene tatt tak i utfordringen fra regjeringens omsorgsmelding om å gi omsorgstjenestene en mer aktiv profil. Videre har Helse- og omsorgsdepartementet og Kultur - og kirke departementet i samarbeid etablert "Den kulturelle spaserstokken", som skal bidra til å gi eldre et tilgjengelig og profesjonelt kulturtilbud. Tiltakene som er iverksatt viser et omfattende engasjement og en stor bredde i kulturtilbudet for eldre.

For de fleste mennesker er måltidene en viktig sosial begivenhet. Mat er mer enn tilførsel av næring. Det er smak, lukt og opplevelse. Det er kultur, tradisjon og identitet, og det er ofte selskap og fellesskap med andre. Å delta i tilberedelse av mat gir også mulighet til å ta del i kjente og dagligdagse aktiviteter. Ofte kan det være vanskelig å oppfylle alle måltidets funksjoner i en travel sykehjemshverdag eller for en tjenestemottaker som bor alene og mottar hjelp hjemme.

Valgmuligheter er en viktig premisse for framtidens omsorgstjenester. For måltider må det innebære at brukeren skal kunne velge mat og drikke fra en meny, eller være med på å bestemme hva slags mat som skal lages. Det pågår en debatt om storkjøkken, institusjonskjøkken eller mattilberedelse i eget kjøkken på avdelingen eller i omsorgsboligen.

Et godt kosthold er av avgjørende betydning for fysisk og psykisk helse og trivsel, også i forebygging, habilitering og rehabilitering. Sykdom og ensomhet kan gi nedsatt matlyst, og tygge- og svelgeproblemer kan gjøre det vanskelig å få i seg mat med normal konsistens. Mange av omsorgstjenestens brukere har problemer som underernæring,

feilernæring eller fedme, både i og utenfor institusjon. Undersøkelser tyder på at de gruppene som er mest utsatt for å utvikle ernæringsproblemer er de eldste eldre, de med dårlig fysisk funksjon, eldre som nylig er blitt alene, kvinner mer enn menn, og ensomme mennesker.

Ofte er det nødvendig med ekstra innsats fra kommunen for å tilrettelegge for en bedre ernærings situasjon for brukere av omsorgstjenesten.

I Stortingsmelding 25. ønsker en også å betone mat og måltid som en viktig del av omsorgstjenestens virksomhet – aktiv omsorg. I flere - spesielt store kommuner er produksjon av mat og rutiner for ombringing av mat lagt om både for å effektivisere dette og for å spare penger. Kjøkkenet på enkeltinstitusjonene er lagt ned og erstattet med større enheter - sentralkjøkkener. Dette kan igjen innvirke på den lokale tilberedning og måltidmønster ved enkeltinstitusjonen. Dette kan også medføre at måltidet og valgfriheten for den enkelte bruker blir annerledes.

Hvordan vil så kommunene prioritere aktiv omsorg. Tabell 26 viser hvordan kommunene vil prioritere arbeidet med aktiv omsorg.

**Tabell 26. Kommunens prioriteringer knyttet til utvikling av aktiv omsorg**

<b>Aktiv omsorg</b>	<b>Høyt prioritert</b>	<b>Noe høyere prioritet</b>	<b>Som i dag</b>	<b>Mindre prioritert enn i dag</b>	<b>Sum i prosent</b>	<b>N</b>
Kommunen vil arbeide for å øke den tverrfaglige bredden i omsorgstjenesten med større rom for andre faggrupper	14	60	27	1	102	222
Kommunen vil arbeide for å etablere flere møteplasser for brukere av kommunens omsorgstjenester og for kommunens innbyggere til felles aktiviteter	21	51	28	0	100	228
Kommunen vil stimulere til sterkere samhandling mellom kultursektoren og omsorgstjenesten.	17	53	30	0	100	222
Kommunen vil gjennomgå ulike produksjonsmåter og løsninger for tilberedning og ombringing av mat i omsorgstjenesten	7	23	69	1	100	219
Kommunen vil sette større fokus på måltidets sosiale, kulturelle og ernæringsmessige betydning	12	37	51	1	101	214

Tabellen viser 74 % av kommunene ønsker å prioritere den tverrfaglige bredden i omsorgstjeneste med større rom for andre faggrupper for å styrke den aktive omsorgen. Analyser viser at jo større kommunen er jo høyere prioritet.

De tre første tiltakene som er nevnt i tabellen får alle omtrent 70 % som svarer øket prioritering. Vi ser imidlertid at det er den svakeste kategorien økning, ”noe høyere” som dominerer bildet.

Når det gjelder de to variablene som fokuserer mat og måltider svarer flertallet at status quo vil fortsette, og en klart lavere andel går for øket prioritering.

Kirkens Bymisjon i Oslo har gjennom egne erfaringer og undersøkelser i egne institusjoner, vist at institusjonsboere er minst fornøyd med manglende muligheter for kulturelle og sosiale aktiviteter. Bymisjonen har på bakgrunn av dette satset bevisst og målrettet på bruk av kultur ved sine eldresentra og sykehjem, og gjennom dette erfart og dokumentert at satsing på kultur gir helse bidrar til opplevelse av mening og velvære for den enkelte. På bakgrunn av disse erfaringene knyttet til kulturens betydning for trivsel og velvære, startet de sin egen kulturarbeidersskole. Denne utdanningsformens konsept er også brukt av flere kommuner som har startet sine egne kulturarbeiderskoler. Disse skolene har ulike personalgrupper som sin målgruppe. Trondheim kommune er bl.a. en av de kommuner som har satset på dette.

Kirkens Bymisjon i Oslo uttaler: ”Det er tid for en aldri så liten kulturevolusjon innen omsorgstjenestene”. Kanskje er det slik når vi ser på data fra denne undersøkelsen?

Når dette er sagt, må det likevel reises tvil om det generelt kan sies som i St.meld 25 ”at det er på det sosiale og kulturelle området dagens kommunale omsorgstjenester først og fremst kommer til kort”(side 9). Feltet er viktig og framtidsrettet. Men det er for mange fakta som peker på at den kommunale pleie- og omsorgssektoren komme til kort med utbredte mangler når det gjelder mer basale behov. Jfr. kap 2.2.



## 9. Behov for familieomsorg og frivillige

Norsk helse- og sosialpolitisk historie er preget av blandingsforholdet mellom offentlig styring og ansvar, og enkeltpersoners og organisasjoners innsats på frivillig basis. Denne blandingshistorien har dype røtter fra før velferdsstatens og velferdssamfunnets tid. Behovet for familieomsorg og frivillig innsats syntes ikke å ha blitt mindre i et samfunn med voksne omsorgsbehov.

I dette kapittelet vil vi se nærmere på kommunens planer og behov for utvikling og ivaretagelsen av familieomsorgen og utvikling, ivaretagelse og organiseringen av frivillig innsats i omsorgstjenestene.

### 9.1 Familieomsorg

Familien har fram til i dag hatt en betydningsfull rolle når det gjelder å yte omsorg til voksne og eldre omsorgstrengende personer. Det er i hovedsak middelaldrende og eldre kvinner som har stått for denne familiebaserte omsorgen. I tillegg til familien yter også naboer, venner og ubetalte frivillige enkeltpersoner eller fra organisasjonene uformell omsorg. Endringer i familieomsorgen påvirker behovet for offentlige omsorgstjenester.

De familiære omsorgsbærerne i dagens samfunn er blitt en del av det omsorgspresset som har fulgt sosiale endringsprosesser siden 1960 tallet (Hompland 1988). De gamle eldre – og funksjonshemmede har ikke lenger noen tydelig plass i den pressede uformelle omsorgsfæren (det private – familien). Omsorgen for eldre og funksjonshemmede er blitt klarere definert som et anliggende for produksjonssfæren (det offentlige). Generasjonene bor mer geografisk atskilt nå enn før og dette er med på å bidra til å begrense omsorgen fra de yngre familiemedlemmene. Det er grunn til å hevde at også boligstrukturen, med større grad av sentralisering, har gjort omsorg i nærmiljøet til et utfordrende område å utvikle. Mange familier sitter i tidsklemma. Dette har gjort gjensidig assistanse mellom generasjonene vanskelig om mindre utbredt.

Det er vanskelig å måle omfanget av uformell omsorgsinnsats i samfunnet. På bakgrunn av helseundersøkelser, levekårsundersøkelser og tidsnyttingsundersøkelser fra Statistisk sentralbyrå, er det gjort flere anslag. I en undersøkelse i 1985 ble det samlede omsorgsarbeidet utført av familie, naboer og venner beregnet til vel 100 000 årsverk (NOU 1992:1 Trygghet – Verdighet – Omsorg). Husholdsmedlemmer stod for over 70 000 årsverk, og personer utenfor husholdningene sto for i overkant av 30 000 årsverk. Familie og slekt behøver altså ikke bo sammen for å hjelpe hverandre. Familieomsorgen ser ut til å ha vært større i omfang enn den offentlige for 20 år siden. I forhold til omsorg for aldersgruppen 67 år og over ble det gjort en beregning på samme tidspunkt som viste at omsorgen fra familie, naboer og venner da utgjorde 49 000 årsverk. Den offentlige omsorgen utførte til sammenligning nesten 43 000 årsverk. Familien har i de første tiårene med kraftig vekst i omsorgstjenestene vist seg robust og sterk. Flere studier påpeker en påfallende stabilitet i omfanget av familieomsorg, selv om det har skjedd endringer i hvem som gir omsorg (NOU 1992:1 Trygghet – Verdighet – Omsorg). Likevel er det viktig å være oppmerksom på neste generasjons omsorgsyttere. Vil de ta et like stort ansvar her?

Tabell 27 viser hvordan kommunens planer er i forhold til ivaretagelse og utvikling av familieomsorgen

**Tabell 27. Kommunens planer om å ivareta og videreutvikle familieomsorgen.**

Tiltak	Mye høyere andel enn i dag	Noe	Samme	Lavere enn i dag	Sum i prosent	Antall
Avlastning	20	39	42	0	101	226
Dagtilbud	26	44	30	1	101	227

Tabellen viser at 59 % av svargiverne ønsker å øke andelen avlastning. 70 % vil ha øket dagtilbud.

Store kommuner over 10.000 innbyggere ønsker å satse mer på avlastning enn mindre kommuner. Det samme gjelder også for dagtilbud.

Utvikling av permisjonsordninger for enkeltpersoner som har omsorgsoppgaver er et aktuelt tema. Av 220 kommuner sier 4 % at de har slike ordninger 78 % svarer at de ikke har det og 19 % oppgir at dette er under vurdering i kommunen. Det er kommuner opp til 10.000 innbyggere som har slike ordninger. Ingen kommuner over 10.000 innbyggere har etablert slike ordninger. 19 % som har dette under utredning er i gruppa kommuner over 10.000 innbyggere.

### 9.1.1. Oppfølging – opplæringstiltak for pårørende

Pårørende er en viktig ressurs for å tilrettelegge omsorgen for brukerne av omsorgstjenesten på en best mulig måte. Opplæring og oppfølging av pårørende er derfor et viktig arbeid i utvikling og vedlikehold av familieomsorgen. Omsorgsbrukere og deres pårørende sitter ofte inne med hverdagskompetanse som andre inkludert de som skal yte omsorg også kan nyttiggjøre seg i samme situasjon. Omsorgsyterne kan gjennom et slikt tilbud også gi opplæring og støtte til pårørende i utfordrende situasjoner.

Noen kommuner har i forbindelse med dette prøvd å ivareta pårørende og deres omsorgskapasitet gjennom bl.a. "pårørendeskole". "Pårørendeskolen" har som viktig målsetting å gi kunnskap om hvordan en kan utnytte brukerens ressurser på en god og hensiktsmessig måte.

Pårørendeskolene kan også være en viktig arena for omsorgsyterne til å møte den kommunale omsorgstjenesten i dialog om utfordringene i hverdagen. De etablerte undervisningssykehjemmene vil framover være en viktig ressurs i utvikling av opplæringstiltak for pårørende.

Tabell 28 viser hvor langt kommunene er kommet i dette arbeidet:

**Tabell 28. Har kommunen planer om å sette i verk pårørende skole/opplæringstiltak for pårørende i tiden framover mot 2015.**

Svaralternativer	Ja
Kommunen har allerede etablert pårørende-skole/opplæringstiltak for pårørende	24
Kommunen har planer om å etablere, pårørendeskole/opplæringstiltak for pårørende	19
Kommunen har ikke slike planer	57
<b>Sum</b>	<b>100</b>

N=229

Tabellen viser at 24 % har etablert slike tiltak, 19 % har planer om det, mens 57 % av svalgiverne sier at de ikke har planer om det. Ser vi dette i forhold til kommunistørrelsen, er det i kommuner fra 5000 innbyggere og oppover at vi finner etablerte tiltak eller planer om å etablere slike tiltak. I små kommuner har en stort sett ikke slike planer.

### 9.1.2. Bruk av brukerstyrt personlig assistent

Brukerstyrt personlig assistent er praktisk og personlig hjelp til eldre og funksjonshemmede. Hjelpen gis av assistent(er) og brukeren har rollen som arbeidsleder. Brukeren kan styre hvem han/hun vil ha som hjelper, hva assistentene skal gjøre, hvor og til hvilken tider. Tjenesten er som regel organisert som en del av et samlet tjenestetilbud fra kommunen. Muligheten til å få brukerstyrt personlig assistent er ikke begrenset til bestemte funksjonshemminger, diagnoser eller liknende, så lenge dette ikke er til hinder for å utøve brukerstyring.

Flere kommuner har utviklet slike tiltak for å øke brukestyningen av tjenestene til personer med omsorgsbehov. Tabell 29 viser hvordan kommunene planlegger å utvikle/videreutvikle ordningen med brukerstyrt personlig assistent i tiden framover mot 2015.

**Tabell 29. Hvordan vil kommunen utvikle/videreutvikle ordningen med brukerstyrt personlig assistent i tiden framover mot 2015**

Tiltak	Høyere andel enn i dag	Noe høyere andel enn i dag	Som i dag	Lavere andel enn i dag	Sum i prosent	N
I hjemmet	9	30	58	3	100	221
Avlastning	5	22	72	1	100	207
Dagtilbud	6	23	70	2	101	203

Tabellen viser at en i stor grad ønsker å beholde bruken av brukerstyrt personlig assistent både for hjemmeboende, brukere på avlastning og med dagtilbud på dagens nivå.

Det er grunn til å tro at ordningen foreløpig er lite utbygd i kommunene og flere kommuner har derfor liten erfaring med dette tilbudet.

### 9.1.3. Bruk av individuell plan

Alle som har behov for langvarige og koordinerte sosial- og helsetjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan dersom personen selv ønsker det. Individuell plan er brukers plan. Brukeren har rett til, og oppfordres til å delta aktivt i å beskrive behov for tjenester, ønsker og mål, som er viktig for brukeren selv i hverdagen og framtiden.

Planen er ment å være et verktøy og en metode for samarbeid mellom tjenestemottaker og tjenesteapparatet, og mellom de ulike tjenesteyterne. Det skal til enhver tid være en tjenesteyter som har hovedansvaret for kontakt med brukeren og koordinering mellom dem som yter tjenester til brukeren. Initiativet til å få laget en individuell plan kan komme fra brukeren selv eller pårørende, men hovedansvaret for å utarbeide individuelle planer ligger i tjenesteapparatet.

Formålet med individuell plan er tredelt:

- Den skal bidra til at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Det skal sikres at det til en hver tid er en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren.



- Tjenestemottakerens mål, ressurser og behov for tjenester skal avklares. Videre skal det foretas en vurdering av om tiltak som kan bidra til å dekke tjenestemottakers bistandsbehov, skal koordineres.
- Den skal styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker og eventuelt pårørende, og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene (Helsedirektoratet 2009)

I og med at individuell plan er rettighetspreget er det grunn til å tro at kommunene anvender dette i stor grad overfor brukere som har behov for langvarige og koordinerte sosial- og helsetjenester. Dette aktualiserer seg også gjennom St. meld. nr. 47.

Tabell 30 viser hvordan kommunene planlegger å utvikle/videreutvikle ordningen med individuell plan i arbeidet med å sikre samhandling mellom brukere, pårørende og utførere av omsorgstjenesten.

**Tabell 30. I hvor stor grad vil kommunen i tiden framover mot år 2015 videreutvikle individuell plan i arbeidet med å sikre samhandling mellom brukere, pårørende og utførere av omsorgstjenesten?**

Svaralternativer	Prosent
I stor grad	36
I noen grad	44
I liten grad	1
Opprettholde dagens ordning	19
<b>Sum</b>	<b>100</b>

N= 224

Tabellen viser at 80 % av svargiverne sier at de i stor/noen grad framover skal utvikle tilbudet med individuell plan i arbeidet med å styrke samhandlingen mellom brukere, pårørende og utførere av omsorgstjenesten. At så stor andel i kommunene ønsker å utvikle dette videre er et tegn på at dette er noe en har god erfaring med og at en også er på god vei i forhold til føringer i "Samhandlingsreformen".

## 9.1.4 Viktigheten av familieomsorgen

Hvor viktig er familiens/pårørendes innsats i kommunen for å skape en god og helhetlig omsorg og gjennom dette bidra til å oppnå målsettingene som framkommer i St. meld. nr. 25?

Tabell 31 viser svargivernes synspunkter på dette.

**Tabell 31. Hvor viktig vil familiens innsats være for å oppnå målene som framkommer i St. meld. nr. 25.**

Svaralternativer	Prosent
Meget viktig	28
Viktig	47
Litt viktig	25
Ikke viktig	0
<b>Sum</b>	<b>100</b>

N= 225

Tabellen viser at 75 % av svargiverne ser på familiens innsats som meget viktig/viktig for å nå målsettingene som framkommer i St. meld. nr. 25. 25 % ser på familiens innsats som litt viktig.

Analysen viser at små kommuner ser på familieomsorgen som mindre viktig enn store kommuner.

Familieomsorgen nevnes i begrenset grad i den plandokumentasjonen vi har samlet inn. Spørsmålet om støtte- og avlastningsordninger for omsorgsgivere i familie og deres bidrag til den aktive omsorgen drøftes i liten grad. Det kan ut fra dette synes som om kommunene ikke har klare konkrete tanker om hvordan familieomsorgen skal utvikles og vedlikeholdes. Spørsmålet om hvilken rolle familien skal ha og hvilke konkrete funksjoner familiene tenkes å ivareta er lite konkret diskutert.

Familieomsorgen utfører i følge Helse- og omsorgsdepartementet (2007) nesten like mange årsverk som den kommunale omsorgen. For å holde den stabil er det i framtida vesentlig å ivareta og utvikle denne videre. I dette arbeidet må både sentrale og lokale politiske og administrative myndigheter samarbeide tett.

## 9.2 Behov for frivillig innsats i omsorgsarbeidet

I Norge er den frivillige innsatsen som utøves innen omsorgssektoren særlig viktig i forhold til barn, eldre, funksjonshemmede og syke. Omsorgssektoren inneholder et mangfold av tiltak utført av mange typer frivillige organisasjoner og enkeltfrivillige, med eller uten offentlig støtte. De frivillige organisasjonene, frivillige enkeltpersonene representerer i alminnelighet en organisasjonsform hvor veien er kort fra ide til aktivitet.

De kan dermed sette i gang aktiviteter og tiltak for å fylle de behov som er tilstede (Disch 1998). For mange frivillige organisasjoner og enkeltfrivillige er menneskets evne til empati og menneskelig omsorg selve grunnlaget for den virksomheten de driver. Et grunnleggende motiv for frivillige organisasjoner er å arbeide sammen med andre for en felles sak, et formål eller ide som igjen kan være med på å skape identitet og tilhørighet. I et slikt arbeid er det i følge Halvorsen (2005) mange frivillige organisasjoner som velger "uortodokse" løsninger i forhold til løsninger valgt av det offentlige.

Det er fortsatt en politisk enighet i Norge om at desentralisering og økt kommunalt ansvar for helse- og sosialpolitiske oppgaver er ønskelig, og at dette bl.a. bør utvikles i samarbeid med de frivillige organisasjonene. Et annet viktig argument for å utvikle samarbeidet med de frivillige organisasjonene er også at det er verdimessig ønskelig, fordi de frivillige organisasjonene kan spille en viktig rolle i videreutviklingen av velferdssamfunnet.

Det er likevel viktig å være oppmerksom på at omsorgstjenester som tilbys fra frivillige organisasjoner henger sammen med at disse tjenestene er tilbudsorientert, dvs. at det er tilgangen på menneskelige ressurser som virker styrende på tilbudet (Halvorsen 2005). Ut fra dette er det grunn til å være oppmerksom på at den frivillige arbeidsinnsatsen i form av omsorg er begrenset, og sårbar fordi det ikke er noe apparat som har det formelle ansvaret for at tiltaket varer ved.

### 9.2.1 Behov for frivillig innsats

Ulike studier viser at behovet for frivillig innsats i kommunene er stor (Grindheim 1991) (Disch 1998). Dette har vært erkjent lenge. Tar vi et lite historisk tilbakeblikk finner vi

bl.a. dette utsagnet i St. meld. nr. 4. (1987 – 1988), Perspektiver og reformer i den økonomiske politikken. Her heter det:

*”Det er viktig å stimulere og mobilisere de kreftene som finnes i nærmiljøet. Kan kommunene klare å etablere et samarbeid med organisasjoner som har evne til slik lokal mobilisering, for eksempel ved å yte en viss økonomisk kompensasjon for innsatsen, vil dette ofte kunne gi bedre utbytte enn om kommunene skulle løse oppgavene på tradisjonell måte.”*

Frivillige enkeltpersoner og frivillige organisasjoner kan være viktige bidragsytere til oppgaveløsning innen helse- og sosialsektoren som det har vært vanskeligheter med å løse, for eksempel på grunn av skepsis fra klientene eller manglende tradisjoner for løsning av oppgavene. (Grindheim 1991)

Dette videreføres i målsettingene som framkommer i St. meld. nr. 25. knyttet til bl.a. aktiv omsorg, forebyggende tiltak. For mange kommuner er frivillig innsats derfor viktig samtidig som det gir et viktig bidrag gjennom involvering og ansvar i lokalsamfunnet i arbeidet med å skape kvalitativt gode omsorgstjenester.

I ”Samhandlingsreformen” St. meld. Nr. 47 gis det stor oppmerksomhet til kommunenes rolle, både knyttet til forebyggende arbeid og med tiltak som skal bidra til at omsorgsmottakere og brukere mester sine livssituasjoner. Dette er områder der godt og kreativt samarbeid med frivillige organisasjoner kan bidra bl.a. til å nå viktige helsepolitiske målsettinger.

Tabell 32 viser hvilke behov kommunene framover har for innsats fra frivillige organisasjoner og enkeltpersoner for å gjennomføre kvalitativt gode omsorgstjenester i kommunen.

**Tabell 32. Behov for frivillig innsats innen omsorgstjenestene**

<b>Typer frivillige</b>	<b>Stort behov</b>	<b>Mindre behov</b>	<b>Lite behov</b>	<b>Intet</b>	<b>Sum i prosent</b>	<b>N</b>
Frivillige enkelt	69	26	5	1	101	225
Frivillige organisasjoner	66	28	5	1	100	223

Tabellen viser et generelt stort behov for frivillig innsats både fra enkeltpersoner og fra frivillige organisasjoner.

Behovet for frivillige er størst i kommuner over 5000 innbyggere. Tall som framkommer i tabell 32 viser godt samsvar med tall framkommet i tidligere studier, bl.a. i arbeidet med evalueringen av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming. (Vetvik og Disch 1999, Disch 1998).

Det er grunn til å tro at det også kan være en sammenheng mellom kommunenes økonomi og behovet for frivillig innsats.

## **9.2.2. Organisering av frivillig innsats**

Et viktig poeng i samhandlingen med frivillige enkeltpersoner og frivillige organisasjoner er organiseringen av samarbeidet (Disch 1998, Vetvik og Disch 1999). Tabellene 33 og 34 gir en oversikt over hvordan kommunene organiserer samarbeidet med frivillige enkeltpersoner og frivillige organisasjoner.

**Tabell 33. Hvordan organiserer kommunen bruk av frivillige enkeltpersoner/frivillige organisasjoner i forhold til brukere under 67 år**

Organisering av frivillige	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Uaktuelt	Sum i prosent	N
Gjennom en frivillighetssentral	29	26	18	28	101	219
Gjennom egen koordinator i kommuneadministrasjonen	9	13	21	57	100	201
Gjennom direkte kontakt med organisasjoner og lag	18	56	21	6	101	212
Gjennom direkte kontakt med enkeltpersoner	15	59	19	7	100	205
Gjennom direkte kontakt fra organisasjonene mot brukere	9	38	40	14	101	205
Enkeltpersoner/brukere tar selv kontakt med frivillige	7	40	43	9	99	203

Tabellen viser at 55 % av kommunene som har svart, organiserer kontakten gjennom en frivillighetssentral. 21 % organiserer kontakten i stor grad gjennom en egen koordinator. 74 % organiserer kontakten direkte med frivillige organisasjoner og lag og frivillige enkeltpersoner. 47 % av kommunene lar organisasjonene ta direktekontakt med brukerne, det samme gjelder at enkeltpersoner selv tar kontakt med frivillige enkeltpersoner.

Analysen her viser at det er store kommuner over 10.000 innbyggere som i hovedsak bruker frivillighetssentral. Frivillighetssentraler er mindre utbredt i mindre kommuner.

Av de 21 % som oppgir at kontakten organiseres gjennom en egen koordinator er dette kommuner over 20.000 innbyggere.

Behovet for frivillig innsats viser seg å være stort. Tidligere studier har vist at kommunene har et stort behov for frivillige men har store utfordringer knyttet både til rekruttering, koordinering og bruken av frivillige. Det er derfor et spørsmål til overveielse at ikke flere kommuner oppgir bruk av egen koordinator.

**Tabell 34. Hvordan organiserer kommunen bruk av frivillige enkeltpersoner/frivillige organisasjoner i forhold til brukere over 67 år**

Organisering av frivillige	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Uaktuelt	Sum i prosent	N
Gjennom en frivillighetssentral	37	25	11	28	101	216
Gjennom eldresenteret	22	36	19	22	99	206
Gjennom egen koordinator i kommuneadministrasjonen	5	10	29	56	100	198
Gjennom direkte kontakt med organisasjoner og lag	16	54	26	5	101	215
Gjennom direkte kontakt med enkeltpersoner	12	55	28	6	101	211
Gjennom direkte kontakt fra organisasjonene mot brukere	7	42	39	13	101	206
Enkeltpersoner/brukere tar selv kontakt med frivillige	6	38	45	11	100	206

62 % av svargiverne oppgir at de organiserer frivillig innsats rettet mot brukere over 67 år gjennom frivillighetssentral, 58 % gjør det gjennom eldresenteret og 15 % gjennom en koordinator

Frivillighetssentral, eldresenter og egen koordinator er mest utbredt i store kommuner over 10.000 innbyggere.

70 % oppgir direkte kontakt med frivillige organisasjoner i stor eller noen grad, 67 % oppgir direkte kontakt med enkeltfrivillige, 48 % oppgir direkte kontakt fra organisasjonene mot brukerne og 44 % sier at enkeltpersoner/brukerne tar selv direkte kontakt med frivillige. Den direkte kontakt med frivillige organisasjoner/frivillige enkeltpersoner synes også å være den mest vanlige form for organisering av kontakten.

Ser vi tabell 33 og 34 under ett finner vi bl.a. at det å satse på en "frivillighets"-koordinator i kommunene, med hovedoppgave å samordne og utvikle samarbeidet med frivillige, ikke syntes å være aktuelt. Her skal det nær ikke koste en krone å samarbeide med frivillige. Tidligere studier viser dette - bl.a. i arbeidet med evalueringen av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming. (Vetvik og Disch 1999, Disch 1998). Kommunene har høye ambisjoner om samarbeid men får det ikke til på bl.a. på bakgrunn av manglende koordinering og kunnskap om samarbeidsformer. Det kan derfor synes viktig å satse mer på kunnskapsutvikling på dette feltet.

### 9.2.3. Oppfølging – opplæringstiltak for frivillige

Det er mange forutsetninger som må være tilstede for å få til et kvalitativt godt samarbeid med frivillige organisasjoner. Frivillige organisasjoner/frivillige enkeltpersoner bør ikke overlates til seg selv. Erfaringer viser at organisasjonene og enkeltfrivillige trenger støtte til å sette i gang tiltak og hjelp til å løse ulike forhold som dukker opp (Vetvik og Disch 1999). Oppfølging fra kommunens side kan være med på å opprettholde engasjementet. Oppfølging kan også være av viktighet i forhold til det å oppdage nye samarbeidsmuligheter og videreformidle erfaringer mellom kommunen og de frivillige. Tabell 35 viser i hvor stor grad kommunene gir tilbud om opplæring/oppfølging av frivillige/frivillige organisasjoner som bidrar inn i de kommunale omsorgstjenestene.

**Tabell 35.** *Gir kommunen tilbud om opplæring/oppfølging av frivillige/frivillige organisasjoner som bidrar inn i de kommunale omsorgstjenestene.*

Ulike opplæringstiltak	Prosent
Kommunen gir opplæring/veiledning/oppfølging	12
Kommunen gir noe opplæring/veiledning/oppfølging	48
Kommunen har planer om opplæring/veiledning/oppfølging	9
Kommunen gir ingen opplæring/veiledning/oppfølging	32
<b>Sum</b>	<b>101</b>

N 224

Tabellen viser at 60 % av svargiverne oppgir at de har en eller annen form for oppfølging/veiledning. 9 % oppgir at de har planer om dette, mens 32 % sier de ikke gir noen form for oppfølging/opplæring av frivillige.

Ser vi dette i forhold til kommunestørrelse finner vi at mellomstore kommuner fra 5000 – 10.000 innbygger er de som hyppigst gir oppfølging/veiledning. Kommuner mellom 10.000 – 20.000 innbyggere er kommuner som gir minst oppfølging – veiledning.

Plandokumentene vi har studert er lite konkrete på hva dette er. Vi vet imidlertid at noen kommuner avholder kurs for bl.a. frivillige besøkere og avlastere.

Data som framkommer i dette kapitlet viser at svargiverne ser et stort behov for frivillig innsats som et viktig supplement til å utvikle kvalitativt gode omsorgstjenester. Det neste spørsmålet blir da hvordan dette skal skje i praksis? Det er også god grunn til å tro at mange av kommunene som har et stort behov for frivillig innsats i omsorgstjenestene ikke har kompetanse eller kapasitet til å etablere, utvikle og følge opp et samarbeid med de frivillige organisasjonene. På bakgrunn av dette vil vi mene at det eksisterer en ubrukt ressurs på dette feltet. Men for å utnytte denne må kommunene både ha kapasitet og kompetanse til å samarbeide med frivillige.



## 10. Samhandling og medisinsk oppfølging

Samhandling om medisinsk oppfølging ble i etterkant av Stortingsmelding 25 aktualisert på ny gjennom St. meld. 47 (2008 -2009), "Samhandlingsreformen". Det er en lang tradisjon for at de ulike aktørene i helse- og omsorgstjenesten vurderer pasienten/brukeren hver for seg og sender den videre til neste ledd i kjeden med en bestilling og en forventning om hva dette leddet skal gjøre. Det er mye forskning som viser at de kritiske elementene i et pasientforløp er knyttet til disse overgangene. Det er en rekke slike overganger både internt i kommunehelsetjenesten/omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten og mellom de to nivåene. Siktemålet med St. meld. 47. er at pasientene/brukerne skal oppleve en sammenhengende helsetjeneste, der overgangene blir færre og der vi blir flinkere til å håndtere dem. I tillegg skal pasientene oppleve at utredningen og behandlingen blir gitt der hvor det er mest hensiktsmessig ut fra pasientens ståsted og situasjon.

I Stortingsmelding 25 pekes det på behovet for en bedre medisinsk oppfølging av omsorgstjenestenes institusjonsbeboere, hjemmetjenestemottakere og for beboere i omsorgsboliger. Det gjelder spesielt mennesker med kroniske og sammensatte lidelser. Dette er noe som krever en sterkere samhandling med det medisinske tilbudet i kommunen og med spesialisthelsetjenesten.

I dette kapitlet vil vi se nærmere på de kommunale prioriteringene på dette området.

hvordan svargiverne vil prioritere en økt medisinsk oppfølging og samhandling internt og om medisinsk oppfølging internt i kommunen og med spesialisthelsetjenesten framgår i tabell 36.

**Tabell 36. Prioriteringer i forhold til medisinsk oppfølging og samhandling med spesialisthelsetjenesten**

Prioriteringsområder	Høy prioritet	Noe høyere prioritet	Som i dag	Mindre prioritert enn i dag	Sum i prosent	N
Kommunen vil styrke samhandlingen med spesialist helsetjenesten	49	36	15	0	100	225
Kommunen vil arbeide for å styrke det medisinske tilbudet til hjemmeboende brukere	25	47	28	0	100	223
Kommunen vil styrke det medisinske tilbudet for brukere i institusjon.	29	50	21	0	100	225
Kommunen vil arbeide for å styrke den sykepleiefaglige kompetansen i sykehjem/hjemmetjeneste	44	43	13	0	100	226
Kommunen vil arbeide for å styrke rehabilitering/habiliteringstilbudet for brukere	36	46	18	1	101	225
Kommunen vil arbeide for å styrke tverrfaglig helse- og sosialtjenestetilbud for brukere av omsorgstjenestene	29	55	17	0	101	224



Tabellen viser at alle områdene for samhandling med spesialisthelsetjenesten er meget høyt prioritert av kommunene. Andelen som svarer at tingenes tilstand skal være som i dag, varierer mellom 15 og 28 %. Den høyeste prioritet gis til å styrke den sykepleiefaglige kompetansen, 87 % svarer dette.

Nest høyest prioritet gis til styrking av samhandlingen med spesialisthelsetjenesten. 85 % av svargiverne sier de vil styrke samhandling med spesialisthelsetjenesten. Videre analyser viser at det er en lineær sammenheng mellom kommunestørrelse og grad av prioritering. Jo større kommunen er jo høyere prioriteringsgrad.

72 % av svargiverne oppgir at de ønsker å styrke det medisinske tilbudet til hjemmeboende. Det er grunn til å merke seg at 29 % av svargiverne har prioritert dette på topp. Her er ikke sammenhengen mellom kommunestørrelse så tydelig. Likevel ser vi en svak tendens til høyere prioritering jo større kommunen er.

79 % ønsker en høyere prioritering av det medisinske tilbudet til brukere i institusjon. Analyser mot kommunestørrelse viser at det er en lineær sammenheng mellom kommunestørrelse og grad av prioritering. Jo større kommunen er jo høyere prioriteringsgrad.

Den sykepleiefaglige kompetansen er et tydelig prioritert område for kommunene. 87 % av svargiverne er opptatt av dette, noe som må sees i sammenheng med et generelt ønske om å styrke samarbeidet med spesialisthelsetjenesten og øke den medisinskfaglige kompetanse for igjen å kunne styrke det medisinske tilbudet. Analyser viser at det er en lineær sammenheng mellom kommunestørrelse og grad av prioritering. Jo større kommunen er jo høyere prioriteringsgrad.

Forebyggende aktiviteter som habilitering/rehabilitering er også høyt prioritert. 82 % av svargiverne ønsker å prioritere dette. Igjen finner vi en lineær sammenheng mellom kommunestørrelse og grad av prioritering. Jo større kommunen er jo høyere prioriteringsgrad.

Tverrfaglig samarbeid er prioritert av 84 % av svargiverne. Likevel er det også her grunn til å merke seg at 29 % har prioritert dette på topp. Det er grunn til å tro at mange kommuner ser på dette som en stor utfordring både organisatorisk og ressursmessig. Analyser viser at større kommuner over 5000 innbyggere prioriterer dette sterkere enn små kommuner.

Utviklingen her er i tråd med de målsettinger regjeringen har både i Stortingsmelding 25 og i Samhandlingsreformen.

For mange kommuner er det å etablere samhandling med spesialisthelsetjenesten en stor utfordring på flere nivåer, bl.a. rekruttering av kvalifisert personell, gode IKT-løsninger, transport og utvikling av fastlegeordningene i kommunen, og det å styrke tverrfaglig intern samhandling. Viktig og utfordrende blir det også for kommunene å utvikle gode og funksjonelle samhandlingsdokumenter med lokale helseforetak.

# 11. Kommunens omsorgstjeneste i møte med etniske minoriteter

Det er et overordnet mål i helse- og omsorgspolitikken at alle skal ha tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, jf. St. meld. nr. 20 (2006–2007) ”Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller og nasjonal helseplan”. Pasientrettighetsloven er et virkemiddel til å sikre befolkningen lik tilgang til helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten: primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten eller tannhelsetjenesten.

Pasientrettighetsloven skal:

- Sikre befolkningen lik tilgang til helsehjelp av god kvalitet.
- Fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste.
- Ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd.

Utfordringen i helse- og omsorgssektoren dreier seg blant annet om å tilrettelegge for gode universelle løsninger for å redusere sosiale helseforskjeller. Det må være tilgjengelighet til informasjon og tjenester samt samordning av tjenester. Språkproblemer kan oppleves som en hindring for gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester. For mange minoriteter vil derfor bruk av tolk være helt sentralt for at veiledning og informasjon skal bli vellykket. (Handlingsplan for å fremme likestilling og hindre etnisk diskriminering 2009–2012)

I dette kapitlet vil vi se nærmere på i hvilken grad den kommunale omsorgstjenesten er forberedt på møtet med etniske minoriteter.

Kommunenes møte med etniske minoriteter er et relativt uskrevet blad. For mange kommuner har dette vært en realitet over flere år, men for de fleste ikke. Når 70-tallets arbeidsinnvandrere blir gamle om 10 – 20 år vil disse forholdene bli mer synlige. En hel generasjon innvandrere vil trenge kommunale omsorgstjenester.

Statistikken viser at innvandrere har lavere levealder enn andre grupper i befolkningen og større hyppighet av diabetes, magesår og stoffskiftesykdommer. Noen grupper har i større grad høyt blodtrykk og hjerteinfarkt enn etniske Nordmenn, og har derfor behov for omsorgstjenester.

*”I innvandrermiljøer er det en vanlig oppfatning om at eldre skal pleies av familien, og det er ikke utelukkende positivt. Hjemmebasert omsorg fungerer greit i mange utvandrerland fordi den bygger på flere hjemmeverende. Det blir gjerne litt tyngre når familien består av fere mennesker, og flere barn og svigerbarn jobber ute. Vi må derfor ikke lene oss tilbake og tenke på at familiene tar ansvar. Det må finnes observatører som fanger opp sykdomstegn på et tidlig stadium og supplerer omsorgen som de eldre får av familien, uttaler Ella Ghosh, daglig leder på Primærmedisinsk verksted i Oslo til Magasinet Bymisjon 2/2009”*

Eldre innvandrere i Norge benytter seg i liten grad av tilbudet om eldrecentre, dagsentere og sykehjem. Dette gjelder i særlig grad kvinner. Dermed kan mange gå glipp av medisinsk oppfølging og sosiale tiltak som kan fange opp sykdomstegn eller virke forebyggende på for eksempel demens eller depresjon.

Ella Ghosh uttaler videre: *”Når innvandrere kommer på sykehjem, er de ofte veldig syke. Mange innvandrere føler en skam og nederlag hvis foreldrene må på sykehjem eller må få hjelp av hjemmesykepleien. På bakgrunn av dette vil en muligens ikke se en stor tilstrømning av innvandrere i norske sykehjem i tiden framover. I stedet må den offentlige hjemmesykepleien være beredt på å møte flere med innvandrerbakgrunn, kanskje særlig i forhold til språkutfordringer.”* Magasinet Bymisjon 2/2009”

I følge Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI 2007) finnes det store grupper innvandrere som kommer fra land der geriatri ikke er spesielt utviklet. Kunnskapen om lidelser som rammer eldre kan derfor være mangelfull. Dette gjelder særlig i forhold til demens.

I Stortingsmelding 25 peker Regjeringen på at brukere av omsorgstjenesten vil representere et større kulturelt mangfold. Utviklingen forutsetter individuell utforming og tilpassing av tjenestetilbudet, med utgangspunkt i den enkeltes bakgrunn og behov, men bør ikke føre til nye former for særomsorg for ulike grupper.

Innbyggere fra minoritetsgrupper med annen kulturell også etnisk norsk bakgrunn har allerede behov for ulike pleie- og omsorgstjenester og disse vil i framtiden være økende. I hvilken grad er kommunene forberedt på møte denne utfordringen fram mot. Tabell 37 viser hvordan svargiverne mener de er forberedt til å møte denne utfordringen:

**Tabell 37. I hvilken grad vil kommunens omsorgstjeneste være forberedt på møtet med etniske minoriteter**

Områder for møte med etniske minoriteter.	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Ikke forberedt	Sum i prosent	N
Institusjonsomsorgen	5	48	37	11	101	218
Innen hjemmetjenestene	7	51	33	10	101	220
I omsorgsboligene	6	50	33	12	101	216
I dagtilbud	6	43	40	12	101	215
I familieomsorgen	2	48	39	11	100	215
I forebyggende tiltak/aktiv omsorg	5	42	44	9	100	211
I medisinsk oppfølging	9	56	27	8	100	215
I samarbeid med frivillige	3	41	43	13	100	214
I samarbeid med frivillige	3	39	48	12	102	212
I samarbeid med frivillige organisasjoner	2	40	45	14	101	206

Tabellen viser at svargiverne mener at kommunene er noe forberedt. Svarene når det gjelder dette er mer forbeholdne enn for tilsvarende spørsmål stilt mer generelt tidligere.

Mest forberedt på møtet er kommunene når det gjelder medisinsk oppfølging 65 % og minst forberedt i møtet med frivillige organisasjoner 43 %.

I hjemmetjenestene og sykehjem finner vi at om lag halvparten av kommunene er noe forberedt mens den andre halvparten ikke er det.

Tall viser at det er svært få kommuner som mener de i stor grad har en omsorgstjeneste som er forberedt på å møte etniske minoriteter i omsorgstjenesten. Slår vi sammen kategoriene i stor grad/i noen grad og kategoriene i liten grad/ikke forberedt viser tallene at om lag 50 % er i noen grad forberedt, mens 50 % er det ikke. En har hørt om det – men hva det konkret innebærer er usikkert for kommunene.

Det er grunn til å tro at disse tallene avslører en betydelig usikkerhet omkring dette temaet. Både knyttet til etnisk norske minoriteter og minoriteter fra andre land som oppholder seg i Norge. Dette kommer fram gjennom kommentarene fra kommunene til spørsmålene.

Analysen av data i forhold til kommunestørrelse viser at mellomstore og store kommuner er mest forberedt. Dette kan ha sin naturlige forklaring på at minoriteter ofte bosetter seg i større byer – kommuner.

I tillegg til dette spurte vi også kommunene hva som trengs av kompetanse for å møte disse utfordringene. Flertallet av de som her svarte påpekte viktigheten av økt kunnskap om kultur, religion og språk. Tolketjeneste var også et viktig moment som kom fram. Det ble også påpekt at minoritetsgrupper også er viktige ressurser innen omsorgstjenesten både som utførere og frivillige. Det blir derfor også viktig å ta dette perspektivet inn i rekruttering av personell og frivillige.

Dette er derfor et svært utfordrende felt der ressurser både knyttet til opplæring og oppfølging av omsorgspersonell er viktig. Rammer, regelverk, kunnskap om etniske minoriteters bakgrunn og forutsetninger er det viktig kunnskap om i omsorgstjenesten. Dette vil etter vår oppfatning være et viktig tema for de Regionale undervisningssykehjemmene og de nyetablerte undervisningshjemmetjenestene å ta tak i. Utdanningen for alle personell grupper i omsorgstjenesten bør også i sterkere grad fokusere på dette.



## 12. Kommunale strategier for styrking av omsorgstjenestene fram mot 2015

I dette kapittelet vil vi se nærmere på strategier og målsettinger i St. meld. 25. sett opp mot de kommunale strategiene i gjennomføringen av omsorgstjenestene fram mot 2015.

I den første delen vil vi presentere synspunkter fra kommunene på realismen i strategiene som er framlagt i St. meld. nr. 25. sett i forhold til kommunens egne strategier. Deretter vil vi se nærmere på kommunens vurdering av kostnadene på tjenestene.

### 12.1 Statlige intensjoner – framtidige kommunale realiteter?

St. meld. Nr. 25. har formulert fem hovedstrategier for å møte framtidens omsorgsutfordringer:

- Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging
- Kapasitet og kompetanseheving
- Samhandling og medisinsk oppfølging
- Aktiv omsorg
- Partnerskap med familie og lokalsamfunn

Hvordan vurderer så kommunene disse strategiene/målene i forhold gjennomføringen av framtidig omsorgstjeneste når en er kommet fram til 2015.

**Tabell 38.** *Samlet sett, hvor realistisk anser kommunen strategiene/målsettingene i St. meld. nr. 25. er, når det gjelder å nå disse i din kommune når vi er kommet fram til 2015.*

Svaralternativer	Prosent
Målene er realistiske	3
Målene er overveiende grad realistiske	76
Målene er overveiende grad urealistiske	20
Målene er overhodet ikke realistiske	1
<b>Sum</b>	<b>100</b>

N= 227

3 % av kommunene mener at målsettingene som framkommer i Stortingmeldingen er realistiske å nå innen 2015. 76 % mener de i overveiende grad er realistiske. 21 % sier de i overveiende/liten grad er realistiske å gjennomføre fram mot 2015.

Tabellen gir et bilde av at kommunene har tro på målsettingene og at mulighetene for å nå dem er tilstede. Det er likevel grunn til å merke seg at det bare er 3 % som svarer at de er realistiske. Det store flertallet svarer imidlertid at målene er i overveiende grad realistiske 76 %

Ved analyser finner vi ingen forskjeller etter kommunestørrelse.

Vi tolker svarene som uttrykk for at disse målsettingene angir retningen på innsatsen, mer enn konkrete resultatmål. Et slikt utgangspunkt gjør at det er vanskelig å konstatere i

hvilken grad målene er oppnådd. Derfor får vi disse nokså omtrentlige, men positive svar. Vi tolker dette som et uttrykk for at kommunene vil strekke seg etter de signaler som målene i St. meld 25 gir, men at gjennomføringen vil avhenge av de lokale behov og ressursmessige forutsetninger.

Flere kommuner kommenterer dette spørsmålet og gir uttrykk for den kommunale økonomien og tilgang på omsorgsytere som en stor utfordring i arbeidet med å nå de statlige målsettingene.

## 12.2 Kommunenes vurdering av dagens kostnadsnivå i pleie og omsorgssektoren

De siste 30 årene har kommunal sektor lagt beslag på en stadig økende andel av samfunnets økonomiske ressurser, jf. tabell 1. Dette har dels vært et resultat av at kommunesektoren har overtatt flere oppgaver som tidligere ble drevet i statlig og fylkeskommunal regi, spesielt knyttet til omsorgssektoren.

En annen faktor i dette, er at kommunestrukturen er ulik i landet, noe som også virker inn på inntekts- og utgiftsnivået. Det at det er store forskjeller mellom kommunene når det gjelder demografisk sammensetning og muligheter for selvfinansiering av utgiftene, gjør det nødvendig med en betydelig statlig styring av overføringene for å sikre en minstestandard på de offentlige ytelsene. Spørsmålet om den generelle treffsikkerheten i statens fordeling av sine tilskudd til kommunene er et åpent, men viktig spørsmål i forhold til den oppgaveveksten som kommer innen omsorgssektoren i årene framover.

Skatteinntektene er rimelig stabile – mens inntektene i form av avkastning på kapital er uforutsigbare jf. Terra saken våren 2009.

**Tabell 39.** *Hvordan vil du karakterisere dagens omsorgstjenester i din kommune ut fra en kommunaløkonomisk vurdering?*

Svaralternativer	Prosent
Den er altfor dyr for kommuneøkonomien vår	24
Den er litt for dyr for kommuneøkonomien vår	42
Den er godt tilpasset kommuneøkonomien vår	30
Den er lite kostnadskrevende for	2
Har ingen mening	2
<b>Sum i prosent</b>	<b>100</b>

N=227

Vi ser at nesten hver fjerde kommune mener at den nåværende pleie- og omsorgstjenesten er altfor dyr. Analysert etter kommunestørrelse finner vi ingen klare tendenser, bortsett fra at noen flere av de små kommunene svarer at den er altfor dyr.

Den litt svakere svarkategorien ”litt for dyr” benyttes av 42 % av svargiverne. Samlet er det da 2/3 som svarer at kostnadene med den eksisterende omsorgsinnsatsen medfører et større eller mindre økonomisk problem. Svarene fra kommunene er varierte.

Dette er imidlertid ikke veldig sterke uttalelser om manglende ressursdekning til formålet i kommunene. Men det bør legges vekt på at såpass mange som 1/4 svarer at det allerede er altfor dyrt i forhold til kommuneøkonomien.

Ser vi tabellen i forhold til kommunestørrelsen finner vi at bekymringen for kommuneøkonomien er størst i de minste kommunene.

Vi har sett på svarfordelingen ut fra svargivers stilling i kommunen, tabell 40

**Tabell 40. Karakteristikk av dagens omsorgstjenester i egen kommune ut fra en kommunaløkonomisk vurdering etter svargivers stiling**

Svaralternativer	Rådmenn	Kommunalsjef/helse og sosialsjef	Avdelingsleder enhetsleder	Rådgiver
Den er altfor dyr for kommuneøkonomien vår	40	22	26	27
Den er litt for dyr for kommuneøkonomien vår	40	39	39	49
Den er godt tilpasset kommuneøkonomien vår	20	34	31	15
Den er lite kostnadskrevende for kommuneøkonomien vår	0	1	3	6
Det blir lavere belastning enn i dag	0	4	0	0
Har ingen mening	0	0	0	3
<b>Sum i prosent</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>99</b>	<b>100</b>
<b>N</b>	<b>5</b>	<b>108</b>	<b>64</b>	<b>33</b>

Det er ikke store forskjeller mellom svargiverne her. Men vi noterer, med forbehold om de få svargivere som er rådmenn, at rådmennene har den mest negative vurderingen av økonomien i forhold til oppgaven, fulgt av rådgiverne. De mer typiske sektorforsvarere med ledelsesoppgaver knyttet til helse- og sosial, er noe mindre negative til forholdet mellom oppgaver og økonomi enn de to andre gruppene, jf ”vokter”/ ”pådriver”-rollene som vi tidligere diskuterte.

Hvordan ser svargiverne så på forholdet mellom oppgaver og økonomi i framtiden? Tabell 41 stiller opp svarfordelingen på dette spørsmålet.

**Tabell 41. Hvordan vil du anta at situasjonen er i din kommune ut fra en kommunaløkonomisk vurdering i år 2015?**

Svaralternativer	Prosent
Den er altfor dyr for kommuneøkonomien vår	32
Den er litt for dyr for kommuneøkonomien vår	33
Den er godt tilpasset kommuneøkonomien vår	29
Det blir lavere belastning enn i dag	1
Den er lite kostnadskrevende for kommuneøkonomien vår	1
Har ingen mening	6
<b>N</b>	<b>226</b>



Vi ser at svarfordelingen i grove trekk er som på spørsmålet om dagens situasjon, tabell 39. 2/3 gir svar som indikerer økonomiske utfordringer med dette. Men som forventet og ut fra det som er antatt følge av den store økningen av antallet brukere, er det på dette spørsmålet flere som svarer at det blir altfor dyrt, 1/3 svarer dette.

Ser vi dette i forhold til kommunestørrelse finner vi at kommunene med mellom 10.000 – 20.000 innbyggere er mest bekymret for kostnadene på omsorgstjenesten.

Hvordan virker så dette i forhold til svargivers stilling, tabell 42 viser indikasjoner på dette.

**Tabell 42. Karakteristikk av framtidens omsorgstjenester i egen kommune ut fra en kommunaløkonomisk vurdering etter svargivers stiling**

Svaralternativer	Rådmenn	Kommunalsjef/helse og sosialsjef	Avdelingsleder enhetsleder	Rådgiver
Den er altfor dyr for kommuneøkonomien vår	40	29	29	34
Den er litt for dyr for kommuneøkonomien vår	0	36	32	28
Den er godt tilpasset kommuneøkonomien vår	60	29	29	31
Den er lite kostnadskrevende for kommune - økonomien vår	0	0	2	0
Det blir lavere belastning enn i dag	0	1	0	0
Har ingen mening	0	5	8	7
<b>Sum i prosent</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>N</b>	<b>5</b>	<b>107</b>	<b>64</b>	<b>36</b>

Vi ser at heller ikke variasjonen etter svargivers stiling er stor. Men vi finner samme tendens som på spørsmålet om dagens situasjon. Rådmenn og rådgiverne er oftere mer bekymret enn sektorforsvarerne.

## 12.3 Bruk av kommersielle aktører i den kommunale omsorgstjenesten.

I Europa er ikke kommersielle aktører, velferdsentreprenører i den kommunale omsorgssektor av ny dato. I Norge har disse aktørene også dukket opp i de seinere årene. Ulike nasjonale og internasjonale aktører har prøvd å komme seg inn på den norske "velferdsmarkedet" med større eller mindre hell. Disse aktørene etablerer seg spesielt på steder der "markedet" er stort, spesielt i de store kommunene, der ulike deler av tjenestetilbudene blir lagt ut på anbud. De kommersielle aktørene tilbyr ulike omsorgstjenester både innen institusjon og hjemmebaserte tjenester.

På spørsmål til kommunene om en benytter seg av kommersielle tjenester sier 9 % at de benytter seg av kommersielle tjenester, mens 91 % sa at de ikke gjorde det.

Hva tenker kommunene så i framtiden om bruk av kommersielle aktører i omsorgssektoren. Tabell 43 gir en indikasjon på dette.

**Tabell 43**      *Tenker kommunen i framtiden å benytte seg av kommersielle aktører til å tilby omsorgstjenester*

Svaralternativer	Prosent
Stor grad	1
I noen grad	8
I liten grad	31
Ikke i det hele tatt	27
Vet ikke	34

*N 227*

Tabellen viser at det er bare 9 % av kommunene som mener at en i stor grad/noen grad vil anvende kommersielle aktører i kommunens pleie og omsorgssektor i framtida. 31 % sier at de i liten grad kommer til å benytte seg av det. og 34 % sier de ikke vet hva framtida vil bringe på dette området. Det ansees imidlertid interessant at "bare" 27 % svarer at dette overhodet ikke vil være aktuelt.

Ser vi dette i forhold til kommunestørrelsen finner vi at flest kommuner over 20.000 innbyggere i stor/noen grad tenker å benytte seg av kommersielle aktører.

Det er grunn til å merke seg at et relativt høyt antall av svargiverne var usikre på om en i framtida vil benytte seg av kommersielle aktører. Dette kan være en indikasjon på at man tror dette kan komme, men at de er usikre på i hvor stor grad og i hvilken form.

Det er grunn til å tro at svargiverne vet at skal kommunen være av interesse for kommersielle aktører må kommunen "ha et marked med et stort volum" for at det skal være interessant for andre aktører å gi seg i kast med omsorgsoppgavene. De fleste norske kommuner er av en slik størrelse at kommersielle aktører ikke ville finne det interessant å etablere seg og konkurrere med de offentlige tjenestene.



## 13. Avsluttende kommentarer

I dette kapitlet vil vi trekke fram hovedfunn i undersøkelsen og komme med noen anbefalinger i forhold til disse. For oppsummering av hovedfunnene i rapporten viser vi til sammendraget.

### 13.1 Behovet for framtidig planlegging, koordinering og samhandling

Omsorgsplanleggingen i kommunene er etter vår vurdering mangelfull på flere måter. Dette anses meget problematisk fordi det svekker beslutningsgrunnlaget for viktige kommunale vedtak og strategivalg.

Data fra undersøkelsen viser at 2/3 av norske kommuner ikke hadde en gjeldende omsorgsplan våren 2009. Våre data kan indikere at St.meld. 25. har satt fart i kommunene når det gjelder å ta fatt på denne planleggingen. Spørsmålet er imidlertid om dette vil bøte på de andre manglene som også fremkommer når det gjelder planinnhold og plansystem i kommunene.

De plandokumenter vi har fått inn anses som lite hensiktsmessige for strategiske handlinger i forhold til de kommende økninger av oppgavene. Planene er i utpreget grad beskrivende og gir oversikt over status quo. De er ikke bygget på evalueringer av problemer og utfordringer i dagens situasjon og i liten grad de framtidige utfordringene. Etter vår oppfatning kommer det her tilsyne et utbredt kompetanseproblem. De som har arbeidet med disse planene er som regel ikke ansatt i kommunene på grunn av sin planleggingskompetanse. Den administrative kapasitet til å utføre slike krevende oppgaver og prosesser meldes også som et utbredt problem..

Selve planleggingssystemet er etter vår oppfatning problematisk fordi de planene som nå lages i utpreget grad er sektorplaner utarbeidet for det aller meste i sektoren selv. Slik planlegging er ikke lovpålagt, og noe av den situasjon vi fant mht. det lave antall gjeldende planer, er bl.a. en følge av det. Det grunnleggende spørsmål er likevel om det er klokt å fortsette og nå også utvide denne sektorplantilnærmingen, når vi vet at de viktigste spørsmålene om prioritering og ressurstilgangen til gjennomføringen av disse planene ligger på kommuneplannivå. Selv om vi får mange svar som sier at omsorgsplanen er/skal bli integrert i kommuneplan og økonomiplan, så glimrer dokumentasjonen av dette med sitt fravær. Det er lite som tyder på at planarbeidet vanligvis er samkjørt i tid, innhold og opplegg på en måte som gjør denne integreringen reell.

Etter vår oppfatning bør opplegget for kommunal planlegging vurderes grundig og antakelig endres for å få bedre relevans og kvalitet i planarbeidet i kommunene. Dette sies også på grunn av det vi vet om de meget varierende økonomiske ressurser i norske kommuner og den derav meget varierende satsning og dekningsgrad når det gjelder tiltak og tilbud i eldreomsorgen. Når en ser på de store utfordringene i eldreomsorgen pr. i dag og vet at etterspørselspresset vil øke kraftig i tiden fremover i mange kommuner, tvinger også spørsmålet om den enkelte kommunes bærekraft seg fram. Innføringen av bl.a. ungdomsskolen med de store ressursmessige utfordringer dette medførte, bidro i sin tid til en endring av kommunestrukturen i landet. De store oppgavene og de store ulikhetene i Kommune-Norge gjør etter vår oppfatning at vi bør vurdere en reform som gir større og sterkere kommuner.

St.meld 25 viser at kommunene er tiltenkt rollen som den sentrale iverksetter av den statlige politikk for eldreomsorgen. En nærmere drøftelse av kommunens forutsetninger til å møte disse statlige intensjoner synes påkrevet. På planleggingssiden kommer det fram store reservasjoner fra våre svargivere når det gjelder kapasiteten til å planlegge. Av planinnholdet mener vi å konstatere at spørsmålet om kompetanse er minst like påtrengende.

Kommunene oppgir som en viktig grunn for at planarbeidet ikke er kommet i gang og at tidligere planer ikke blir rullert at de ikke har kapasitet til dette. Kapasitetskrisen i omsorgssektoren i norske kommuner er ikke av ny dato. jf. kap.2.1. – 2.2. Den har vært vedvarende de siste 30 årene. Den ser ikke ut til å avta, men er delvis forsterket ved at utfordringene nå ikke bare gjelder å få nok personer inn i omsorgstjeneste, men også på kompetanse til bl.a. å planlegge, samordne og koordinere tjenestene. Nye brukergrupper under 67 år, med store omsorgsbehov gjør at kommunenes pleie og omsorgssektor har blitt den største sektoren i kommunen jf. tabell 1. Det betyr også at betydelige budsjettandeler kanaliseres til denne sektoren, noe som utfordrer politikere og administrasjon i prioriteringene. For at kommunen, både politikere og administrasjon skal foreta hensiktsmessige beslutninger i nåtid og framtid er det derfor viktig med gode og langsiktige analytiske planer. For å framstille dette i den enkelte kommune er det derfor svært viktig med en god planleggingskompetanse. St. meld 25. peker på et aktivt samarbeid med KS om kompetanseheving innen planlegging – etter og videreutdanning, Samplan. Slik vi vurderer det bør det gjøres mer her. Erfaringer viser at det ikke er udelte lett å få kommunalt ansatte på skolebenken i en allerede overbelastet hverdag. Vi mener at det må utvikles planleggingsguider til kommunene om hva som bør være med og hvilke standarder slike planer bør inneholde for å ta gode beslutninger. Det bør også gjøres en gjennomgang av stillingsstrukturen i kommune slik at dette med planlegging, samordning og koordinering ble tilført ekstra ressurser.

En konklusjon på bakgrunn av 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. De kan derfor bare i generell forstand 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.

Terskelen for å komme på sykehjem har blitt høyere i de seinere årene. Studier viser (Bakken 2009) at omsorgstrengende beboere på sykehjem har kompliserte og sammensatte helsemessige utfordringer. Dette fører til at sykehjemmet trenger mer medisinsk og sykepleiefaglig kompetanse som en prøver å få til med en større intern samhandling i kommunene og en bedre samhandling med spesialisthelsetjeneste, noe som er utfordrende for kommunene, både på personell og koordineringssiden. De framtidige sykehjemsutfordringene som vil komme da den store gruppen av 80+ skal over fra omsorgsbolig til sykehjem synes lite planlagt i kommunene. Det er likevel grunn til å anta at det er vilje i kommunene til å bygge, men økonomien strekker ikke til. Data fra studien styrker dette ved at om lag halvparten av svargiverne mener at den nåværende og framtidige omsorgen er i overkant dyr for kommunen.

Sett under ett viser dette at de daglige utfordringer og den daglige driften i omsorgstjenestene overskygger i stor grad de framtidige utfordringene.

## 13.2 Framtidige strategier, Prioriteringer og kommunale utfordringer

Når vi ser på svargivernes oppfatninger om framtidens strategiske valg og prioriteringer, kommer et hovedbilde entydig fram. Det skal satses på alle former for tiltak og tilbud, utenom institusjoner. Intet, bortsett fra institusjonsplasser skal nedprioriteres. De tiltak som antas å gi kommunene minst kostnader, prioriteres oftest og mest.

De fem hovedstrategier som er nevnt i St.meld. 25 nevnes av det store flertall som noe kommunene skal satse mer på. Forskjellen i vektingen mellom disse strategiene går primært på om en skal satse "mye" mer, eller bare "noe". Slik sett har kommunene i meget stor grad fanget opp de statlige signaler. Om dette bare er politisk korrekt gjengivelse av statlige honnørord, vites ikke, men spørsmålet stilles. Vi er usikker på intensjonsdybden i de svarene vi har fått om forholdet mellom hva en sier og hva en vil gjøre, når det gjelder disse strategiene. Vi skal drøfte dette litt nærmere.

Et sentralt spørsmål gjelder balansen mellom institusjonsomsorgen og den åpne omsorgen. Det er bare 13 % av svargiverne, de fleste fra store kommuner, som svarer at de ser for seg vesentlig flere sykehjemsplasser frem mot år 2015. 24 % svarer at det vil bli færre sykehjemsplasser, mens 63 % svarer at antallet antas å være stabilt.

Selv om år 2015 er mer enn fem år før den store veksten i aldersgruppen 80+ kommer for fullt, bør det stilles spørsmål om hensiktsmessigheten av denne utviklingen av antall sykehjemsplasser. Kan dette sikre en "effektiv omsorg"? Er det bare omsorgsverdier og folks ønske om å bo lengst mulig hjemme, eller ligger det også økonomiske vurderinger bak denne svarfordelingen? Og hvordan vil hjemmetjenestene utvikle seg dersom det blir mange nye svært tunge brukere der?

Selv om flertallet vil satse mer på alt, med unntak av institusjoner, ser vi at også familieomsorgen peker seg ut som et område hvor flere vil satse som i dag (58 %) enn å øke innsatsen. Samtidig ser vi at ¾ av svargiverne sier at familiens innsats vil være meget viktig eller viktig for å nå målene i St.meld 25.

St.meld 25 peker på fem store omsorgsutfordringer. Gjennom svarene får vi et inntrykk av hvor store disse anses å være. De to utfordringene som oftest og sterkest nevnes er tilgang på omsorgsytere og de nye brukerne under 67 år. I en mellomstilling kommer det økende antall eldre med omsorgsbehov. Relativt minst utfordring viser seg å være "medisinsk samhandling" og "aktiv omsorg", men også disse omtales som meget stor eller stor utfordring.

Kommunene ønsker i sterkere grad 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 framtidsutsiktene. Det kan synes som om en i de fleste kommuner holder bemanningen på et minimum for å spare penger i en periode der bemanningen burde økes slik at en fikk rom for videreutvikling og vedlikehold av kompetanse blant de ansatte, noe som igjen vil kunne skape et arbeidsmiljø og fagmiljø som er rekrutterende (Bakken 2009).

Samhandling og medisinsk oppfølging er en viktig og aktuell utfordring som både er anført fra statlig hold gjennom Omsorgsmeldingen og Samhandlingsreformen. Kommunene møter i dette en utfordring på to nivåer: Intern og ekstern samhandling. Med intern samhandling mener vi her større tverrfaglig samhandling mellom kommunens tjenestetilbud. I dette ligger erfaringene med at kommunen har utfordringer internt i samhandlingen mellom etatene, bl.a. på bakgrunn av budsjettprosessene. Profesjonene har tradisjonelt hatt utfordringer knyttet til samhandling. Med ekstern samhandling mener vi her kommunens samhandling med spesialisthelsetjenesten. For å kunne få til denne samhandlingen kreves det koordinering og kompetanse, noe som også slår tilbake på den enkelte kommune der ressursene allerede er knappe. Dette tyder igjen på at stillingsstrukturen i de kommunale omsorgstjenestene bør gjennomgås på ny. Skal disse intensjonene om en bedre medisinsk og tverrfaglig oppfølging av brukere av kommunale omsorgstjenester fungere kreves det ytterligere ressurser og kompetanse.

Kommunene ønsker også en mer aktiv omsorg og større grad av partnerskap med familie og frivillige. Likevel syntes dette å komme noe i skyggen av de ”store” utfordringene som: Kapasitets- og kompetanseheving og samhandling og medisinsk oppfølging. Det er logisk at kommunene først må få på plass både økonomi og personell før en i sterkere grad kan gå inn å prioritere aktiv omsorg og større samhandling med både familie og frivillige.

Aktiv omsorg og samhandling med familie og frivillige er sentrale tema i St. meld. 25 i et forbyggende og inkluderende perspektiv er det svært viktig å satse på dette. Men også på dette punktet krever ressurser, koordinering og samhandling. På dette punktet viser data fra denne studien at kommunene i mindre grad tenker å satse her. Man skal samhandle og utvikle den aktive omsorgen, men det skal koste lite. Ser vi på plandokumentene vi har samlet inn finner vi svært vage strategier på hvordan en skal prioritere og utvikle den aktive omsorgen, familieomsorgen og samarbeidet med frivillige organisasjoner og enkeltpersoner. Dette samsvarer helt med funn ved gjennomgangen av ansvarsreformen i 1999 (Vetvik og Disch 1999). For å utvikle dette feltet og få noen effekt ut av det må det satses på det koordinerende leddet i mye sterkere grad enn det syntes å bli gjort i kommunene i dag.

Undersøkelsen viser også at kommunene i liten grad er forberedt på møtet med etniske minoriteter innen pleie og omsorgssektoren. Halvparten oppgir at de er i noen grad forberedt mens den andre halvparten ikke er det i det hele tatt. Dette gir grunn til bekymring. Flere kommuner oppgir at en mangler den nødvendige kompetansen på området. Det er derfor etter vår oppfatning nødvendig med et noe mer overgripende tiltak i dette overfor kommunene. På kort sikt bør det utarbeides relevant materiale til kommunene om dette. Her bør det etableres et samarbeid mellom for eksempel: Helse- og omsorgsdepartementet, Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI), Kommunenes sentralforbund og en utdanningsinstitusjon (Høgskolen i Telemark – Senter for omsorgsforskning – Sør)) for å utvikle relevant materiell og opplæringstiltak over for kommunene. På lang sikt bør det være et nært samarbeid mellom Helsedepartementet og Utdanningsdepartementet i forhold til å inkludere dette perspektivet tydeligere i rammeplanene for profesjonsutdanningene og i planene for videregående opplæring – retning for helse og sosialfag.

## 13.3 Hva er hovedutfordringene?

Dagens situasjon i kommunenes pleie- og omsorgssektor er i mange kommuner preget av et omfattende etterslep både når det gjelder planlegging og tjenester i omsorgen.

Det vil derfor være vanskelig i mange kommuner å se for seg hvordan de skal forholde seg til en antatt "krise" som kommer ca 10 – 15 år fra nå.

Både i dagens situasjon og i tiden fremover mot 2015 foreligger en sterk spenning mellom ideelle målsettinger og strategier på den ene side og mangelen på kapasitet og kompetanse på den annen side. Det foreligger en tydelig og sterk, men varierende, diskrepans mellom behovene og ønsket om satsningen framover på den ene side og ressursgrunnlaget når det gjelder penger og personell på den annen side.

Dette framkommer både av svarene når det gjelder det økonomiske grunnlaget for utviklingen, synet på hvor realistisk målene er og den utbredte tendens til at man velger de svakeste kategoriene for prioritering på alle de tiltak som skal økes.

Stortingsmelding nr. 25 har satt en viktig dagsorden for en styrket og fornyet omsorgstjeneste i framtiden. Kommunene synes innstilt på å følge dette opp så lojalt og godt som de kan. De har tatt signalene om en større og mer bredspektret omsorgsinnsats

Spørsmålet om hvordan en vil lykkes, kan ikke besvares nå. Men det går an å peke på noen sentrale forutsetninger for å øke sjansene til å være godt rustet til de økte utfordringene:

1. Det kommunale plansystemet må endres og kapasitet og kompetanse for planlegging må styrkes.
2. En udogmatisk vurdering av omsorgsbehovet i forhold til balansen mellom institusjoner og åpen omsorg må gjennomføres og nedfelles i konkrete standarder.
3. Familieomsorgens og den frivillige innsatsens rolle må avklares og konkretiseres for å finne en bedre samhandling mellom det offentlige og sivilsamfunnet.
4. En nøktern debatt om flere private/ideelle løsninger som bidragsytere til det totale bildet, bør finne sted.
5. Kommunenes ressursgrunnlag må styrkes økonomisk og organisasjonsmessig. Konkret gjelder det statlige bevilgninger og endret kommunestruktur.
6. Omsorgsyrkene må gjøres mer attraktive slik at rekrutteringsoppgaven har utsikter til å lykkes. Konkret gjelder det lønn, arbeidsmiljø og faglig miljø.

Oppgavene er ikke uoverkommelige. I forhold til samfunnets ressurser og vår demografiske situasjon ligger vi mye bedre an enn de fleste andre land i Europa.

Men det er ikke mer enn tiden og veien. Hvis vi somler nå, vil den antatte krise melde seg med stor tyngde som en reell krise om ti år. Dagens problemer i omsorgstjenestene blekner i forhold til dette.

Utfordringen handler dypest sett om å få bedre forhold mellom retorikk og praksis og idealer og realiteter. Det krever helhetlig gjennomgang og gode beslutninger. Uten en bedre planlegging kombinert med reell vilje til økonomisk prioritering både statlig og kommunalt, vil situasjonen i omsorgstjenesten forverres i takt med de økende behov.



Slik vi vurderer bør det på lang og kort sikt satses på et tettere samarbeid med utdanningsinstitusjonene både institusjoner på høyere og lavere nivå, slik at rekrutteringen til den kommunale omsorgstjenesten kan styrkes. I dette bør også kunnskapsutvikling om etniske minoriteters behov i omsorgstjenesten stå sentralt. Sist men ikke minst er det viktig å utvikle kvalitativt gode omsorgstjenester og utvikle disse til gode og lærende pleie og omsorgsorganisasjoner til beste for brukere, ansatte og framtidige yrkesutøvere.

Det må bli et aktivt samarbeid mellom de Regionale sentrene for omsorgsforskning og kommunene på ulike nivåer. Forskning og evaluering av omsorgstjenester må intensiveres. Det må utvikles kunnskap om hvordan en skal ivareta og vedlikeholde familieomsorgen. Viktig blir det også å utvikle god samhandling med frivillige organisasjoner og frivillige enkeltpersoner – til dette trengs det også kunnskap.

# Litteratur

- Bakken, Runar (2009) Englevakt, rekruttering til en eldreomsorg i krise. Manifest
- Barstad, Steinar (2006) Seniorland – omsorgsscenarioer for de gamle, Universitetet i Tromsø
- Bastøe, Per Øyvind og Vetvik Einar (1989) Statlige intensjoner – kommunale realiteter – en studie av helse- og sosialplanlegging. Forskningsrapport nr. 28 Diakonhjemmets sosialhøgskole
- Briseid Atle (2009), Når innvandrere blir gamle, Bymisjon-magasin 2/2009
- Dahl, Kjell, Per Øyvind Bastøe (1990), Budsjettering og planlegging i kommunenes helse- og sosialtjeneste, Tano
- Disch, Per Gunnar og Høie, Magnhild (2003) Studentmasse i endring – rapport Høgskolen i Agder, Høgskolen i Telemark
- Disch, Per Gunnar (1998), Samarbeidet mellom kommunen og lokalsamfunnets organisasjoner om integrering av mennesker med psykisk utviklingshemming – en empirisk gjennomgang og drøfting av muligheter og begrensninger i tredjesektors sosialpolitiske rolle. Universitetet i Bergen
- Garsjø, Olav (1987) Folk imellom, Tano (1992)
- Grindheim, Jan Erik (1991), Kommunene og de frivillige organisasjonene i helse- og sosialsektoren, i Anne-Hilde Nagel (red) Velferdskommunen, kommunenes rolle i utviklingen av velferdsstaten, Alma Mater
- Halvorsen, Knut (2005), Grunnbok i helse- og sosialpolitikk, Universitetsforlaget
- Handlingsplan for å fremme likestilling og hindre etnisk diskriminering 2009–2012
- Hompland, Andreas (1988) Scenarier 2000, tre framtidsbilder av Norge
- Hoven, Finn (1989), Kommunal forvaltning og det lokale selvstyre, i Leif H. Skare, Forvaltningen i samfunnet, Tano
- Huseby Beate, Paulsen, Bård (2009) Eldreomsorgen i Norge: Helt utilstrekkelig eller best i verden, Sintef rapport
- Nagel, Anne-Hilde (red) (1991) Velferdskommunen, kommunenes rolle i utviklingen av velferdsstaten, Alma Mater
- Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) (2007) Utfordringer innen helse og omsorg blant minoriteter.
- NOU (1992:1) Trygghet – verdighet - omsorg
- NOU (1988:17) Frivillige organisasjoner
- Rattsø Jørn, Rune Sørensen (2009) Gråhåret makt og kommunale budsjetter : de eldre må stole på seg selv , Abstrakt forlag
- Riksrevisjonens undersøkelse av kvalitet og samarbeid i pleie og omsorgstjenestene til eldre, Administrativ rapport nr. 1. 2009 (2008 – 2009)
- Romøren, Tor Inge (1991), Tre reformer som endret det kommunale hjelpeapparatet, i Anne-Hilde Nagel (red) Velferdskommunen, kommunenes rolle i utviklingen av velferdsstaten, Alma Mater
- Sagli Jo (red) (2009) Det nære Demokratiet, Abstrakt forlag
- Sandvin, Johans Tveit (red) (1993), Mot normalt? Omsorgsideologier i forandring. Kommuneforlaget

- Schiefloe, Per (1991) Nærmiljø og bysamfunn, Allforsk, AVH, UIT, 1991
- Selle, Per (red) (1991) Organisasjonsamfunnet i ei brytningstid: Utfordringer i 90 åra, Alma Mater
- Sosial- og helsedirektoratet (2008b) Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell. Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet
- Statistisk sentralbyrå/Helsemod. 2009
- Statistisk sentralbyrå/Kostra 2009
- St. meld. nr. 20 (2006–2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller og nasjonal helseplan.
- St. meld. nr. 25 (2005 – 2006) ”Mestring, muligheter og mening – framtidens omsorgsutfordringer”, Helse og omsorgsdepartementet
- St. meld. nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid.
- St.meld nr 50 (1996 – 97) Handlingsplan for eldreomsorgen, Trygghet - respekt - kvalitet
- St.meld nr. 4. (1987 – 1988) Perspektiver og reformer i den økonomiske politikken
- Svare, Helge (2009) Menn i pleie og omsorg – brødre i hvitt, Universitetsforlaget
- Vetvik, Einar og Disch, Per Gunnar (1999) Kommunene og frivillige organisasjoner: Utfordringsfellesskap i den sosiale integreringen? SOR Rapport nr. 5
- Vetvik, Einar (1989) Den kommunale helse og sosialsektor mot år 2000, Diakonhjemmets høgskolesenter
- Wildavsky, Aron (1974) Planning and budgeting in poor countries, New York

# Vedlegg

## Tabell oversikt

- Tabell 1. Brutto driftsutgifter fordelt på noen tjenesteområder 2005 – 2008\**
- Tabell 2. Sysselsatte i kommunale pleie og omsorgstjenester, etter alder og utdanning i 4. kvartal 2008 (SSB-2009)*
- Tabell 3. Svarfordeling på spørreskjemaundersøkelsen etter fylke\**
- Tabell 4. Svarprosent etter landsdel*
- Tabell 5. Antall planer mottatt fordelt etter fylke\**
- Tabell 6. Fordeling av svargivere i forhold til kommunestørrelse*
- Tabell 7. Svargivers stilling*
- Tabell 8. Har kommunen et vedtatt plandokument*
- Tabell 9. Hva er årsaken til at kommunen ikke har startet utarbeiding av et plandokument*
- Tabell 10. Den vedtatte planens status i forhold til kommune og økonomiplanen*
- Tabell 11. I hvilken grad har disse aktørene deltatt i planleggingsprosessen?*
- Tabell 12. I hvor stor grad legger kommunen i sitt plandokument opp til at brukere selv utnytter sine ressurser og tar økt ansvar knyttet til:*
- Tabell 13. Grad av samsvar mellom kommunens vedtatte plandokument og St. meld. 25. fem strategier for å møte økende omsorgsutfordringer.*
- Tabell 14. I hvilken utstrekning antar du at kommunens vedtatte plandokument vil bli gjennomført/fulgt opp?*
- Tabell 15. Årsaker til manglende oppfølging fra svargivere som oppgir at planen trolig ikke vil bli fulgt opp.*
- Tabell 16. St. meld. nr. 25 (2005-2006): peker på fem store omsorgsutfordringer for kommunene. Hvordan vurderer du disse utfordringene i forhold til egen kommune?*
- Tabell 17. I hvilken grad antar du at din kommune vil være i stand til å møte de fem store omsorgs utfordringene som framkommer i St. meld 25. (2006-2007)*
- Tabell 18. I hvilken grad antar kommuner med en vedtatt plan/plan under politisk behandling at en vil være i stand til å møte de fem store omsorgs utfordringene som framkommer i St. meld 25. (2006-2007)*
- Tabell 19. Framtidige prioriteringer av kommunale omsorgstjenester fram mot 2015 i forhold til dagens situasjon. Brukere under 67 år*
- Tabell 20. Framtidige prioriteringer av kommunale omsorgstjenester fram mot 2015 i forhold til dagens situasjon. Brukere over 67 år*
- Tabell 21. Utvikling av antall sykehjemsplasser og omsorgsboliger fram mot 2015*
- Tabell 22. Vurdering av antall sykehjemsplasser og omsorgsboliger fram mot 2015 sett i forhold til kommunestørrelse i prosent Tallene i parentes er omsorgsboligene.*

- Tabell 23. Utvikling av antall sykehjemsplasser og omsorgsboliger fram mot 2015 sett i forhold til svargivers stilling Tallene i parentes er omsorgsboligene.*
- Tabell 24. Hvordan vil omsorgsplanleggingen innvirke på andre planområder i kommunen?*
- Tabell 25. Kommunale prioriteringer fram til år 2015 knyttet tilrekruttering og kompetanseutvikling i omsorgssektoren.*
- Tabell 26. Kommunens prioriteringer knyttet til utvikling av aktiv omsorg*
- Tabell 27. Kommunens planer om å ivareta og videreutvikle familieomsorgen.*
- Tabell 28. Har kommunen planer om å sette i verk pårørende skole/opplæringstiltak for pårørende i tiden framover mot 2015.*
- Tabell 29. Hvordan vil kommunen utvikle/videreutvikle ordningen med brukerstyrt personlig assistent i tiden framover mot 2015*
- Tabell 30. I hvor stor grad vil kommunen i tiden framover mot år 2015 videreutvikle individuell plan i arbeidet med å sikre samhandling mellom brukere, pårørende og utførere av omsorgstjenesten?*
- Tabell 31. Hvor viktig vil familiens innsats være for å oppnå målene som framkommer i St. meld. nr. 25 (2005-2006).*
- Tabell 32. Behov for frivillig innsats innen omsorgstjenestene*
- Tabell 33. Hvordan organiserer kommunen bruk av frivillige enkeltpersoner/frivillige organisasjoner i forhold til brukere under 67 år*
- Tabell 34. Hvordan organiserer kommunen bruk av frivillige enkeltpersoner/frivillige organisasjoner i forhold til brukere over 67 år*
- Tabell 35. Gir kommunen tilbud om opplæring/oppfølging av frivillige/frivillige organisasjoner som bidrar inn i de kommunale omsorgstjenestene.*
- Tabell 36. Prioriteringer i forhold til medisinsk oppfølging og samhandling med spesialisthelsetjenesten*
- Tabell 37. I hvilken grad vil kommunens omsorgstjeneste være forberedt på møtet med etniske minoriteter*
- Tabell 38. Samlet sett, hvor realistisk anser kommunen strategiene/målsettingene i St. meld. Nr. 25.) er, når det gjelder å nå disse i din kommune når vi er kommet fram til 2015.*
- Tabell 39. Hvordan vil du karakterisere dagens omsorgstjenester i din kommune ut fra en kommunaløkonomisk vurdering?*
- Tabell 40. Karakteristikk av dagens omsorgstjenester i egen kommune ut fra en kommunaløkonomisk vurdering etter svargivers stiling*
- Tabell 41. Hvordan vil du anta at situasjonen er i din kommune ut fra en kommunaløkonomisk vurdering i år 2015?*
- Tabell 42. Karakteristikk av framtidens omsorgstjenester i egen kommune ut fra en kommunaløkonomisk vurdering etter svargivers stiling*
- Tabell 43. Tenker kommunen i framtiden å benytte seg av kommersielle aktører til å tilby omsorgstjenester*







Senter for  
omsorgsforskning

S Ø R