

Resultatevaluering av Omsorgsplan 2015: Kommunal planlegging

MARIJKE VEENSTRA, ANDERS KVALE HAVIG & HEIDI GAUTUN



NOVA

Velferdsforskningsinstituttet

HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Resultatevaluering av Omsorgsplan 2015: Kommunal planlegging

MARIJKE VEENSTRA
ANDERS KVALE HAVIG
HEIDI GAUTUN

Norsk institutt for forskning om
oppvekst, velferd og aldring
NOVA Rapport 4/2015

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) er et forskningsinstitutt ved Senter for velferds- og arbeidslivsforskning (SVA) på Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA).

Instituttet har som formål å drive forskning og utviklingsarbeid som kan bidra til økt kunnskap om sosiale forhold og endringsprosesser. Instituttet skal fokusere på problemstillinger om livsløp, levekår og livskvalitet, samt velferdssamfunnets tiltak og tjenester.

© Velferdsforskningsinstituttet NOVA
Høgskolen i Oslo og Akershus 2015

ISBN (trykt utgave) 978-82-7894-546-9

ISBN (elektronisk utgave) 978-82-7894-547-6

ISSN 0808-5013 (trykt)

ISSN 1893-9503 (online)

Illustrasjonsfoto: © colourbox.no
Desktop: Torhild Sager
Trykk: Allkopi

Henvendelser vedrørende publikasjoner kan rettes til:
NOVA, HiOA
Stensberggata 26 · Postboks 4, St. Olavs plass, 0130 Oslo
Telefon: 67 23 50 00
Nettadresse: www.hioa.no/nova

Forord

I 2011 var det en utlysning fra Program for helse- og omsorgstjenester ved Norges forskningsråd innenfor «Resultatevaluering av Omsorgsplan 2015». Målsettingen med evalueringen er gitt i oppdragsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet og Norges forskningsråd: *«å undersøke hvordan Omsorgsplanen har materialisert seg i ulike kommuner. Fokus skal settes på konkrete resultater som har kommet ut av Omsorgsplanen og dens fire hovedsaker: Nye årsverk, 12 000 nye omsorgsplasser, Demensplan 2015, Kompetanseløftet 2015».*

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo, Senter for omsorgsforskning, Østlandet ved Høgskolen på Gjøvik og Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA ved HiOA) dekket samlet sett kompetansen som er relevant for evalueringen og utgjør et konsortium som dekker hele evalueringen.

Evalueringen omfatter tre delprosjekter der vi studerer Omsorgsplan 2015 sine effekter på:

- Kommunale omsorgsplaner (A)
- Kommunenes drifts- og investeringsnivå i pleie- og omsorgstjenestene (B)
- Tjenestenes innhold, fordeling og kvalitet (C)

NOVA fikk ansvar for å gjennomføre delprosjekt A: Kommunale omsorgsplaner. Resultatene bygger på en gjennomgang av det kommunale planverket fram til 1. mars 2013 og en spørreundersøkelse og semi-strukturerte intervjuer med kommunale ledere fra pleie- og omsorgssektoren. Anders Kvale Havig har gjennomført datainnsamlingen og laget et først utkast til rapporten. Heidi Gautun har analysert svarene til de semi-strukturerte intervjuene og skrevet kapittel 5. Marijke Veenstra har gjennomført analysene for kapittel 3 og 4, og ferdigstilt rapporten. Takk til våre kolleger Christine Thokle Martens for hjelp med datainnsamlingen og Svein Olav Daatland for kvalitetssikring av rapporten. Alle informantene skal ha en stor takk for å ha tatt seg tid til å delta i undersøkelsen.

Oslo, mars 2015

Marijke Veenstra, Anders Kvale Havig og Heidi Gautun

Innhold

Sammendrag	7
1 Innledning	11
1.1 Bakgrunn	11
1.2 Kommunal planlegging	14
1.3 Målsetting	16
2 Metode	19
2.1 Gjennomgang av planverket til 428 kommuner	19
2.2 Kvaliteten på planverkets behandling av hovedsatsinger fra OM2015	21
2.3 Erfaringer fra kommunale ledere	22
2.4 Bakgrunnsvariabler	23
2.5 Analyser	24
3 Omfang av omsorgsplaner	25
3.1 Lokale delplaner	25
3.2 Planstrategien og kommuneplanen	29
3.3 Konklusjon	33
4 Kvaliteten på planverkets behandling av hovedsatsingene fra Omsorgsplan 2015	35
4.1 Status i pleie- og omsorgssektor	35
4.2 Vurdering av framtidige behov og etterspørsel	36
4.3 Tilbud og kompetanse i demensomsorgen	37
4.4 Strategier for rekruttering og kompetanseheving	38
4.5 Totalskåre for fire indekser og interkommunale variasjoner	39
4.6 Konklusjon	43
5 Erfaringer med lokale delplaner for pleie- og omsorgstjenestene	45
5.1 Kommuner som ikke har en lokal delplan	45
5.2 Kommuner som har en lokal delplan	46
5.3 Oppfattes lokale delplaner å være nyttig for kommunen?	46
5.4 Behov for en nasjonal veileder for planlegging?	50
5.5 Kopling mellom omsorgsplan og handlingsplan?	51
5.6 Oppsummering	53
6 Avslutning	55
6.1 Lokale delplaner for å møte fremtidige utfordringer i pleie- og omsorgssektoren	55
6.2 Helhetlige kommuneplaner?	56
6.3 Innhold i det kommunale planverket	57
6.4 Veien videre	58
Summary	61
Referanser	63
Vedlegg 1: Oversikt over kommuner i utvalg 2	65

Sammendrag

I St.meld. nr. 25 (2005–2006), også kalt Omsorgsplan 2015, løftet Regjeringen fram fire satsingsområder for at kommunene skal klare å håndtere framtidige pleie- og omsorgsutfordringer: (1) nye årsverk (2), nye omsorgsplasser, (3) økt kompetanse og (4) styrking av demensomsorgen. Et av hovedvirkemidlene i Omsorgsplan 2015 er å sette de framtidige omsorgsutfordringene på dagsorden i kommunal planlegging og stimulere kommunene til å utvikle lokale omsorgsplaner som en del av det helhetlige kommune- og økonomiplanarbeidet. I denne rapporten presenteres funn fra en delstudie som inngår i prosjektet «Resultatevaluering av Omsorgsplan 2015». Hensikten med rapporten er å vurdere i hvilken grad kommunene har utviklet lokale omsorgsplaner, og hvorvidt kommunene har satt framtidige pleie- og omsorgsutfordringer på dagsorden i det kommunale planverket. Vår tilnærming er tredelt og ser på henholdsvis *omfang* av planverket, *kvaliteten* i planverket og *erfaringer* med lokale delplaner. Metoden og datamateriale blir drøftet i kapittel 2.

Resultatene fra kapittel 3 antyder at 41 prosent av alle landets kommuner har utarbeidet en lokal delplan for pleie- og omsorgssektoren per 1. mars 2013. Tar vi også høyde for kommuner som har spesifisert de fire hovedsatsingene fra OM2015 i planstrategi, samfunnsdel eller handlingsplan, er det cirka 55 prosent som har satt de fremtidige omsorgsutfordringene på dagsorden i kommunal planlegging. Det er betydelige fylkesvise variasjoner i hvorvidt kommunene har utarbeidet lokale delplaner for pleie- og omsorgssektoren, som kan tyde på ulik grad av involvering av fylkesmennene. Hovedsatsingene fra OM2015 omtales i størst grad i kommunenes handlingsplaner. Disse revideres årlig og kan dermed lettere ivareta nyere satsinger. Fravær av omsorgsplaner er størst blant de minste kommunene. Forklaringene kan være relatert til både behov og tilgjengelige ressurser. Planverket til de største kommunene omtaler ofte hovedsatsingsområdene, men store kommuner klarer i mindre grad å spesifisere utfordringene, det vil si diskutere hvilke konsekvenser de har for kommunen og beskrive strategier for å møte utfordringene.

Resultatene fra kapittel 4 baseres på en gjennomgang av det kommunale planverket (lokal delplan, planstrategi, samfunnsdel og handlingsplan) til 67 kommuner. Planverket ble vurdert etter fire indekser:

- (1) Status i kommunens pleie- og omsorgssektor;
- (2) Framtidige behov og etterspørsel i pleie- og omsorgstjenester;
- (3) Tilbud og kompetanse i demensomsorgen; og
- (4) Strategier for rekruttering og styrking av kompetanse innenfor pleie- og omsorgssektor.

Planverket til kommunene omtaler oftest status i kommunens pleie- og omsorgssektor. Over halvparten av planene har oversikt over antall sykehjemsplasser, brukere av hjemmetjenester og brukerstatistikk (KOSTRA) for å gi en oversikt over status i pleie- og omsorgstjenestene. Strategier for rekruttering og kompetanseheving i pleie- og omsorgssektoren blir i liten grad omtalt i planverket. De minste kommunene har i noe mindre grad klart å plassere pleie- og omsorgsutfordringer og satsinger fra OM2015 på dagsorden i sine planverk enn større kommuner. Men små kommuner som har utarbeidet en lokal omsorgsplan, skårer høyere på kvalitet i det øvrige planverket sammenlignet med små kommuner uten en slik lokal plan.

I kapittel 5 drøftes hvilke erfaringer ansatte i kommuneadministrasjonen og tjenesteledere i 23 kommuner har med lokale delplaner. Alle informantene som er intervjuet gir uttrykk for at en omsorgsplan er nyttig for kommunen de jobber i. Flere vektlegger betydningen av prosessen med å utarbeide omsorgsplanen. En viktig forutsetning for at omsorgsplaner iverksettes i handlingsplaner sies å være at omsorgsplanen er realistisk og basert på kunnskap om status for og framskrivning av bemannings- og brukergruppens behov.

I kapittel 6 oppsummeres rapportens funn og utfordringer framover. Tilnærmet alle lokale omsorgsplaner er datert fra etter at OM2015 trådte i kraft i 2006, og de fleste gjelder fra 2011, noe som kan tyde på en ekstra innsats i forlengelse av OM2015. De forholdsvis store fylkesvise variasjonene i omfang av lokale delplaner kan spores tilbake til fylkesmennenes rolle og er i tråd med tidligere funn av store regionale variasjoner i status og organiseringen av for eksempel planforum og opplevelsen av fylkeskommunens veiledningsrolle. En

kort og konsis nasjonal veileder eller mal kan være et redskap som veier opp for slike variasjoner, og som kan bistå noen kommuner som synes det er utfordrende å lage en lokal delplan.

Utarbeidelse av lokale delplaner for pleie- og omsorgssektoren bidrar til at hovedsatsingsområder fra OM2015 i større grad blir del av det helhetlige planarbeidet i kommunene. Det bidrar også til at ansatte i ulike deler av kommuneadministrasjonen, tjenestene og politikere kommer sammen og utvikler en felles forståelse over hva som er utfordringer, prioriteringer og løsninger i kommunens pleie- og omsorgssektor. Dersom en plan skal fungere som et dokument som legger føringer for praktisk politikk, må den være forankret hos kommunepolitikere som fordeler ressurser og legger føringer for det totale tilbudet av pleie- og omsorgstjenester, blant annet hvordan tjenestene skal organiseres, fordeles og prioriteres. Kapitlet drøfter avslutningsvis noen forslag til veien videre innenfor både forskning og kommunal planlegging. Et viktig spørsmål er hvorvidt planene gir kommunene drivkraft til å gjennomføre planlagte endringer i pleie- og omsorgssektoren i de påfølgende årene.

1 Innledning

I St.meld. nr. 25 (2005–2006), også kalt Omsorgsplan 2015, uttrykte Regjeringen bekymring over hvordan kommunene skal håndtere framtidige pleie- og omsorgsutfordringer. Nye brukergrupper, aldring, knapphet på omsorgsytere, medisinsk oppfølging og aktiv omsorg, er definert som de viktigste utfordringene. Fire satsingsområder ble særlig løftet frem: (1) nye årsverk (2), nye omsorgsplasser, (3) økt kompetanse og (4) styrking av demensomsorgen¹. Et av hovedvirkemidlene i Omsorgsplan 2015 er å sette de framtidige omsorgsutfordringene på dagsorden i kommunal planlegging og stimulere kommunene til å utvikle lokale omsorgsplaner som en del av det helhetlige kommune- og økonomiplanarbeidet. Dette er fokus i denne rapporten hvor vi presenterer funn fra en delstudie som inngår i prosjektet «Resultatevaluering av Omsorgsplan 2015». Hensikten med rapporten er å vurdere i hvilken grad kommunene har utviklet lokale omsorgsplaner og hvorvidt kommunene har satt framtidige pleie- og omsorgsutfordringene på dagsorden i det kommunale planverket.

Før vi spesifiserer nærmere hvilke spørsmål som er belyst i denne studien, vil vi gi en kort beskrivelse av hvordan Omsorgsplan 2015 er tenkt å stimulere arbeidet med det kommunale planverket og referere noen resultater fra foreliggende undersøkelser på dette feltet. Vi gir også en kort oversikt over planprosessen i kommunene.

1.1 Bakgrunn

Omsorgsplan 2015, heretter kalt OM2015, ble lagt fram høsten 2006 og er Regjeringens plan for å styrke både kapasiteten, kompetansen og kvaliteten i de kommunale omsorgstjenestene. Tiltakene og virkemidlene som har blitt iverksatt inkluderer investeringstilskudd til kommunene til bygging eller utbedring av 12 000 heldøgns omsorgsplasser i perioden 2008 til 2015. Så langt viser resultatene at målsettingen om 12 000 plasser etter all sannsynlighet

¹ Oppdragsbrev- Resultatevaluering av Omsorgsplan 2015. (Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet, oppdragsbrev, mai, 2010)

er nådd innen utgangen av 2015 (Meld. St. 29 (2012–2013). Morgendagens omsorg). OM2015 inkluderer følgende delplaner: Kompetanseløftet 2015, Demensplan 2015 og Nevroplan 2015. Nevroplan 2015 ble lagt fram høsten 2012, og skal bidra til å styrke kompetanse og kvalitet i det kommunale tjenestetilbudet til personer med nevrologiske lidelser. Kompetanseløftet er Regjeringens kompetanse og rekrutteringsplan og sikter på innen utgangen av 2015:

- å ha økt bemanningen i de kommunale omsorgstjenester med 12 000 årsverk
- å ha hevet det formelle utdanningsnivået i omsorgstjenestene
- å sikre bruttotilgang på om lag 4500 helsefagarbeidere per år;
- å ha kapt større faglig bredde; og
- å ha styrket veiledning, internopplæring og videreutdanning

NIFU STEP og NIBR har tidligere gjennomført en evaluering av Kompetanseløftet 2015 for fireårsperioden 2007–2011 (Aamodt et al., 2011). Evalueringen viser en betydelig vekst i antall årsverk, og spesielt av faglært personell, selv om mange kommuner opplever problemer med å rekruttere personell med ønsket utdanning. Funnene viser også tegn på at veksten stagneres (Tjerbo et al., 2012), men at målet om 12 000 nye årsverk nåes med klar margin (Hagen et al., 2013).

Gjennom Demensplanen ønsker Regjeringen å styrke tjenestetilbudet til personer med demens ved økt kunnskap og kompetanse, øke dagaktivitetstilbudet og flere tilpassede boliger. En nasjonal kartlegging av tjenestetilbudet til personer med demens, inkludert virkninger av Demensplan 2015, gjennomføres av Aldring og Helse i samarbeid med Helsedirektoratet og fylkesmanns-embetene. Så langt viser kartleggingen en økning av kommuner med pårørendeskoler, samt at ansatte i de fleste kommuner (mer enn 85 %) har startet demensopplæring gjennom Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC (St.Meld. nr. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg). Sluttrapport for denne nasjonale kartleggingen foreligger i løpet av sommeren 2015.

I følge OM2015 «framstår utfordringer på omsorgsområdet som en av kommunesektorens aller viktigste planleggingsoppgaver, og berører de fleste

sider av morgendagens lokalsamfunn. Regjeringen vil derfor understreke betydningen av at denne planleggingen skjer som en del av det helhetlige kommuneplanarbeidet» (St.meld. nr. 25 (2005–2006)). Regjeringen har gjennom flere rundskriv og dokumenter oppfordret kommunene til å sette framtidens omsorgsutfordringer på dagsorden i kommunal planlegging². Satsingen på å forbedre planleggingen skulle følges opp av Helsedirektoratet og Fylkesmennene³. Et eksempel på slik oppfølging, er arbeidet fra fylkesmennene i Sør- og Nord-Trøndelag med å utvikle og implementere verktøy for planlegging av helse- og omsorgstjenestene. Sør-Trøndelag har dessuten utviklet en veileder for hvordan kommunene kan tilrettelegge for framtidens omsorgsutfordringer (Veileder omsorgsplan som tematisk kommunedelplan).

En tidligere spørreunde blant kommunale ledere viste at 28 prosent av 232 kommuner i 2009 og 56 prosent av 225 kommuner i 2011, hadde et vedtatt plandokument for pleie- og omsorgssektoren (Disch og Vetvik (2009, Vetvik & Disch 2013)). Funnene viser en viss treghet i det kommunale planarbeidet ved at det fem år etter St.meld. nr. 25 fortsatt er mindre enn 60 prosent av kommunene som har en nyere omsorgsplan. I denne rapporten skal vi se nærmere på nettopp denne utviklingen ved å kartlegge for *alle* landets kommuner i hvilken grad de har utviklet lokale omsorgsplaner og *hvordan* kommunene har satt framtidige pleie- og omsorgsutfordringer på dagsorden i det kommunale planverket.

Det vil naturligvis være en viss usikkerhet knyttet til hvorvidt det er OM2015 som har bidratt til et eventuelt økt fokus på utfordringene og de fire satsingsområder i kommunal planlegging. Samtidig som Omsorgsplan 2015 gjennomføres, starter arbeidet med å utvikle og innarbeide nye og framtidrettede løsninger (St.Meld. nr. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg), og Samhandlingsreformen trådte i kraft 1. januar 2012 (St.meld. nr. 47 (2008–2009)). Programmet *Helse og Omsorg i Plan* har, for eksempel, blitt utviklet i forlengelse av OM2015 og Samhandlingsreformen. Dette er et

² Blant annet Rundskriv fra Helsedirektoratet, IS-1/2011 og Oppdragsbrev- Resultat-evaluering av Omsorgsplan 2015, Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet, oppdragsbrev, mai, 2010.

³ Embetsoppdraget (2009–2011). *Det elektroniske embetsoppdraget til fylkesmennene*, punkt 86.1 og Rundskriv fra Helsedirektoratet, IS-1/2011.

opplærings- og utviklingsprogram for blant annet kommunale planleggere i langsiktig og strategisk samfunnsplanlegging innen helse- og omsorgstjenestene. Regjeringen og Kommunenes Sentralforbund (KS) inngikk i desember 2012 en avtale om kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Gradvis avløses OM2015 av Omsorgsplan 2020 og funnene som rapporteres her vil være et resultat av flere parallelle satsinger og tiltak i perioden etter 2006.

1.2 Kommunal planlegging

Kommunal planlegging er forankret i Plan- og bygningsloven (§ 11) og har utviklet seg i tråd med samfunnets økende behov for styring og prioritering av viktige, nye fellesoppgaver. Den første landsdekkende plan- og bygningsloven kom i 1965, og innførte et nasjonalt plansystem med integrert helhetsplanlegging på kommunalt nivå. Loven ble begrunnet med samfunnets økende behov for styring og prioritering av viktige nye fellesoppgaver (NOU 2001:7, 2001). Loven fra 1965 ble revidert i 1985 og 2008. Endringene i 1985 hadde som formål å styrke den kommunale planleggingen og å inkludere planverket som en del av kommunens sentrale styringssystem (Aarsæther, 2012a). Historisk sett har planleggingsarbeidet vært dominert av kommuneadministrasjon, og planprosessen ble lenge sett på som en ekspert-styrt aktivitet (Falleth, 2012). Endringer i lovverket i 1965 og særlig i 1985, hvor kommunene fikk delegert myndigheten til å godkjenne planene, medførte at planprosessen gradvis ble mer demokratisert og politisert. Endringene som kom med gjeldende lov av 2008 siktet til å gjøre lovverket mer oversiktlig og ryddig (Aarsæther, 2012b). Lovendringen innførte også et nytt plandokument, Kommunal planstrategi, som gir føringer for planleggingsbehovet og prioriterte planoppgaver i den kommunale valgperioden (§ 10-1). Med innføringen av kommunal planstrategi er politikere blitt ytterligere involvert i planarbeidet (Lovkommentar, Klima- og miljødepartementet, 2009). Ny plandel av plan- og bygningsloven trådte i kraft 1. juli 2009.

I tillegg til Plan- og bygningsloven av 2008 blir kommunenes planarbeid regulert i kommunelovens § 44 (Kommuneloven, 1992), som stiller krav om at kommunene hvert år skal vedta en rullerende økonomiplan. Dagens samlede kommuneplan omfatter en samfunnsdel med handlingsdel og en arealdel.

Fokuset i denne rapporten er på planstrategi, kommuneplanens samfunnsdel med tilhørende delplaner for omsorgssektoren, og på handlings- og økonomiplanen.

Planstrategi

Planstrategien er et virkemiddel for å sette fokus på de planoppgavene som kommunen bør starte opp med eller videreføre (Lovkommentar, Klima- og miljødepartementet, 2009). Planstrategien skal rulleres hvert fjerde år og senest ett år etter at et nytt kommunestyre er konstituert. Siste kommunevalget var i 2011, og de fleste planstrategiene i denne rapporten vil dermed datere seg fra 2012. Ettersom planstrategien skal inneholde en vurdering av de ulike sektorenes planbehov, bør den drøfte om kommunen har behov for en egen delplan for omsorgssektoren eller om sektorens planbehov blir tilfredsstillende ivaretatt i kommuneplanens samfunnsdel og/eller i handlings- og økonomiplanen.

Kommuneplanens samfunnsdel

Kommuneplanens samfunnsdel skal være det overordnede strategiske styringsdokumentet til en kommune og være en premiss for senere vedtak på de områdene som planen omfatter (Lovkommentar, Klima- og miljødepartementet, 2009; Veileder kommuneplanprosessen, Klima- og miljødepartementet, 2012). Planen skal videre ha et langsiktig perspektiv og bør omfatte alle viktige mål og oppgaver i kommunen (§11-1, Plan- og bygningsloven, 2008). Dersom kommunen anser det som hensiktsmessig, kan det inngå kommunedelplaner for temaer eller virksomhetsområder i kommuneplanens samfunnsdel (§11-2, Plan- og bygningsloven, 2008). Kommunene er følgelig ikke pålagt å utvikle egne delplaner. Eventuelle delplaner skal imidlertid være forankret i kommuneplanens samfunnsdel.

Handlings- og økonomiplan

Kommuneplanens samfunnsdel og eventuelle delplaner må inneholde en handlingsdel som revideres årlig og som angir hvordan kommunen har tenkt å gjennomføre kommuneplanens samfunnsdel de neste fire årene innenfor kommunens økonomiske rammer (Lovkommentar, Klima- og miljødepartementet, 2009). Siden handlingsdelen er direkte knyttet til samfunnsdelen, er

den ikke en selvstendig planoppgave, men en konklusjon på hvordan samfunnsdelen med eventuelle delplaner skal følges opp. Kravet om at samfunnsplanen skulle ha en egen handlingsdel, ble innført som en del av den nye planloven av 2008. I Kommune-lovens § 44 (Kommune-loven, 1992) åpnes det for at økonomiplanen kan inngå i handlingsdelen. Pålegget om en egen handlingsdel for delplaner innebærer at alle delplaner for omsorgssektoren må inneholde en handlingsdel som beskriver hvordan planen skal settes ut i livet de neste fire årene.

Planlegging er ikke en enkel og tidsavgrenset handling, men en prosess bestående av en serie med enkelthandlinger som er knyttet sammen og som går over en tidsperiode (Aarsæther, 2012a; Kleven, 1988). Kommunal planlegging opererer i skjæringsfeltet mellom fagkunnskap og politikk, hvor fagkunnskapen er representert ved kommuneadministrasjonen og politikken ved kommunestyret. Samspillet og rollefordelingen mellom planleggere og politikere fungerer imidlertid ikke alltid i henhold til planteorien. En av forklaringene er at de to aktørene har ulike logikker eller rasjonaliteter (Kleven 1998). Planleggere skal se ting i sammenheng, legge til rette for en organisert felles handling og er opptatt av hvordan årsak og virkning henger sammen. Politikere er opptatt av å gjøre problemer håndterbare og gjøre det som er mulig innenfor det aktuelle politikk- og ansvarsområdet. Aarsæthers (2012a) modell for kommunal planlegging anbefaler at planprosessen inkluderer en oversikt over dagens situasjon, beskrivelser av sannsynlige framtidige scenarier og mål, og en beskrivelse av tiltak kommunen eventuelt må iverksette for å nå de framtidige målene. En slik planprosess er altså basert på kunnskapsbaserte data og systematiske metoder. KOSTRA databasen (KOMMUNE STAT RAPPORTERINGEN) er et godt eksempel på en database som kan gi kommunene mulighet for å bruke standardisert kunnskap om ressursinnsatsen, prioriteringer og måloppnåelse i blant annet kommunenes pleie- og omsorgssektor og vurdere fremtidig etterspørsel etter pleie- og omsorgstjenester.

1.3 Målsetting

Formålet med rapporten er å belyse i hvilken grad Omsorgsplan 2015 (OM2015) har bidratt til å sette framtidige pleie- og omsorgsutfordringer på dagsorden i det kommunale planverket. Vår tilnærming er tre-delt:

(1) Å vurdere i hvilken grad kommunene har utviklet lokale omsorgsplaner og omtalt de fire hovedsatsingsområder (nye årsverk, nye omsorgsplasser, økt kompetanse og styrking av demensomsorgen) fra OM2015 i det kommunale planverket. Vi spør:

- Hvor mange kommuner har utarbeidet lokale delplaner for pleie- og omsorgssektoren etter 2006?
- I hvilken grad omtales de fire hovedsatsinger fra OM2015 i planstrategien, kommuneplanens samfunnsdel og handlings-/økonomiplan?
- Hvilke kommuner har høyere sannsynlighet for å ha lokale delplaner eller for å omtale de fire hovedsatsingsområder fra OM2015?
- Har kommuner med lokale delplaner en større sannsynlighet for å omtale de fire hovedsatsingsområder fra OM2015 i handlings-/økonomiplanen enn kommuner uten lokale delplaner?

(2) Å kartlegge kvaliteten på planverkets behandling av de de fire hovedsatsingsområder fra OM2015. Vi spør:

- Inneholder planverket en oversikt over status i pleie- og omsorgssektor?
- Viser planverket til en kartlegging av framtidige behov og etterspørsel i pleie- og omsorgstjenester?
- Inneholder planverket en vurdering av tilbud og kompetanse i demensomsorgen?
- Fremmer planverket strategier for rekruttering og styrking av kompetanse innenfor pleie- og omsorgssektoren?
- Hva kjennetegner kommuner med god kvalitet på planverkets behandling av de fire hovedsatsingsområder fra OM2015?

(3) Å beskrive erfaringer fra kommunale ledere med å sette framtidige pleie- og omsorgsutfordringene på dagsorden i det kommunale planverket. Vi spør:

- I hvilken grad opplever kommunale ledere at lokale delplaner er et egnet virkemiddel for å forberede kommunen på de framtidige pleie- og omsorgsutfordringene?

2 Metode

Tabell 2.1 gir en oversikt over de ulike utvalgene og datakildene som ble benyttet for å belyse de tre delmålene i undersøkelsen. For å vurdere i hvilken grad kommunene har utviklet lokale omsorgsplaner og satt de fire hovedsatsingsområder fra OM2015 på dagsorden i det kommunale planverket (delmål 1), har vi kartlagt planverket til alle landets kommuner. Per 1. januar 2013 var det 428 kommuner i Norge. Kvaliteten på planverkets behandling av de fire hovedsatsingsområder fra OM2015 (delmål 2) ble kartlagt for et underutvalg på 67 kommuner (se vedlegg 1 for en oversikt over kommuner). Semi-strukturerte intervjuer i et underutvalg av ledere fra 28 av disse kommuner ble brukt som hovedkilde for å beskrive erfaringer med å utvikle lokale delplaner for pleie- og omsorgssektoren (delmål 3).

Tabell 2.1 Oversikt over kommuneutvalg, delmål og datakilder

	Utvalg 1 (428 kommuner)	Utvalg 2 (67 kommuner)	Utvalg 3 (28 kommuner)
Delmål	Omfang lokale delplaner og fire hovedsatsingsområder (Delmål 1)	Kvaliteten på planverkets behandling av OM2015 (Delmål 2)	Erfaringer med lokale delplaner for pleie- og omsorgssektoren (Delmål 3)
Data-kilder	<i>Planverket:</i> Delplan for pleie- og omsorgssektoren, planstrategien, samfunnsdel og handlings- og økonomiplan. <i>KOSTRA 2012</i>	<i>Planverket:</i> Delplan for pleie- og omsorgssektoren, planstrategien, kommuneplanens samfunnsdel og handlings- og økonomiplanen. <i>KOSTRA 2012</i>	<i>Semi-strukturerte intervjuer</i> med kommunale ledere i pleie- og omsorgssektor.
Datainn-samling	1.12.2012–1.03.2013	1.09.2013–1.02.2014	1.09.2013–1.02.2014

2.1 Gjennomgang av planverket til 428 kommuner

For å vurdere i hvilken grad kommunene har utviklet lokale omsorgsplaner og satt de fire hovedutfordringer fra OM2015 på dagsorden i det kommunale planverket, har vi innhentet planverket fra alle landets 428 kommuner. De

gjeldende kommunale planene skal være tilgjengelige for offentligheten og er derfor vanligvis tilgjengelige på hjemmesidene til kommunene.

Lokale delplaner ble innhentet ved å gå inn på kommunens hjemmeside på internett og undersøke menyene og undermenyene for å se om disse henviste til kommunens plandokumenter, inklusiv lokale delplaner. Dersom ingen lokale delplaner var synlig på denne måten, søkte vi etter lokale delplaner på søkemotoren Google ved hjelp av søkeordene «omsorgsplan» og «eldreplan» til den respektive kommune. Fant vi et høringsutkast eller møtereferat som omtalte en delplan under søk på internett eller på kommunens hjemmeside, tok vi kontakt med kommunen og bad om å få en eventuell PLO-plan oversendt per e-post eller post. Dersom søkene på hjemmesiden og internett ikke gav noe resultat, undersøkte vi planstrategien, kommuneplanen og handlings- og økonomiplanen for å se om de refererte til en egen delplan for pleie- og omsorgssektor. Vi studerte særlig planstrategien nøye siden den i utgangspunktet skal inneholde en oversikt over kommunens planbehov, planaktiviteter og delplaner (Lovkommentar, Klima- og miljødepartementet, 2009). Alle lokale omsorgsplaner som vi fant ble lastet ned og lagret elektronisk. Demensplan eller Kompetanseplan ble ikke registrert som lokal omsorgsplan da slike planer ble vurdert som en temaplan som belyser kun et tema innenfor pleie- og omsorgssektoren. Vi definerte følgelig en lokal delplan for pleie- og omsorgssektor som en *overordnet plan for pleie- og omsorgssektoren, med hovedvekt på omsorgstjenester for personer 67 år eller eldre*. Videre måtte planen være gjeldende, det vil si at planperioden ikke hadde utløpt per 31.12. 2012. I tillegg til at vi registrerte hvorvidt kommunen hadde en gyldig lokal omsorgsplan, registrerte vi også oppstartsår, varighet og antall sider til planen.

For å belyse hvorvidt de fire hovedsatsingen fra OM2015 (*nye årsverk, nye omsorgsplasser, økt kompetanse og styrking av demensomsorgen*) ble drøftet i det øvrige planverket, innhentet vi kommunenes planstrategi, samfunnsdel og handlings-/økonomiplan. Også disse tre plandokumentene ble lastet ned og lagret elektronisk, og metoden var den samme som ved å finne fram til kommunenes lokale delplaner. Dersom vi ikke fant samfunnsdelen til en kommune, som vi anså som kommunenes hovedplan (§11-1, Plan- og bygningsloven, 2008), sendte vi en e-post til kommunen og bad om å få den

oversendt elektronisk eller per post. Følgende informasjon rapporteres for hver av de tre plandokumentene (dersom tilgjengelig):

- Året planene gjelder fra.
- Om plandokumentene omtaler minst én av de fire hovedutfordringene i OM2015: *nye årsverk, nye omsorgsplasser, økt kompetanse og styrking av demensomsorgen.*
- Om minst én av de fire utfordringene nevnes spesifikt; det vil si at planverket diskuterer hvilke konsekvenser utfordringen(e) har for kommunen og/eller hvordan kommunen skal agere for å håndtere/møte utfordringen(e).

2.2 Kvaliteten på planverkets behandling av hovedsatsinger fra OM2015

For å kartlegge kvaliteten på planverkets behandling av de de fire hovedsatsingsområder fra OM2015, fokuserte vi på planverket til et utvalg bestående av 67 kommuner. Femti av disse kommunene er hentet fra et kommuneforskningspanel som er utarbeidet av sentrene for omsorgsforskning. Kommunene i kommuneforskningspanelet har gjennom skriftlige avtaler med sentrene for omsorgsforskning forpliktet seg til å delta i forskningsprosjekter. De 50 kommunene utgjør et tilnærmet representativt utvalg av norske kommuner, og er stratifisert etter region (Østlandet, Sørlandet, Vestlandet, Midt-Norge og Nord-Norge) og befolkningsstørrelse. De 17 andre kommunene i utvalget er vertskommuner for undervisningssykehjem eller -hjemmetjeneste. Alle landets fylker er representert med minst to kommuner i utvalget (se vedlegg). For å vurdere *kvaliteten* på planverkets behandling av utfordringene i OM2015 (nye årsverk, nye omsorgsplasser, økt kompetanse og styrking av demensomsorgen) ble det laget 33 indikatorer med utgangspunkt i Aarsæthers (2012a) modell for kommunal planlegging. En nærmere oversikt over disse indikatorene gis i kapittel 4.1.

Gjennomgangen av plandokumentene og vurderingen av indikatorer ble utført på følgende måte: Først ble alle plandokumentene, det vil si *planstrategien, kommuneplanens samfunnsdel, handlingsplanen/økonomiplanen* og *eventuell delplan for pleie- og omsorgssektoren*, til 67 kommuner grundig gjennomlest. All tekst som omhandlet indikatorene ble markert og notater til hjelp i bedømmelsen ble nedtegnet. Umiddelbart etter gjennomlesingen ble

teksten som var markert og eventuelle notater lest én gang til. Deretter ble det foretatt en bedømmelse av om indikatorene var oppfylte (verdi = 1) eller ikke (verdi = 0). Etter bedømmelsen ble alle plandokumentene gjennomgått enda en gang for å kontrollere om noe informasjon i plandokumentene hadde blitt oversett. Skårene for de ulike indikatorene ble beregnet hver for seg og som sumskår til de fire indekser (kapittel 4.1). I tillegg beregnet vi en totalskår for alle kategoriene. Høyest mulig totalskår var dermed 33 (alle indikatorene oppfylte) og laveste skår var 0 (ingen av indikatorene oppfylt).

Det var stor variasjon i hvor lang tid det tok å vurdere planverket. I kommuner med et lite omfattende planverk foregikk vurderingen på under 15 minutter, mens den i kommuner med et omfattende planverk kunne ta opptil 150 minutter.

2.3 Erfaringer fra kommunale ledere

For å beskrive hvilke erfaringer kommunale ledere har med å sette framtidige pleie- og omsorgsutfordringene på dagsorden i det kommunale planverket, benyttet vi oss av semi-strukturerte intervjuer med kommunale ledere fra 28 kommuner (utvalg 3). Disse kommuner ble trukket fra utvalg 2, stratifisert etter størrelse og region, som også var grunnlag for en større spørreundersøkelse gjennomført i det overordnede prosjektet. Spørsmålene fra vår studie inngikk altså i en større spørreundersøkelse med de samme informantene. Én til fire ledere deltok i intervjuene, som ble gjennomført ved besøk i kommunen. Spørsmålene som ble undersøkt var:

- Hvilken nytte opplever informantene at en lokal delplan har for kommunen?
- Opplever informantene at det er behov for en nasjonal veileder for planlegging av pleie- og omsorgstjenestene i kommunen?
- Hvordan er koblingen mellom omsorgsplanen og handlingsplanen?

2.4 Bakgrunnsvariabler

Vi har analysert KOSTRA data per 2012, fra Statistisk sentralbyrå, for å belyse variasjon på tvers av kommuner. Følgende variabler er inkludert:

- Fylke (18 kategorier, Oslo og Akershus er slått sammen)
- Kommunestørrelse (antall innbyggere)
- Antatt vekst i andel innbyggere over 80 år fram til 2035
- Frie inntekter per 1000 innbyggere
- Helse- og omsorgssektorens andel av totale brutto kostnader

Fylke: Fylkesmennene fikk gjennom OM2015 i oppdrag å bidra til at kommunene setter framtidens omsorgsutfordringer på dagsorden i kommunal planlegging (Embetsoppdrag 2009, 2010, 2011). Fylkesmennene opererer relativt uavhengig av hverandre, og det er rimelig å anta at de har tolket og utført oppdraget med å følge opp kommunenes planarbeid på noe ulikt vis. Hvis man antar at fylkesmennenes handlinger overfor kommunene har en effekt på hvordan kommunene prioriterer og utfører sitt arbeid, er det rimelig å forvente fylkesvise variasjoner i omfanget i lokale omsorgsplaner og planverkets behandling av de fire hovedsatsingsområdene.

Kommunestørrelse: Store kommuner, med mange innbyggere, kan ha bedre organisatoriske og ressursmessige forutsetninger for å utarbeide et omfattende og kvalitetsmessig godt planverk enn små kommuner. Videre er det rimelig å anta at omsorgssektoren i store kommuner er mindre oversiktlig og forutsigbar enn i små kommuner, og at store kommuner dermed har større behov for å drive med planlegging enn små kommuner. Til analysene i kapittel 3 (utvalg 1) har vi delt opp kommunestørrelse i fem kategorier, mens analysene i kapittel 4, hvor kommuneutvalget er mindre (utvalg 2), brukes fire kategorier.

Antatt vekst av andel innbyggere over 80 år fram til 2035: OM2015 vektlegger aldringen av befolkningen som en av hovedutfordringene for kommunene i planlegging av fremtidige pleie- og omsorgstjenester. Kommuner viser imidlertid betydelig variasjon i alderssammensetning både nå og i framskrivinger fram til 2035. Kommuner som vil oppleve en vekst i befolkningsmengden kan

vente en økt etterspørsel etter pleie- og omsorgstjenester. Følgelig er det rimelig å anta at behovet for planlegging er større i kommuner som venter stor vekst i antall innbyggere enn i kommuner som venter liten eller ingen vekst. Vi bruker en variabel som angir den prosentvise veksten i befolkningen 80 år og eldre fra 2012 og fram til 2035.

Frie inntekter i kroner per innbygger er frie disponible inntekter som er et uttrykk for kommunenes økonomiske handlefrihet. Etter at bundne kostnader i alle sektorer er dekket, sitter kommunene igjen med frie midler som kan disponeres uten andre bindinger enn gjeldende lover og forskrifter. Det innebærer at kommuner med høyere frie inntekter per innbygger i utgangspunktet vil ha mer ressurser til å bruke på planlegging for å imøtekomme framtidige pleie- og omsorgsutfordringer.

Helse- og omsorgssektorens andel av totale brutto kostnader er en indikator på hvor sterk kommunene satser på helse- og omsorgstjenester i dag. Dekningsgrad for hjemmetjenester og sykehjem for innbyggere over 80 år, er en annen indikator som kunne være enda mer relevant, men fordi opplysninger ikke er tilgjengelige for små kommuner med færre enn fem personer som mottar slike tjenester ville vi få et unødvendig redusert utvalg. Kommuner hvor helse- og omsorgssektoren utgjør en relativt større andel av de totale brutto kostnader, antas å ha større sannsynlighet for å ha lokale omsorgsplaner og et planverk som setter de fire hovedsatsingsområder på dagsorden enn kommuner som bruker lite ressurser på dette.

2.5 Analyser

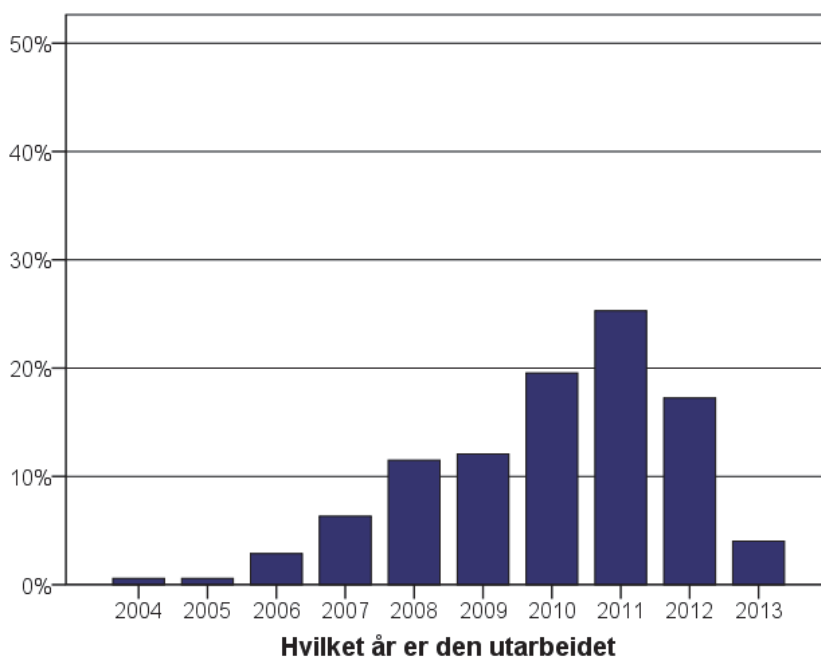
Vi bruker beskrivende statistikk for å angi forekomst av lokale delplaner og kvaliteten på planverket. Vi bruker χ^2 -test, t-test og variansanalyse (ANOVA) for å beskrive variasjoner på tvers av kommunestørrelse. I tillegg bruker vi bivariate korrelasjoner og logistisk regresjon for å vurdere de multivariate sammenhenger mellom bakgrunnsvariabler og forekomsten av lokale delplaner. Bivariate korrelasjoner og multippel lineær regresjonsanalyse brukes for å se på sammenhenger mellom bakgrunnsvariabler samt betydningen av lokale omsorgsplaner og kvaliteten på planverket.

3 Omfang av omsorgsplaner

I dette kapitlet ser vi på planverket fra alle landets 428 kommuner og vurderer hvor mange kommuner som har utarbeidet lokale delplaner for kommunens pleie- og omsorgssektor etter 2006, da OM2015 trådt i kraft. Fordi kommunene ikke er pålagt å utvikle lokale delplaner for pleie- og omsorgssektoren kartlegger vi også i hvilken grad de fire hovedsatsinger fra OM2015 (nye årsverk, nye omsorgsplasser, økt kompetanse og styrking av demensomsorgen) omtales i kommunens planstrategi, samfunnsdel og handlingsplan. Er det noen typer kommuner som har høyere sannsynlighet for å ha utviklet lokale delplaner eller for å omtale de fire hovedsatsingsområder fra OM2015 enn andre? Og ikke minst – har kommuner med lokale delplaner en større sannsynlighet for å spesifisere de fire hovedsatsingsområder i det øvrige planverket?

3.1 Lokale delplaner

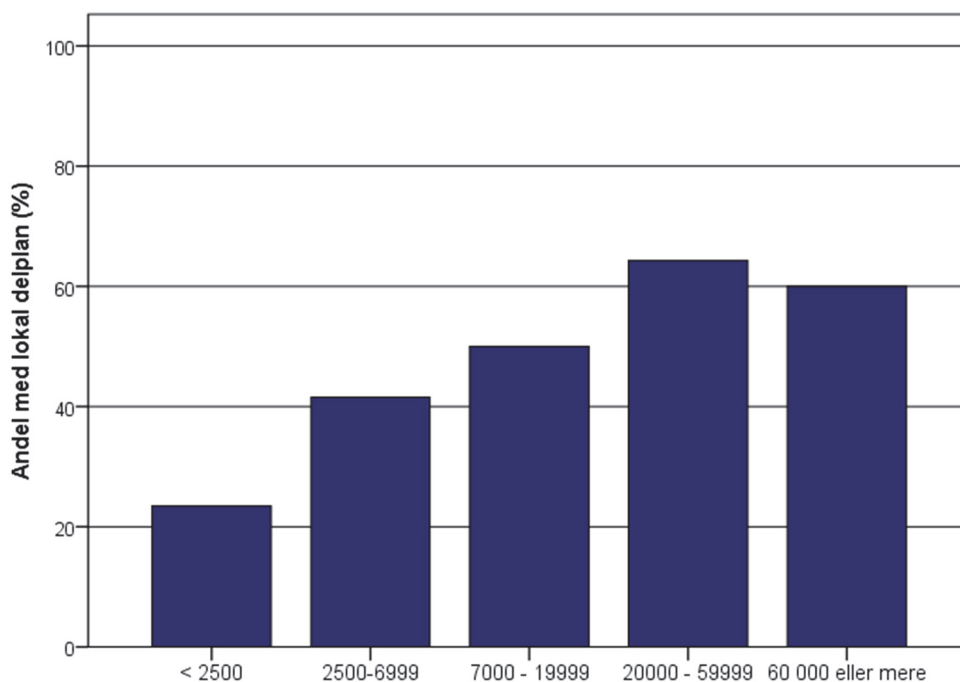
Per 1. mars 2013, hadde 41 prosent av alle landets kommuner en tilgjengelig lokal delplan for pleie- og omsorgssektor. De tidligste delplaner dateres fra 2004, mens de nyeste er datert fra 2013 (Figur 3.1). De fleste foreliggende lokale delplaner er utviklet i perioden 2010–2012. At det er forholdsvis få fra 2013 henger også sammen med at datafangstperioden ble avsluttet tidlig i det året.



Figur 3.1 Året kommuner har utviklet lokal delplan for pleie- og omsorgssektor (N=172)

Det var stor variasjon i lengden på perioden delplanene var tenkt å være gyldig for. Kortest varighet var to år, mens den lengste perioden var 41 år. Median lengde på varigheten til delplanene var ni år. Alt i alt 14 delplaner var tenkt å dekke en periode fram til 2030. De lokale omsorgsplanene varierte også betydelig i lengde, fra syv til 274 sider, med en median på 40 sider.

Figur 3.2 viser fordelingen over andel kommuner med lokal omsorgsplan etter kommunestørrelse. De minste kommuner (mindre enn 2 500 innbyggere) har en betydelig lavere sannsynlighet for å ha utviklet lokale delplaner for pleie- og omsorgssektor ($P\chi^2 < 0.001$). Alle delplaner i de største kommunene ($\geq 60\ 000$ innbyggere) dateres fra 2006 eller 2008. For kommuner med mindre enn 20 000 innbyggere, daterte over halvparten av planene fra 2011 eller senere.

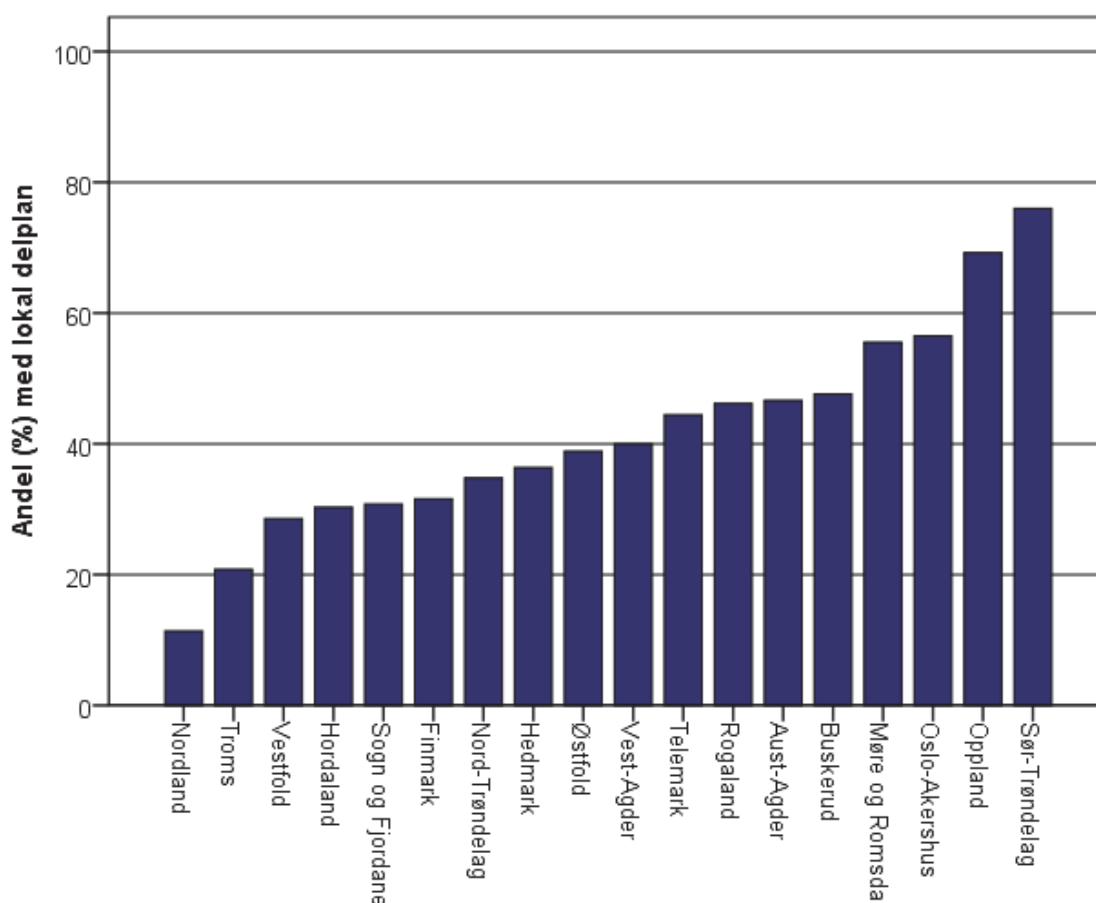


Figur 3.2. Andel (%) kommuner med lokal delplan for pleie- og omsorgssektor; etter kommunestørrelse (N=428)

Fylkesmennene kan påvirke hvordan kommunene prioriterer og utfører sitt planleggingsarbeid. Dermed er det interessant å se nærmere på fylkesvise variasjoner i andel kommuner som har utviklet lokale delplaner for pleie- og omsorgssektoren.

Figur 3.3 viser fordelingen over andel kommuner med lokal omsorgsplan etter fylkestilhørighet. Det er til dels markante fylkesvise forskjeller i andel

kommuner som har utviklet en lokal delplan for pleie- og omsorgssektoren ($P\chi^2 < 0.001$). I Sør-Trøndelag har 76 prosent av kommunene utviklet en slik lokal delplan, mens det er 11 prosent av kommunene i Nordland som har gjort dette.

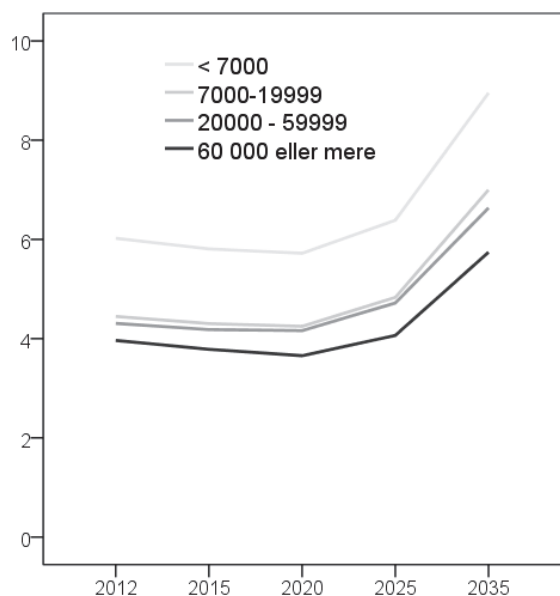


Figur 3.3. Andel (%) kommuner med lokal delplan for pleie- og omsorgssektor; etter fylkestilhørighet (N=428)

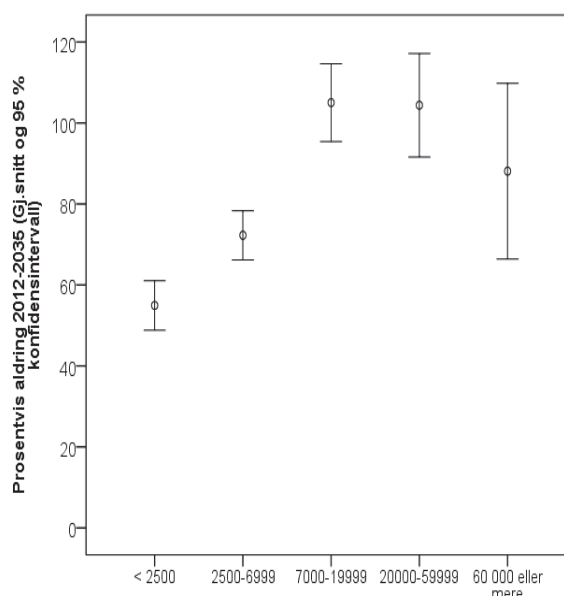
Kommunene i Sør-Trøndelag og Sogn og Fjordane viser en viss samling rundt året planene ble utarbeidet. I Sør-Trøndelag er 61 prosent av delplanene datert fra 2011, mens 75 prosent av delplanene i Sogn og Fjordane er datert fra 2012.

Kommunene kjennetegnes av ulik alderssammensetning fram til 2035. Små kommuner (< 7 000 innbyggere) har den relativt laveste prosentvise økning av antall eldre (80+) fram til 2035, mens mellomstore kommuner (7 000–60 000 innbyggere) har den høyeste. Figur 3.4a illustrerer framskrivningen av antall personer 80 år og eldre, fra 2012 til 2035 etter kommune-størrelse. Figur 3.4b viser den prosentvise økningen i antall personer 80 år og eldre. En økning på 100 prosent innebærer en fordobling av antall personer 80

år og eldre fra 2012 til 2035. Kommuner med relativt sterkere prosentvise økning av antall eldre (80 +) fram til 2035 har en noe større sannsynlighet for å ha utarbeidet en lokal delplan for pleie- og omsorgssektoren (Spearman korrelasjon = 0.148; P=0.002).



Figur 3.4a. Framskrivning av andel personer 80 år og eldre fra 2012, 2015, 2020, 2025, 2035 (MMMM-alternativ) etter kommunestørrelse. Kilde: KOSTRA SSB.



Figur 3.4b. Framskrivning av den prosentvise økningen i antall personer 80 år og eldre fra 2012 til 2035 i befolkningen (MMMM-alternativ) etter kommunestørrelse; (100 prosent = fordobling) Kilde: KOSTRA SSB.

I tillegg finner vi at kommuner med høyere disponible inntekter per innbygger har noe lavere sannsynlighet for å ha en lokal delplan for pleie- og omsorgssektor (Spearman korrelasjon = -0.32; P<0.001). Når helse- og omsorgssektorens andel av samlede brutto kostnader er høyere, er det også en noe lavere sannsynlighet for at kommuner har laget en lokal delplan (Spearman korrelasjon = -0.12; P=0.015). I en multivariat model (logistisk regresjonsanalyse) hvor vi ser på de samlede effekter av forklaringsvariablene på forekomsten av lokale delplaner, er det kun de uavhengige effektene av frie inntekter og fylke som er statistisk signifikante (tabell 3.1).

Tabell 3.1 Sammenhengen mellom kommunekjennetegn og om kommunen har utviklet en lokal delplan for pleie- og omsorgssektor; logistisk regresjon (N=428).

	B (ustandardisert)	Odds ratio	P- verdi
<i>Kommunestørrelse (<2500 innb. = referanse)</i>			
2500–6999	-0.094	0.91	0.82
7000–19999	0.147	1.158	0.784
20000–59999	0.715	2.045	0.252
60000 eller mere	0.483	1.621	0.569
Fylke (18 kategorier) ⁴	-	-	0.004
Prosentvis aldring fra 2012 til 2035	0	1	0.952
Frie inntekter per 1000 innbyggere i 2012	-0.062	0.94	0.025
Brutto driftsutgifter helse og omsorg (relative utgifter)	-0.008	0.992	0.797

3.2 Planstrategien og kommuneplanen

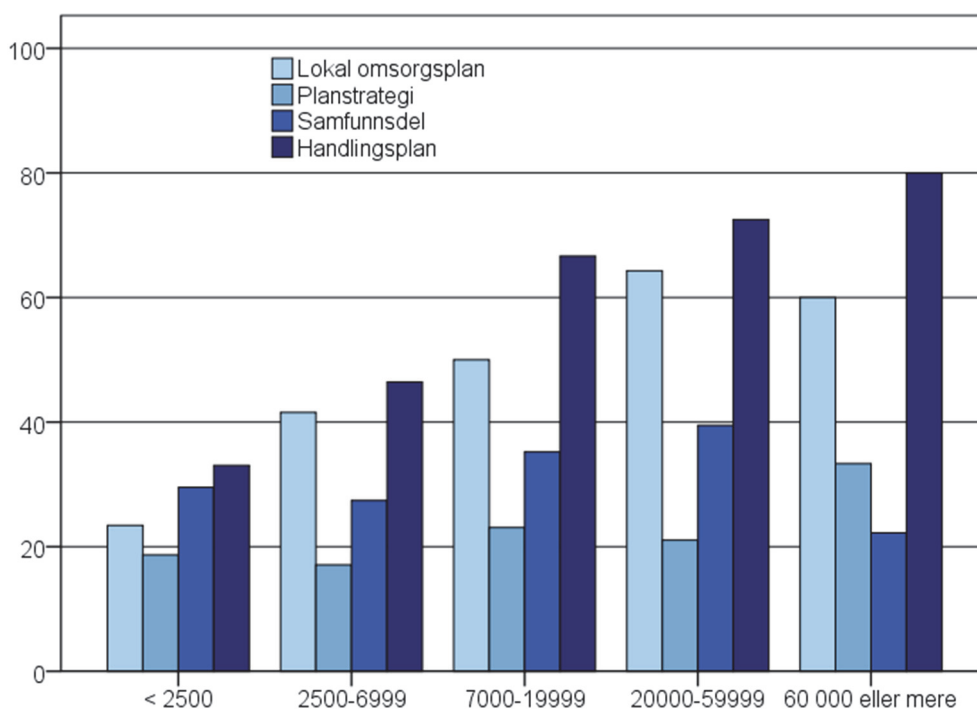
Ettersom kommunene ikke er pålagt å lage lokale delplaner for pleie- og omsorgssektoren, gjennomførte vi også en kartlegging av det øvrige planverket (planstrategi, samfunnsdel og handlings/økonomiplan) for å vurdere hvorvidt kommunene har omtalt de fire hovedsatsinger fra OM2015. Totalt ble det lagret 338 planstrategier, 349 samfunnsplaner og 399 handlings-/økonomiplaner, noe som gir en funnprosent på henholdsvis 79 prosent, 82 prosent og 93 prosent. Når det gjelder samfunnsplanen og handlings-/økonomiplanen, er funnprosentene i tråd med tidligere funn. Skjeggedal (2010) fant at 10 prosent av kommunene hadde verken samfunnsdel eller arealdel og Gravdahl & Hagen (1997) fant at 99 prosent av kommunene hadde økonomiplaner. Av de 338 kommuner som hadde en tilgjengelig planstrategi, daterte 87 prosent seg fra 2012. Førte prosent av de 349 tilgjengelige samfunnsdelene var utarbeidet i 2007 eller tidligere; de eldste var fra 1998. For to kommuner fant vi kun høringsutkast for samfunnsdelen med startdato 2014. Av de 399 kommuner med en tilgjengelig handlingsplan, daterte 21 prosent seg fra 2012 og 73 prosent fra 2013.

Hovedsatsingene ble *omtalt* i 20 prosent (N=66) av planstrategiene, i 31 prosent (N=108) av samfunnsdelene og i 51 prosent (N=200) av handlingsplaner. En nærmere vurdering av hvor konkret planverket drøftet de fire hovedsatsingsområdene, viste at dette gjaldt 5 prosent av planstrategiene, 12 prosent av samfunnsdelene og 24 prosent av handlingsplanene. I disse tilfeller

⁴ Fylkesvise koeffisienter er utelatt av tabellen.

spesifiserte planverket minst én av utfordringene i planen, diskuterte hvilke konsekvenser utfordringen(e) har for kommunen og beskrev hvordan kommunen skal eller kan agere for å håndtere/møte utfordringen(e).

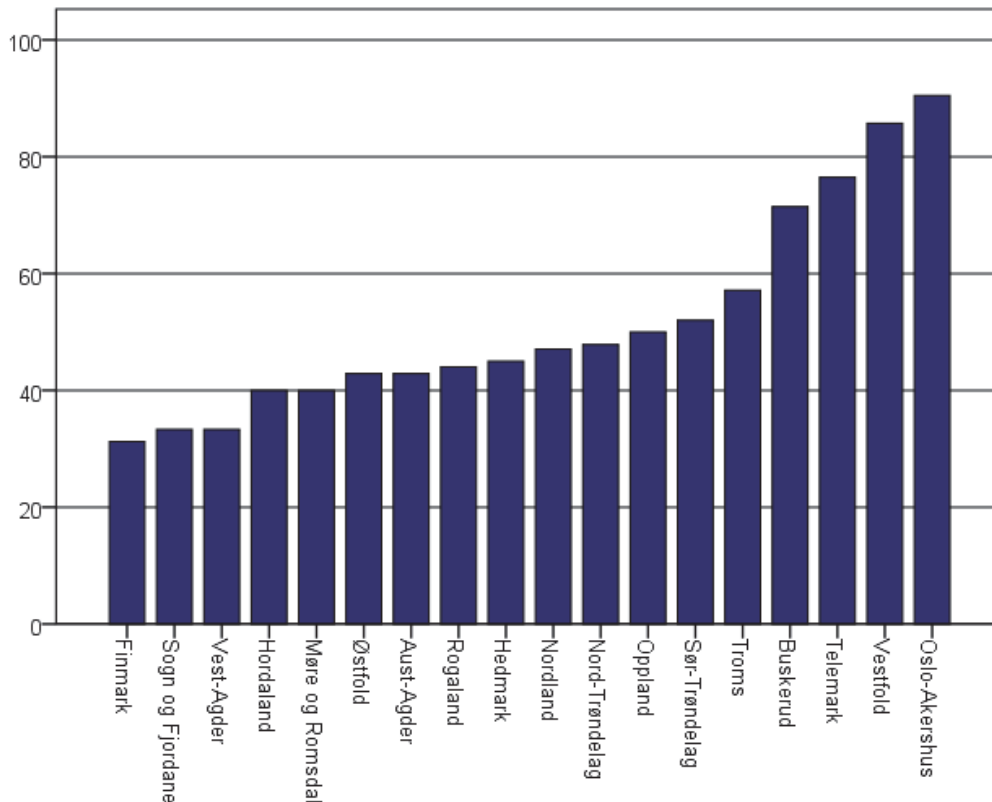
Figur 3.5 viser andel kommuner med lokal omsorgsplan, og andel som omtaler de fire hovedsatsingsområder fra OM2015 i henholdsvis planstrategi, samfunnsdel og handlingsplan etter kommunestørrelse.



Figur 3.5. Andel kommuner med lokal omsorgsplan, og med omtale av fire hovedsatsinger i henholdsvis planstrategi, samfunnsdel og handlingsplan, etter kommunestørrelse.

Satsingene omtales i lite grad i planstrategi og samfunnsdel. Seksti til 80 prosent av kommuner med mer enn 7 000 innbyggere har klart å få inn de fire hovedsatsingsområder fra OM2015 i handlingsdelen. Dette gjelder for kun 33 prosent blant de minste kommunene ($P\chi^2 < 0.001$).

Når vi ser nærmere på omtalen av de fire hovedsatsinger fra OM2015 i handlingsplanen, finner vi betydelige fylkesvise variasjoner ($P\chi^2 < 0.001$). I Oslo-Akershus, Vestfold, Telemark og Buskerud var det flest kommuner med en handlingsplan hvor de fire hovedutfordringer fra OM2015 ble omtalt (Figur 3.6).

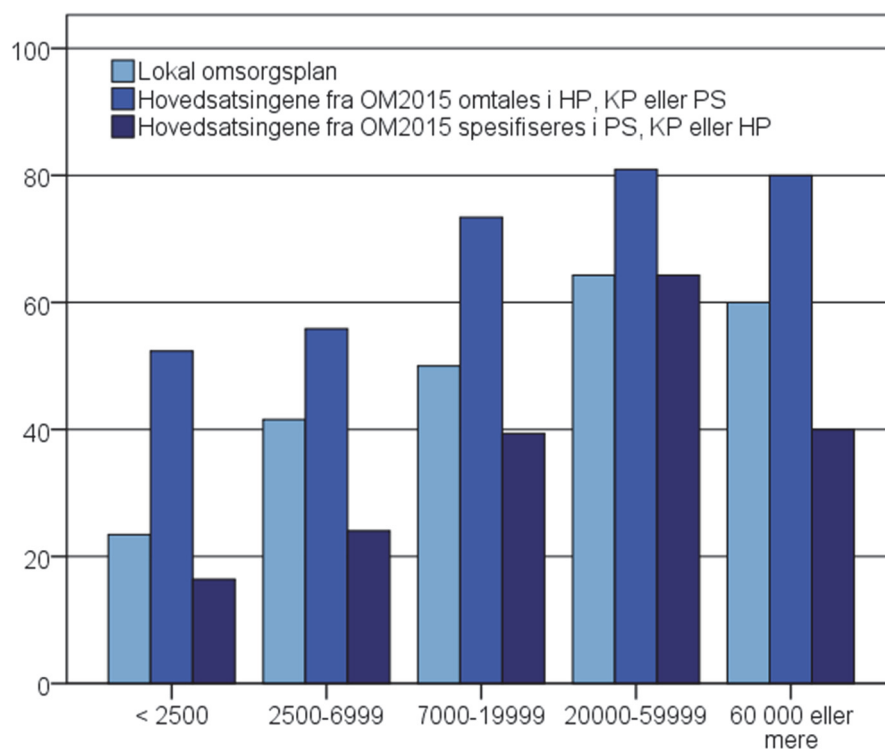


Figur 3.6. Andel kommuner (%) med en handlingsplan som omtaler de fire hovedsatsinger fra OM2015, etter fylke.

Kommuner med flere disponible frie inntekter har lavere sannsynlighet for å drøfte de fire hovedsatsinger fra OM2015 i handlingsplanen (Spearman korrelasjon -0.259 ; $P < 0.001$). Kommuner hvor framskrivningene fram til 2035 viser en sterk prosentvis økning av antall eldre (80+), har en noe større sannsynlighet for å omtale de fire hovedsatsinger i handlingsplanen (Spearman korrelasjon = 0.151 ; $P = 0.003$).

Alt i alt finner vi at 63 prosent av alle landets kommunene har en eller annen *omtale* av de fire hovedsatsingsområder fra OM2015 i *enten* planstrategi, samfunnsdelen eller handlingsplan. Imidlertid er det kun én av tre kommuner (29 prosent) som *presiserer* i minst en av delene hva de mener hovedsatsningene går ut på for deres kommune og foreslår strategier for å nå dem. Figur 3.7 viser disse andelen etter kommunistørrelse. De minste kommuner, med færre enn 7 000 innbyggere, har i minst grad omtalt omsorgsutfordringene i planverket generelt (52–56 prosent) og konkret (16–24 prosent). De mellomstore kommuner, mellom 20 000 og 60 000 innbyggere, har i betydelig større grad enn både mindre og større kommuner spesifisert innhold og betydningen av hovedsatsingene i deres planverk ($P^{\chi^2} < 0.001$). Til tross for at de største kommunene

er flinke til å omtale hovedsatsingene i planverket (80 prosent), har de større utfordringer med å spesifisere betydningen av satsningsområdene fra OM2015 for deres kommune.



Figur 3.7. Andel kommuner med lokal omsorgsplan, omtalelse av hovedsatsingene fra OM2015 i planstrategi (PS), samfunnsdel (KP) eller handlingsplan (HP), og spesifisert hovedsatsingene fra OM2015 i planstrategi (PS), samfunnsdel (KP) eller handlingsplan (HP); etter kommunestørrelse.

Er kommuner som har utviklet lokale omsorgsplaner mer tilbøyelig til å omtale hovedsatsingsområder fra OM2015 i det øvrige planverket? Femtiåtte prosent av kommunene (N=97) med en lokal omsorgsplan har også omtalt de fire hovedsatsinger fra OM215 i handlingsplanen, mot 45 prosent av kommunene (N=103) uten lokal delplan. Kommuner med lokale delplaner for pleie- og omsorgssektor har altså en noe større sannsynlighet for å omtale minst ett av de fire hovedsatsingsområder også i handlingsplanen ($P\chi^2=0.011$). Vi fant ingen sammenheng mellom lokal delplan for pleie- og omsorgssektor og omtale av hovedsatsingene i planstrategi eller samfunnsdelen. Alt i alt er det 110 kommuner som hverken hadde en lokal omsorgsplan eller hadde spesifisert de fire hovedsatsingene fra OM2015 i planstrategi, samfunnsdel eller handlingsplan. Fravær av slike omsorgsplaner er størst blant de minste

kommuner (< 2 500 innbyggere) med 41 prosent (N=52). Derimot var det samlet sett 234 kommuner som hadde en lokal omsorgsplan og/eller en *spesifisering* av de fire hovedsatsingene fra OM2015 i planstrategi, samfunnsdel eller handlingsplan. Det tilsvarer cirka 55 prosent av alle landets kommuner.

3.3 Konklusjon

Våre resultater viser at 41 prosent av landets kommuner hadde en gjeldende lokal omsorgsplan per 1. mars 2013. Tar vi også høyde for *spesifisering* av de fire hovedsatsingene fra OM2015 i planstrategi, samfunnsdel eller handlingsplan, er det 234 kommuner (cirka 55 prosent) som har satt de fremtidige omsorgsutfordringene på dagsorden i kommunal planlegging. Dette er i tråd med konklusjonen til Vetvik og Disch (2013) som fant at mindre enn 60 prosent av kommunene hadde en nyere vedtatt omsorgsplan. De fleste lokale delplaner ble vedtatt i 2011, som kan tyde på at det planmessige virkemiddelet fra OM2015 har påvirket kommunenes planprosess noe. Imidlertid har vi ikke tatt høyde for hvorvidt den nyeste utgaven er en revisjon av tidligere lokale omsorgsplaner ved kommunen.

Det er betydelige fylkesvise variasjoner i hvorvidt kommunene har utarbeidet lokale delplaner for pleie- og omsorgssektor. Dette kan være et uttrykk for ulik grad av involvering av fylkesmennene i forbindelse med OM2015. For eksempel finner vi for Sør-Trøndelag, hvor det er relativt mange kommuner med en lokal omsorgsplan, følgende beskrivelse i Fylkesmannens årsrapporten fra 2011⁵:

Fylkesmannen har gjennom et embetsovergripende samarbeid, særlig mellom plan- og sosial- og helseavdelingene, utviklet, informert om og bidratt til implementering av bedre metoder for helhetlig kommunal planlegging. Dette har påvirket kommunenes systematiske planlegging for å ivareta nasjonale satsinger på sosial- og helseområdet, særlig med tanke på utfordringene i Omsorgsplan 2015 og Samhandlingsreformen. (s. 94).

⁵ Fylkesmannen i Sør-Trøndelag, 2011. Kan hentes fra:
<http://arapp.fylkesmannen.no/Default.aspx>

Variasjonen i fylkesmennenes oppfølging av kommunene kan skyldes at oppgavebeskrivelsen er nokså bred. I oppdragene fra 2007 til 2011 står det eksempelvis at *Fylkesmennene skal bidra til at kommunene setter framtidens omsorgsutfordringer på dagsorden i kommunal planlegging* (Embetsoppdraget, 2009–2011).

Fravær av omsorgsplaner er størst blant de minste kommuner. Cirka 40 prosent av kommuner med færre enn 2 500 innbyggere hadde hverken en lokal omsorgsplan eller spesifisert de fire hovedsatsingene i det øvrige planverket. Forklaringen kan være relatert til både behov og tilgjengelige ressurser. Små kommuner har en mer oversiktlig pleie- og omsorgssektor enn store kommuner, og de framtidige utfordringene vil normalt være mer forutsigbare enn i store kommuner (Disch & Vetvik 2009). Muligens prioriterer små kommuner utfordringer på andre områder, som for eksempel sysselsetting eller bolig. Små kommuner kan også ha mindre tilgjengelige ressurser og kompetanser for å utvikle planer enn store kommuner. For eksempel har små kommuner ofte begrenset med administrativt personell som kan bidra i planarbeidet (Skjeggedal, 2010, Disch & Vetvik, 2009). Våre funn tyder også på at de største kommunene har litt vansker med å konkretisere hovedsatsingene i deres planverk, noe som nettopp kan henge sammen med en mindre oversiktlig pleie- og omsorgssektor. Denne manglende konkretiseringen kan også ses i sammenheng med at lokale delplaner fra disse kommuner er mer enn fem år gammel (fra 2006 eller 2008). De mellomstore kommuner har vært mest detaljert i beskrivelse av de fire hovedsatsingsområder fra OM2015 i planverket og da særlig handlingsplanene.

Dersom hovedsatsningene til OM2015 omtales i det øvrige planverket, gjøres det betydelig oftere i kommunenes handlingsplan enn i samfunnsdelen eller planstrategi. En forklaring på dette er at mens 40 prosent av samfunnsdelene dateres fra 2007 eller tidligere, revideres handlingsdelen årlig og kan dermed lettere ivareta nyere satsinger. Kommuner med en lokal omsorgsplan har større sannsynlighet for å omtale de fire hovedsatsingsområder i handlingsplanen. Det kan tyde på at utarbeidelse av lokale delplaner for pleie- og omsorgssektor til en viss grad bidrar til at hovedsatsingsområder fra OM2015 blir del av det helhetlige planarbeidet i kommunene.

4 Kvaliteten på planverkets behandling av hovedsatsingene fra Omsorgsplan 2015

I dette kapitlet tar vi for oss det kommunale planverket til et utvalg av 67 kommuner og ser nærmere på *hvordan* de fire hovedsatsingsområder fra OM2015 (nye årsverk, nye omsorgsplasser, økt kompetanse og styrking av demensomsorgen) er omtalt i planstrategi, kommuneplanens samfunnsdel, handlingsplanen og eventuell lokal delplan for pleie- og omsorgssektoren. Modeller for kommunal planlegging anbefaler at planprosessen inkluderer en oversikt over dagens situasjon, beskrivelser av sannsynlige framtidige scenarier og mål, og en beskrivelse av tiltak kommunen eventuelt må iverksette for å nå de framtidige målene (Aarsæther, 2012a). Kvaliteten av planverket er derfor belyst med fire indekser som måler:

- (1) Status i kommunens pleie- og omsorgssektor;
- (2) Framtidige behov og etterspørsel i pleie- og omsorgstjenester;
- (3) Tilbud og kompetanse i demensomsorgen; og
- (4) Strategier for rekruttering til og kompetanseheving i pleie- og omsorgstjenester.

Hva kjennetegner kommuner som har bedre kvalitet på planverkets behandling av de fire hovedsatsingsområder fra OM2015?

4.1 Status i pleie- og omsorgssektor

Tabell 4.1 gir en oversikt over de ni faktorer som måler i hvilken grad det kommunale planverket inneholdt en oversikt over status i kommunens pleie- og omsorgssektor. Indeksen omfatter bruk av KOSTRA statistikk for å skaffe oversikt over antall ansatte og brukere i sykehjem og hjemmetjenester. Gjennomgang av planverket til 67 kommuner viste at i overkant av tre av fire kommuner (78 prosent) hadde gitt en oversikt over antall sykehjemsplasser, og cirka halvparten (52 prosent) hadde gitt en oversikt over antall brukere i hjemmetjenesten. Godt over halvparten av kommunene (63 prosent) brukte KOSTRA statistikk på en eller annen måte for å beskrive status i deres pleie-

og omsorgstjenester. KOSTRA statistikk ble i noe mindre grad brukt (42–45 prosent) for å gi en oversikt over dekningsgraden til hjemmetjenester og sykehjemstjenester i kommunen sammenlignet med andre kommuner. En av tre kommuner (31 prosent) hadde gitt en oversikt over antall ansatte i henholdsvis sykehjem eller hjemmetjeneste, og kun få kommuner (15 prosent) hadde gitt en oversikt over sammensetningen av ulike typer årsverk innenfor deres pleie- og omsorgssektor.

Tabell 4.1 Gir planverket oversikt over status i kommunens pleie- og omsorgstjenester? (N=67)

Indeks 1	Ja	Nei
Har oversikt over antall sykehjemsplasser i kommunen per i dag	78 %	22 %
KOSTRA-statistikk (eller tilsvarende) brukt på én eller annen måte for å beskrive pleie- og omsorgstjenester	63 %	37 %
Har oversikt over antall brukere i hjemmetjenesten i kommunen per i dag	52 %	48 %
KOSTRA-statistikk (eller tilsvarende) for å sammenlikne dekningsgrad i sykehjem med andre kommuner	45 %	55 %
Informasjon om antall ansatte totalt i pleie- og omsorgssektoren per i dag (på aggregert nivå)	43 %	57 %
KOSTRA-statistikk (eller tilsvarende) for å sammenlikne dekningsgrad i hjemmetjenesten med andre kommuner	42 %	58 %
Informasjon om antall ansatte i sykehjem per i dag	31 %	69 %
Informasjon om antall ansatte i hjemmetjenesten per i dag	31 %	69 %
Informasjon om sammensetningen av årsverk i pleie- og omsorgstjenester (sykepleiere, hjelpepleiere mm.)	15 %	85 %
Gjennomsnitt Indeks 1	44 %	56 %

Planverket til 11 kommuner inkluderte ingen av de ni faktorer til indeks 1, mens i planverket til fire kommuner var alle ni faktorer beskrevet. De fleste kommuner (N=16) hadde gitt en oversikt over fem av ni faktorer i deres planverk.

4.2 Vurdering av framtidige behov og etterspørsel

Tabell 4.2 gir en oversikt over de syv faktorer som ble brukt for å måle i hvilken grad kommunene hadde kartlagt framtidige behov og etterspørsel etter pleie- og omsorgstjenester i planverket. Sytti prosent av kommunene hadde benyttet befolkningsprognoser for å kartlegge antall eldre i 2020 eller senere. Cirka halvparten (51 prosent) hadde utarbeidet en oversikt over forventet antall sykehjemsplasser kommunen ville ha behov for i 2020 eller senere. En mindre

andel av kommunene (39 prosent) hadde utviklet en strategi eller plan for hvor eller når nye sykehjemsplasser skulle bygges. Forholdsvis få kommuner har gjort en vurdering over forventet behov for antall ansatte i pleie- og omsorgstjenestene i deres planverk (mellom 13 prosent og 18 prosent).

Tabell 4.2. Gir planverket en vurdering av framtidige behov og etterspørsel? (N=67)

Indeks 2	Ja	Nei
Bruk av befolkningsprognoser for å kartlegge antall eldre over 80 år i 2020 eller senere	70 %	30 %
Oversikt over antall sykehjemsplasser det vil være behov for i 2020 eller senere	51 %	49 %
En strategi eller plan for hvor eller når eventuelt nye sykehjemsplasser bygges	39 %	61 %
Oversikt over behov for antall ansatte i hjemmetjenesten i 2020 eller senere	18 %	82 %
Oversikt over antall personer som vil motta bistand fra hjemmetjenesten i 2020 eller senere	16 %	84 %
Oversikt over behov for antall ansatte i sykehjem i 2020 eller senere	15 %	85 %
Oversikt over hvilke type årsverk det er behov for i pleie- og omsorgssektoren i framtiden	13 %	87 %
Gjennomsnitt Indeks 2	32 %	68 %

I planverket til 15 kommuner var ingen av de syv faktorer fra indeks 2 omtalt. Kun en kommune ga en oversikt over alle syv faktorer.

4.3 Tilbud og kompetanse i demensomsorgen

Tabell 4.3 gir en oversikt over de ti faktorer som ble brukt for å måle hvordan satsingene fra Demensplan 2015, spesifisert ved tilbud og kompetanse i demensomsorgen, ble behandlet i det kommunale planverket. Gjennomgangen av planverket til de 67 kommunene viste at 64 prosent av dem hadde et planverk som inkluderte en oversikt over antall øremerkede demensplasser på sykehjem. Seksti prosent presenterte en oversikt over dagens dagtilbud til personer med demens, og litt over halvparten (54 prosent) av kommunene skrev om hvordan dagtilbudet kunne styrkes. To av fem kommuner (40 prosent) hadde utarbeidet en oversikt over antall personer med demens i kommunen per i dag, mens 36 prosent hadde laget framskrivninger om forventet antall personer med demens i 2020 eller senere. Cirka en tredjedel (35 prosent) drøftet bruk av demensteam i hjemmetjenesten, og en fjerdedel (25

prosent) drøftet hvordan kommunene kunne øke de ansattes kompetanse om demens. Konkrete tiltak som pårørendeskoler og samtalegrupper til pårørende ble i mindre grad drøftet i planverket (henholdsvis 25 og 16 prosent).

Tabell 4.3. Gir planverket en oversikt over tilbud og kompetanse i demensomsorgen? (N=67)

Indeks 3	Ja	Nei
Oversikt over øremerkede demensplasser på sykehjem per i dag	64 %	36 %
Oversikt over dagtilbud for personer med demens per i dag	60 %	40 %
Drøfting av hvordan dagtilbudet for personer med demens kan styrkes i framtiden	54 %	46 %
Informasjon om antall personer med demens i kommunen per i dag	40 %	60 %
Informasjon om antall personer med demens i kommunen i 2020 eller senere	36 %	64 %
Drøfting av egne demensteam i hjemmetjenesten	35 %	66 %
Drøfting av kommunen har behov for å endre antallet demensplasser på sykehjem	32 %	67 %
Drøfting av hvordan kommunen kan øke ansattes kompetanse om demens	25 %	75 %
Informasjon om pårørendeskole eller drøfting om etablering	25 %	75 %
Informasjon om samtalegrupper eller liknende for pårørende eller drøfting om etablering	16 %	84 %
Gjennomsnitt Indeks 3	39 %	61 %

Cirka én av fem kommuner (N=15) hadde ikke drøftet noen av satsingene fra Demensplan 2015 i planverket. Tre kommuner hadde kartlagt alle ti faktorer fra indeks 3.

4.4 Strategier for rekruttering og kompetanseheving

Tabell 4.4 gir en oversikt over de syv faktorer som ble brukt for å måle hvordan strategier for rekruttering og kompetanseheving i kommunens pleie- og omsorgstjenester (jf. Kompetanseløftet 2015) inngår i det kommunale planverket. Én av tre kommuner (30 prosent) beskrev tiltak for å øke rekrutteringen til pleie- og omsorgstjenester i deres planverk. Deltidsstillinger ble omtalt av 27 prosent av kommunene. Noen færre, 21 prosent, presenterte en strategi eller tiltak for å redusere antall deltidsstillinger. Sykefraværet i pleie- og omsorgssektoren ble drøftet i planverket til 18 prosent av kommunene, og kun ni prosent ga en strategi eller tiltak for å redusere sykefraværet. Tiltak for å stimulere til etter- og videreutdanning for ansatte *uten* fagutdanning, ble omtalt i planverket til 15 prosent av kommunene. Enda færre, 12 prosent,

skrev om tiltak for å stimulere til etter- og videreutdanning for ansatte *med* fagutdanning.

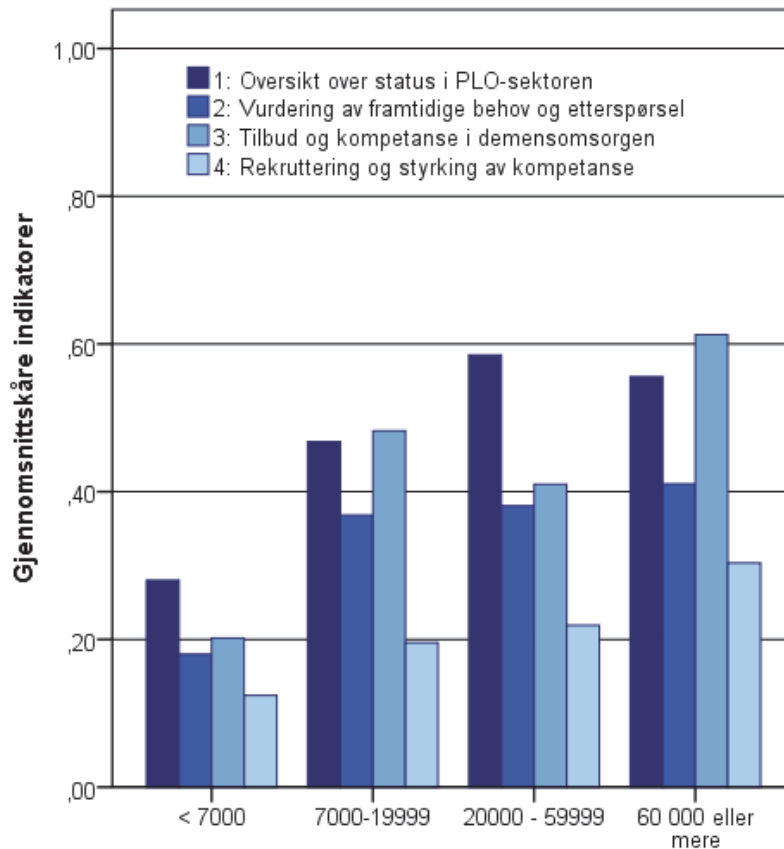
Tabell 4.4. Gir planverket en oversikt over strategier for rekruttering og kompetanseheving? (N=67)

Indeks 4	Ja	Nei
Minst ett av følgende tiltak: rekrutteringskampanje, kontakt med skoler, lønnspolitikk, frynsegoder eller andre relevante tiltak for å øke rekrutteringen til pleie- og omsorgstjenester	30 %	70 %
Oversikt over deltidsstillinger i pleie- og omsorgssektoren	27 %	73 %
En strategi eller tiltak for å redusere antall deltidsstillinger i pleie- og omsorgssektoren	21 %	79 %
Oversikt over sykefraværet i pleie- og omsorgssektoren	18 %	82 %
En strategi eller tiltak for å stimulere til etter- og videreutdanning for ansatte <u>uten</u> fagutdanning	15 %	85 %
En strategi eller tiltak for å stimulere til etter- og videreutdanning for ansatte <u>med</u> fagutdanning	12 %	88 %
En strategi eller tiltak for å redusere sykefraværet i pleie- og omsorgssektoren	9 %	91 %
Gjennomsnitt Indeks 4	19 %	81 %

Samlet sett var det 28 kommuner som ikke hadde omtalt noen strategier for rekruttering og kompetanseheving i deres planverk. Fire kommuner hadde beskrevet fem av syv faktorer.

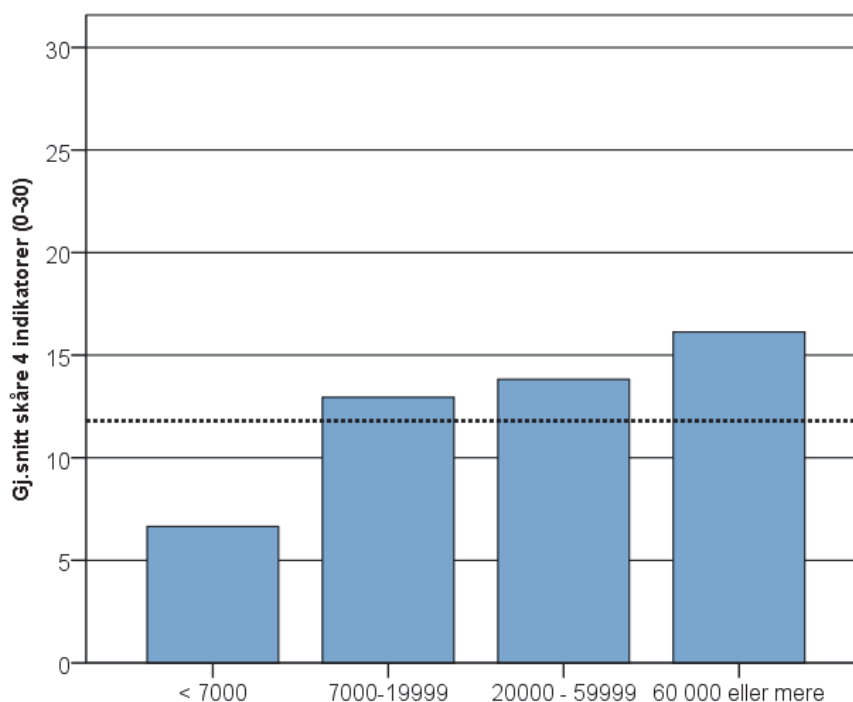
4.5 Totalskåre for fire indekser og interkommunale variasjoner

Status i pleie- og omsorgssektor (indeks 1) er sterkest ivaretatt i planverkene til kommunene, etterfulgt av satsingene relatert til Demensplan 2015 (indeks 3). Figur 4.1 viser en oversikt over gjennomsnittsskåre på hver av de fire indekser etter kommunestørrelse. Vi fant at forskjeller etter kommunestørrelse var statistisk signifikante for tre av fire indekser: indeks 1 ($P_{\text{anova}}=0.007$), indeks 2 ($P_{\text{anova}}=0.030$), og indeks 3 ($P_{\text{anova}}=0.002$). Planverket til de minste kommuner (< 7 000 innbyggere) ga i mindre grad en oversikt over status i pleie- og omsorgstjenestene, en vurdering av framtidige behov og etterspørsel eller en beskrivelse av tilbud og kompetanse i demensomsorgen. Det var ingen forskjeller etter kommunestørrelse i hvordan planverkene drøftet rekruttering til og kompetanseheving i pleie- og omsorgstjenestene. Her var skårene gjennomgående lave, også blant de største kommunene.



Figur 4.1. Gjennomsnitsskåre på de fire indekser etter kommunestørrelse (N=67)

Vi regnet også ut totalskåren ved å summere alle 33 faktorer. Totalskåren går da fra null til 33 og kan tolkes som et uttrykk på hvor godt kommunene har plassert pleie- og omsorgsutfordringer og satsinger fra OM2015 på dagsorden i det kommunale planverket. Null betyr at planverket ikke har plassert noen av utfordringene eller satsinger fra OM2015 i det kommunale planverket, mens en skåre på 33 ville bety at planverket inneholder en beskrivelse av alle faktorer. Gjennomsnitsskåren for alle 67 kommuner samlet var 11,4 (standardavvik 6,8). Figur 4.2 viser variasjon i totalskåren etter kommunestørrelse. Igjen, de minste kommuner har en noe lavere gjennomsnitsskåre sammenlignet med større kommuner ($P_{anova} < 0.001$).



Figur 4.2 Totalskåre for kvalitet av omsorgsplaner i det kommunale planverket etter kommunestørrelse; gjennomsnitt (N=67). Stiplet linje angir gjennomsnitt totalskåre for hele materialet.

Den høyeste skåre i praksis er 26, og dette gjelder en kommune. Fire kommuner har en skåre over 20. Fem kommuner har en skåre på null og 13 kommuner skårer lavere enn fire.

I tillegg til at totalskåren varierer etter kommunestørrelse, er også sammenhengen med kommunenes frie disponible inntekter per innbygger statistisk signifikant (Pearson korrelasjon = -0.285; P=0.021). Jo høyere nivået på frie inntekter desto lavere er totalskåren. For øvrig er det ingen statistisk signifikante sammenhenger med de relative brutto driftsutgifter til pleie- og omsorgssektoren eller forventet aldring av befolkning fram til 2035. Vi har også undersøkt hvorvidt kommuner som har utviklet lokale delplaner for pleie- og omsorgssektoren har en høyere totalskåre på deres planverk enn kommuner som ikke har laget en slik lokal omsorgsplan. Blant de 67 kommuner som omtales i dette kapitlet, hadde 46 prosent (N=31) laget en lokal delplan.

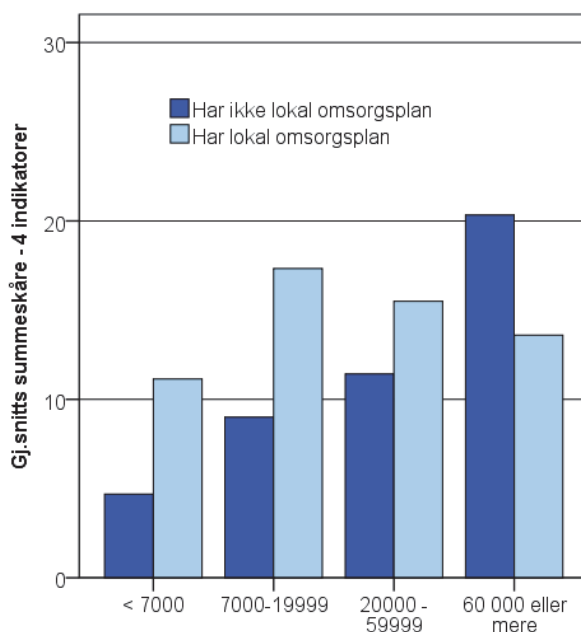
Kommuner med en lokal delplan for pleie- og omsorgssektor hadde en statistisk signifikant høyere totalskåre for planverket sammenlignet med kommuner uten lokal delplan ($P_{t\text{-test}} < 0.001$). Gjennomsnittsskåren for kommuner med en lokal delplan var 14,7 (standardavvik = 4,4) mens gjennomsnittsskåren for kommuner uten lokal plan var 8,5 (standardavvik 7,2). En multipel

linear regresjonsanalyse viser at den statistisk signifikante effekten av lokale omsorgsplaner på totalskåren opprettholdes og ikke skyldes effekten av kommunestørrelse, frie disponible inntekter per 1000 innbyggere, brutto driftsutgifter helse og omsorg eller den prosentvise økning i antall eldre (80 +) fram til 2035 (tabell 4.5).

Tabell 4.5. Sammenhengen mellom lokale omsorgsplaner og totalskåre for kvalitet av omsorgsplaner i det kommunale planverket; multiple linear regresjonsanalyse (N=67).

	B (ustandardisert)	Beta (standardisert)	P-verdi
Har lokal omsorgsplan (0=Nei; 1 = Ja)	5.590	.412	< 0.001
Prosentvis aldring fra 2012 til 2035	.026	.161	0.2
Kommunestørrelse (1-4)	2.426	.369	0.004
Frie inntekter per 1000 innbyggere i 2012	0.037	0.072	0.6
Brutto driftsutgifter helse og omsorg (%)	.068	.043	0.7

Utvikling av lokal omsorgsplan har imidlertid ingen entydig sammenheng med totalskåren for de største kommuner (> 60 000 innbyggere)⁶. For små og mellomstore kommuner er det en forholdsvis sterk og positiv sammenheng mellom lokale omsorgsplaner og totalskåren (Figur 4.4).



Figur 4.4. Totalskåren (0-30) for kommuner med og uten en lokal delplan for pleie- og omsorgssektor; etter kommunestørrelse (N=67).

⁶ NB Fordi det er kun åtte kommuner med flere enn 60 000 innbyggere, må resultatene tolkes varsomt.

4.6 Konklusjon

I dette kapitlet har vi sett nærmere *hvordan* de fire hovedsatsingsområder fra OM2015 (nye årsverk, nye omsorgsplasser, økt kompetanse og styrking av demensomsorgen) er omtalt i det kommunale planverket. Fire indekser har blitt brukt:

- (1) Status i kommunens pleie- og omsorgssektor;
- (2) Framtidige behov og etterspørsel i pleie- og omsorgstjenester;
- (3) Tilbud og kompetanse i demensomsorgen; og
- (4) Strategier for rekruttering og styrking av kompetanse innenfor pleie- og omsorgssektor.

Vår gjennomgang viser at planverket til kommunene oftest omtaler status i kommunens pleie- og omsorgssektor. Å skaffe oversikt over antall plasser i og brukere av pleie- og omsorgstjenester, er dermed forholdsvis godt forankret i kommuneplanene. Strategier for rekruttering og kompetanseheving, jf. Kompetanseløftet 2015, blir i minst grad omtalt i planverket. Det vil si at planverket i relativt liten grad drøfter tiltak for å redusere sykefraværet og fremme videreutdanning og rekruttering til pleie- og omsorgssektor. Vi har imidlertid ikke systematisk gjennomgått eventuelle delplaner som kan belyse strategisk kompetansestyring i kommunene.

Planverket til de minste kommunene inkluderer i noe mindre grad en oversikt over status i pleie- og omsorgssektoren, over framtidige behov og etterspørsel og over tilbud og kompetanse i demensomsorgen sammenlignet med større kommuner. Det var ingen vesentlige forskjeller etter kommune-størrelse i hvor godt planverket omtalte satsingene fra Kompetanseløftet 2015.

Samlet skåre på hvor godt kommunene har plassert pleie- og omsorgsutfordringer og satsinger fra OM2015 på dagsorden i det kommunale planverket, varierer noe mellom kommunene. De minste kommuner skårer generelt lavere enn både mellomstore og større kommuner. Resultatene viser også at små kommuner som har utarbeidet en lokal omsorgsplan, har en høyere samlet skåre og ser dermed ut til å være bedre i stand til å plassere pleie- og omsorgsutfordringer og satsinger fra OM2015 på dagsorden i det kommunale

planverket enn kommuner uten en slik lokal plan. Alt i alt forsterker resultatene fra dette kapitlet konklusjonen fra kapittel tre: utarbeidelse av lokale delplaner for pleie- og omsorgssektor bidrar til at hovedsatsingsområder fra OM2015 i større grad blir del av det helhetlige planarbeidet i kommunene. For de største kommunene er sammenhengen mellom lokal delplan og kvaliteten på det øvrige planverket imidlertid noe usikker.

5 Erfaringer med lokale delplaner for pleie- og omsorgstjenestene

I dette kapitlet ser vi nærmere på hvilke erfaringer ansatte i kommuneadministrasjonen og tjenesteledere har med lokale delplaner. Kommunene er ikke lovpålagt å utarbeide denne typen planer, og som vist i kapittel 3 er det under halvparten (41%) av alle landets kommuner som har utarbeidet en lokal delplan for pleie- og omsorgstjenestene. Hovedspørsmålet som er belyst i dette kapitlet er: I hvilken grad opplever kommunale ledere i administrasjonen og tjenestene at lokale delplaner er et egnet virkemiddel for å forberede kommunen på framtidige pleie- og omsorgsutfordringer? Underspørsmål som er undersøkt er:

- a) Hvilken nytte opplever informantene at en lokal delplan har for kommunen;
- b) Anser de at det er behov for en nasjonal veileder for planlegging av pleie- og omsorgstjenestene i kommune; og
- c) Er det en kopling mellom omsorgsplan og handlingsplan?

Spørsmålene er belyst ved hjelp av semi-strukturerte intervjuer som er gjennomført i 28 kommuner i forlengelsen av spørreundersøkelsen (utvalg 2). I syv kommuner var flere informanter til stede. I fire kommuner var to informanter til stede, og i tre kommuner var tre eller flere til stede. Det totale antall informanter er 38.

Det er noen flere ansatte i administrasjon (28) enn tjenesteledere som er intervjuet. De fleste i administrasjonen er leder av hele pleie- og omsorgssektoren (14). De andre er rådgivere, fagsjef, kommunalsjef, og kommuneoverlege. En av informantene er brukerrepresentant. Ti er ledere av/i sykehjem og hjemmetjenesten.

5.1 Kommuner som ikke har en lokal delplan

Fem av de 28 kommunene som er undersøkt har ingen lokal delplan for pleie- og omsorgstjenestene. Fire av kommunene er små (dvs. to har et innbyggertall på under 2500, den tredje på ca. 3500, og den fjerde på ca. 12 500). Den

femte kommunen har et innbyggertall på ca. 25 000. Informantene som er intervjuet i de fem kommunene gir uttrykk for at en lokal omsorgsplan ville kunne gitt dem mulighet til å sette seg noen langtidsmål. Kommunene sies imidlertid å ha lite ressurser, og at de må prioritere drift fremfor å bruke tid på planarbeid. I fire av de fem kommunene sier informantene at de ønsker/vil ha nytte av en nasjonal veileder for planlegging innen pleie- og omsorg. En sier eksplisitt at det ville ført til at de lager en plan. Den fjerde informanten har stilt opp på intervjuet fordi pleie- og omsorgssjefen var borte, og uttaler seg ikke om spørsmålet. Dette dreier seg om en av de minste kommunene. Informanten i den største kommunen mener en veileder vil være nyttig, og etterlyser praktisk bistand fra statlig hold. Informanten er imidlertid skeptisk til nasjonale retningslinjer fordi disse sies å ha mange store ord og gjentakelser. Informanten, som er leder for pleie- og omsorgssektoren, sier følgende:

Utfordringen vår blir å lage en plan så enkel som mulig, og ikke gjenta det som står i stortingsmeldinger om situasjonen i kommunene. Vi må fokusere på hva vår kommune står overfor av utfordringer.

5.2 Kommuner som har en lokal delplan

I alt 23 av de 28 kommunene har en lokal delplan for pleie- og omsorgstjenestene. Av disse har fem et innbyggertall på under 3000, ni har et innbyggertall på mellom 3001 og 10 000, syv har mellom 10 001 og 50 000 innbyggere, og to er storbyer med over 50 001 innbyggere.

I 17 av kommunene har informantene oppgitt hvem som har deltatt i arbeidet med å utforme planen. I ni av kommunene oppgis at politikere har deltatt i arbeidet med omsorgsplanen, likeså mange oppgir at tillitsvalgte har deltatt i planprosessen. Med unntak av en av de andre kommunene, oppgis at ansatte/tjenesteledere har deltatt i arbeidet med å utforme planen. I ti av de 17 kommunene oppgis de som er intervjuet at brukerrepresentanter har vært involvert.

5.3 Oppfattes lokale delplaner å være nyttig for kommunen?

Alle informantene som er intervjuet gir uttrykk for at en omsorgsplan er nyttig for kommunen de jobber i. Følgende vektlegges: planen gir en mulighet til å

få en oversikt over sektoren, tenke langsiktig, prioritere, og drive fagutvikling. Flere vektlegger også betydningen av prosessen med å utarbeide omsorgsplanen. Ansatte i ulike deler av kommuneadministrasjonen, tjenestene og i noen tilfeller også politikere, har anledning til å komme sammen og utvikle en felles forståelse over hva som er status quo, utfordringer, prioriteringer, og løsninger som er realistiske innenfor de økonomiske rammene som gir noen forutsetninger for hva som er mulig i kommunen og pleie- og omsorgssektoren. Det fremkommer imidlertid at hvorvidt dette praktiseres varierer. Følgende uttalelser utdyper disse punktene:

Planen får politikerne til å tenke langsiktig og unngå ad hoc forslag etter innfallsmetoden. Det gjør at hele pleie- og omsorgspolitikken blir mer kunnskapsbasert (Administrasjonsleder).

I planarbeidet tydeliggjøres prioriteringer. Det er viktig å stoppe opp og tenke strategisk. Vi må vite hvor vi er, hvor vi skal og hvordan vi skal komme dit. Vi må ha en felles forståelse om hva som er viktig, og hva vi bør prioritere. En omsorgsplan gir oss mulighet til det. En omsorgsplan er også et godt verktøy for kommunikasjon ut. Det er viktig at planen er kort. Blir den for lang, er det stor sannsynlighet for at den ikke blir lest (Administrasjonsleder).

Den er avgjørende for at ressurser prioriteres til nye bygg og tjenester. Den er også viktig for fagutvikling. Og for ledelser og personalets holdninger. Det er nyttig for å forberede befolkningen på hva de kan forvente av tjenester, og hva de selv må ta ansvar for (Administrasjonsleder).

Proessen var veldig viktig. Vi samlet alle enhetsledere i pleie- og omsorg, og involverte de ansatte. Det er viktig å få med de ansatte. Det er viktig å stoppe opp og tenke strategisk ... Den nye Rådmannen ønsker å erstatte en pleie- og omsorgsplan med mer omtale av pleie- og omsorgssektoren i samfunnsdelen. Han mener det er mest ryddig. Jeg synes det er beklagelig. Pleie- og omsorgssektoren vil ikke bli godt nok ivaretatt i kommuneplanen etter min mening. Rådmannen har gjort dette uten å spørre oss om hva vi mener (Administrasjonsleder).

En pleie- og omsorgsplan er et godt verktøy for å få politikerne involvert og interessert i sektoren. Den forplikter også politikerne (Administrasjonsleder).

Proessen med planen er viktig i seg selv. Den kopler ansatte og politikere sammen og får dem til å snakke sammen om fremtiden, til å tenke langsiktig. Det er nyttig med en plan, men må rulleres jevnlig, og den må være gjennomførbar. Selve planprosessen er viktig (Administrasjonsleder).

Planen gir mål og mening med arbeid. Og forankrer politikk og administrasjon. Vi får fokus på hva som er behovet i sektoren, og hva som er endringene i rammebetingelsene. Jeg bruker planen mye. Den gir oversikt over hele sektoren. Det er greit å ha noe å slå opp i (Administrasjonsleder).

En plan beskriver et scenario fremover. Vi er i starten av en demografiske utfordring. Politikerne oppfatter planen som nyttig. Planprosessen er like viktig som selve planen. Ledere og politikere fordyper seg i temaet og blir enige om prioriteringer innenfor pleie- og omsorgstjenestene. Vi la mye arbeid ned i planen. Den er et godt verktøy for administrasjonen. Vi bruker den mye (Administrasjonsleder).

Den er et viktig verktøy overfor politikere. De har vært med på å lage planen, og er forpliktet til å følge den. Planen fører og til at politikere får mer kunnskap om sektoren. Omsorgsplanen er et viktig informasjonsdokument for oss i administrasjonen. Jeg slår ofte opp i den. Noe av det viktigste med planen er at politikere er med og lager planen (Administrasjonsleder).

En plan gir retning, og sier hva vi bør prioritere, både når det gjelder tilbud og investering. Annet: Er viktig at planen revideres jevnlig, det kommer stadig ny politikk og andre henvendelser som gjør at planen må revideres. Det er derfor veldig viktig at planen fornyes og rulleres. Det er viktig at en omsorgsplan har en handlingsdel i planen. Hvis det ikke er en handlingsdel blir den fort for generell og ender opp som skuffemat. Omsorgsplanen gjør det enklere å prioritere og gjør oss bedre i stand til å foreta gode valg (Administrasjonsleder).

En plan er viktig, Det gir politisk forankring. Gir og et langsiktig perspektiv. Den er retningsgivende for hele sektoren. For hvordan vi vil ha det. Selve prosessen med å lage planen er og viktig (Administrasjonsleder).

Planen er nyttig hvis den er laget på en god måte. Det er veldig viktig at den er solid politisk forankret. Det dreier seg om å få ned noe på papiret og bli enige om en felles forståelse om hva som er utfordringene og hva vi må gjøre fremover. Ledelse handler om hvor vi er, hvor vi skal og hvordan vi kommer dit. Hvis man ikke vet hvor man skal havner man på en annen plass. Problemet er ikke planverket eller tema, men det å lage planer som fungerer. Ofte er de ikke koplet opp mot økonomi planarbeidet. Så blir de ikke forankret og de blir utdaterte. Så det er vanskelig å få til en plan som fungerer. Det som styrer i kommunen er økonomiplanarbeidet, og det er jo helt andre ting som slår inn. Det dreier seg ikke om plan eller ikke plan, men hvordan den utformes. Planverket er litt... hva skal man si, det blir lagd, men ikke alltid fulgt (Administrasjonsleder).

Det viktigste er å ha med politikerne i prosessen. Det synliggjør utfordringsbildet, og gir oss en felles forankring. Den er et viktig verktøy for å gjøre prioriteringer, noe vi er nødt til å gjøre. Den gir oss et tryggere beslutningsgrunnlag når vi skal innstille til politisk vedtak. Vi er en stor kommune, det er vanskelig å ha oversikt over hele sektoren. Jeg slår derfor ofte opp i planen når jeg lurer på noe, for eksempel hvor mange boliger vi har av en bestemt type (Administrasjonsleder).

En plan er viktig for å se behov og ha en strategisk fremdrift i det vi gjør. Det er viktig at den har en faglig forankring. Vi stopper opp og lager et dokument som gir oversikt over sektoren (Tjenesteleder).

Arbeidet med planverket tar tid. Politikerne forholder seg ikke alltid til planverket: Det er utfordrende. Prosessen med planverket er det viktigste. Det er også viktig med lokale planer på sykehjemmet. Det er ikke bare planer på kommunenivået som er viktig (Tjenesteleder).

En plan gir oss mulighet til å reflektere og diskutere ulike veivalg. Vi blir tvunget til å tenke helhetlig. Den er et godt verktøy for å planlegge gode tjenester i framtiden. Den gjør oss i stand til å ta gode valg. Omsorgsplan 2015 er et bra tiltak. Den er godt satt opp og gir retning. Treffer det vi står oppe i. Jeg har brukt den mye. Den er et godt utgangspunkt for å etablere lokale planer. Det er bra tiltak at regjeringen har lyst ut midler (Tjenesteleder).

En plan gir oss mulighet til å ha en kommunikasjon med politikerne, ansatte og innbyggere. Den er viktig. Det er viktig at endringer som vi gjør forankres i en plan. Ting endrer seg så fort så det er viktig å rullere planene ofte. Planen må ikke bli for detaljerte. Blir den for lang og detaljert er det ingen som vil få tid til å lese dem. Det er enormt krevende å holde seg ajour med informasjon som kommer fra myndighetene. Det kommer mange og lange krevende planer og dokumenter fra sentrale myndigheter (Tjenesteleder).

5.4 Behov for en nasjonal veileder for planlegging?

Informanter fra 20 av de 23 kommunene som har oppgitt at de har utarbeidet en lokal delplan, har uttalt seg om spørsmålet om hvorvidt de ser at det vil være nyttig med en nasjonal veileder for planlegging av pleie- og omsorgstjenestene i kommunen. I overkant av halvparten ønsker en nasjonal veileder, to er usikre og de resterende ser ikke nytten av en slik veileder. Vi ser ingen forskjeller i svarene til informanter fra kommuner med ulik størrelse (målt i antall innbyggere), og mellom administrasjonsledere og tjenesteledere.

En av informantene som sier at kommunen kan ha nytte av en nasjonal veileder, sier følgende:

Ja, men den må være en kort og konsis veileder. Det ville absolutt vært nyttig. Vi strever med å lage en struktur i planen. Hva er det som er viktig å ha med? Det ville vært effektivt for oss om vi hadde hatt en mal. Da ville det også vært lettere for oss å sammenligne oss med andre kommuner. I dag er det vanskelig å sammenligne. Vi er en liten kommune med begrenset plankompetanse (Tjenesteleder).

En annen sier:

Det ville sikkert vært fornuftig, men det måtte ikke vært for omfattende. Vi er en liten kommune med lite ressurser og kan ikke bruke like mye ressurser på planlegging som store kommuner. Det måtte vært en kort veileder, men ja det kunne vært nyttig (Tjenesteleder).

En tredje informanter sier:

En kort generell retningslinje vil være en god ide. Alle skal finne opp kruttet på nytt, det gjør at vi bruker unødvendig mye ressurser (Administrasjonsleder).

Flere av de andre informantene gir som disse tjenestelederen uttrykk for at veilederen bør være kort, og flere sier at den bør bestå av konkrete tips.

Informanter som er skeptiske til en nasjonal veileder sier følgende:

Nei, veiledere er for lange og for fjernt fra virkeligheten. Jeg vil kalle dem for byråkratisk lapskaus. En veileder må være en kokebok og gi en oppskrift på hvordan man skal gå fram (Administrasjonsleder).

Jeg vil ikke anbefale det. Kommunene har svært ulike utgangspunkt for planlegging av sine tjenester. Vår erfaring har vært at det har vært viktig å forholde seg til nasjonale føringer – som det er mer enn nok av – og tilpasse de lokale forhold (Administrasjonsleder).

5.5 Kopling mellom mellom omsorgsplan og handlingsplan?

Som beskrevet i kapittel 1 skal kommuneplanens samfunnsdel og eventuelle delplaner inneholde en handlingsdel som revideres årlig og som angir hvordan kommunen har tenkt å gjennomføre kommuneplanens samfunnsdel de neste fire årene innenfor kommunens økonomiske rammer (Lovkommentar, Klima- og miljødepartementet, 2009). I kommunelovens § 44 (Kommuneloven, 1992) åpnes det for at økonomiplanen kan inngå i handlingsdelen.

På spørsmålet om det er en kopling mellom omsorgsplan og handlingsplan svarer informanter i 13 kommuner at dette er tilfelle, mens seks svarer nei. Følgende ble sagt i intervjuer:

Omsorgsplanen brukes aktivt. Og koplingen til nye tiltak må prioriteres i forbindelse med at handlingsplan utarbeides og rulleres hvert år (Administrasjonsleder).

Vi viser hele tiden til pleie- og omsorgsplanen når vi arbeider med økonomiplanen. Pleie- og omsorgsplanen er veldig styrende for økonomiplanen i vår kommune (Administrasjonsleder).

Den brukes aktivt. Det har vært viktig å få den forankret. Vi hadde politikerne med i revideringen av planen. Det har vært viktig for gjennomføringen av planen (Administrasjonsleder).

Blant de som oppgir at det ikke er en slik kopling, eller en dårlig kopling, sier informanter følgende:

Det er nokså løsrevet. Problemet er ikke planverket eller tema, men det å lage planer som fungerer. Ofte er de ikke koplet opp mot økonomi planarbeidet. Så de blir ikke forankret, og de blir utdaterte. Det er vanskelig å få til en plan som fungerer. Det som styrer i kommunen er økonomiplanarbeidet, og det er jo helt andre ting som slår inn. Det dreier seg ikke om plan/ikke plan, men hvordan den utformes. – Planverket er litt... hva skal man si, det blir lagd, men ikke alltid fulgt (Administrasjonsleder).

Det er vanskelig å kople i praksis. Vi må kutte og klarer ikke gjøre alt som står i omsorgsplanen (Administrasjonsleder).

Det er et problem at vi ikke har midler til å sette planen ut i livet. Den blir da ikke koplet til handlingsplanen (Administrasjonsleder).

Informanter både i små, mellomstore og store kommuner, forteller at det ikke er en kopling mellom omsorgsplan og handlingsplan. Det er altså ikke grunnlag, på bakgrunn av denne studien, å si at det spesielt er små eller store kommuner som ikke gjør en slik kopling. Vi vet ikke hvorvidt dette er representativt for norske kommuner.

Noen av informantene som oppga at det er kopling ga uttrykk for noen utfordringer:

Det er en meget tett kopling mellom omsorgsplanen og økonomiplanen, men omsorgsplanen var nok noe ambisiøs. Det er viktig å realitetsorientere seg når man lager en omsorgsplan (Administrasjonsleder).

Det er en god kopling, men det er utfordrende når rammen for budsjettet blir stadig redusert. Vi har fokus på at forslagene skal være gjennomførbare. Vi har tett dialog med økonomisjefen slik at det skal være dekning for alt som står i planen. Det er avgjørende for at planen skal kunne gjennomføres. Uten dialog med han mister planleggingen mye sin verdi. Omsorgsplanen er et verktøy når vi arbeider med øk planen (Administrasjonsleder).

Det kan se ut som at noen viktige forutsetninger for at omsorgsplanen iverksettes i handlingsplanen kan være at omsorgsplanen i størst mulig grad er realistisk og forankret. At den er basert på kunnskap om status for og framskrivning av bemannings- og brukergrupper/behov. Det kan og se ut som at det er en fordel at den er politisk forankret, og at økonomiansvarlig og tjenesteledere har vært involvert i utarbeidelsen av omsorgsplanen.

5.6 Oppsummering

Alle informantene i de 23 kommunene med en lokal delplan for pleie- og omsorgssektor gir uttrykk for at en slik plan er nyttig for kommunen. Lokale delplaner anses som et egnet virkemiddel for å møte fremtidige utfordringer i pleie- og omsorgssektoren. Flere av informantene gir imidlertid uttrykk for noen utfordringer. Det fremkommer at viktige forutsetninger for at omsorgsplanen iverksettes i handlingsplanen er at omsorgsplanen er realistisk og forankret. Det vil si at den er basert på kunnskap om status for og framskrivning av bemannings- og brukergrupper/behov. Selve prosessen med å utarbeide omsorgsplanen fremheves som viktig – at ansatte i ulike deler av kommuneadministrasjonen, tjenestene og politikere har anledning til å komme sammen og utvikle en felles forståelse over hva som er status qua, utfordringer, prioriteringer, og løsninger som er realistiske innenfor de økonomiske rammene som gir noen forutsetninger for hva som er mulig i kommunen og pleie- og omsorgssektoren. Det fremkommer i intervjuene at hvorvidt dette praktiseres i de forskjellige kommunene, varierer.

Informanter fra i overkant av halvparten av kommunene er positive til en nasjonal veileder, to er usikre og de resterende ser ikke nytten av en slik veileder. Vi ser ingen forskjeller i svarene til informanter fra kommuner med ulik størrelse (målt i antall innbyggere), og mellom administrasjonsledere og tjenesteledere.

6 Avslutning

Hovedstrategien i Omsorgsplan2015 er å utnytte den relativt stabile perioden vi er i nå til å «planlegge og forberede den raske veksten av omsorgsbehov som forventes om 10–15 år; og til en gradvis utbygging av tjenestetilbudet gjennom å foreta investeringer i forebyggende tiltak, utdanning/kompetanse, ny teknologi, boliger og anlegg» (St.meld. nr. 25 2005–2006). Et av hovedvirkemidlene i Omsorgsplan 2015 er å sette de framtidige omsorgsutfordringene på dagsorden i kommunal planlegging og stimulere kommunene til å utvikle lokale omsorgsplaner som en del av det helhetlige kommune- og økonomiplanarbeidet. Denne rapporten beskriver status per 1. mars 2013 og belyser kommunale ledes erfaringer med lokale delplaner for pleie- og omsorgssektor. I dette avslutningskapitlet ønsker vi å løfte fram følgende hovedfunn:

1. Under halvparten av alle landets kommunene (41 prosent) har utviklet *lokale* delplaner for å møte fremtidige utfordringer i pleie- og omsorgssektoren.
2. Utarbeidelse av lokale delplaner for pleie- og omsorgssektor bidrar til at hovedsatsingsområder fra OM2015 i større grad blir del av det helhetlige planarbeidet i kommunene.
3. Det kommunale planverket inneholder oftest en oversikt over status i pleie- og omsorgstjenester, men drøfter i liten grad strategier for rekruttering og kompetanseheving.

6.1 Lokale delplaner for å møte fremtidige utfordringer i pleie- og omsorgssektoren

Tilnærmet alle de lokale omsorgsplanene dateres fra *etter* at OM2015 trådte i kraft i 2006, og de fleste gjelder fra 2011, noe som kan tyde på en ekstra innsats i forlengelse av OM2015. Vi kan ikke se bort ifra at andel kommuner med lokale delplaner vil øke noe, også etter 1. mars 2013. Samtidig antyder nedgangen i 2012 at det kan det være slik at andre planprosesser, som for eksempel i forbindelse med Samhandlingsreformen og Folkehelsesloven, prioriteres fremfor delplaner for pleie- og omsorgssektor. Noen fylker kjennetegnes av forholdsvis få kommuner som har utviklet delplaner for pleie-

og omsorgssektor. På omsorgssektorens område har fylkesmennene hatt en sentral rolle i arbeidet med gjennomføring av ulike reformer og handlingsplaner de siste 25 årene. Denne rollen varierer tydeligvis mellom fylker, noe som er i tråd med tidligere funn av store regionale variasjoner i status og organiseringen av for eksempel planforum og opplevelsen av fylkeskommunens veiledningsrolle (NIVI rapport 2014).

Størst potensial for utvikling av lokale delplaner er det blant de minste kommunene. En grunn for manglende delplaner for pleie- og omsorgssektor blant de minste kommuner kan imidlertid være at de har mindre behov for slike delplaner fordi sektoren er mer oversiktlig sammenlignet med større kommuner. Erfaringer fra ansatte i kommuneadministrasjonen og tjenesteleidere i kommuner som har laget lokale delplaner, tilsier likevel at delplanene anses som et egnet virkemiddel for å møte fremtidige utfordringer i pleie- og omsorgssektoren – forutsatt at omsorgsplanen iverksettes i handlings- og økonomiplanen og er basert på kunnskap om status for og framskrivning av bemannings- og brukergrupper/behov. Selve prosessen med å utarbeide omsorgsplanen gir dessuten anledning for at ansatte i ulike deler av kommuneadministrasjonen, tjenestene og politikere kommer sammen og utvikler en felles forståelse over hva som er utfordringer, prioriteringer og løsninger i kommunens pleie- og omsorgssektor.

6.2 Helhetlige kommuneplaner?

Utover lokale omsorgsplaner, omtales hovedsatsningene til OM2015 i størst grad i kommunens handlingsplan. Handlingsplanene revideres hvert år mens samfunnsdelen gjelder ofte for ti år eller mere. Samfunnsdelen for litt under halvparten av kommunene gjaldt fra før 2007, altså fra før hovedsatsingene fra OM2015 ble lansert. Dette er i tråd med tidligere funn som viste at mange kommuner har «gamle» kommuneplaner som gjør at kommunal planlegging i mange tilfeller ikke fungerer som det styringsverktøyet det er ment å være (NIVI rapport 2014). Det er ikke slik at kommunene kompensere for en eventuell eldre samfunnsdel ved å lage en lokal omsorgsplan. Men kommuner som har utarbeidet en lokal omsorgsplan er noe mer tilbøyelig til å drøfte hovedsatsingene fra OM2015 i handlingsplanen. Også her er det fylkesvise variasjoner. For eksempel har kommuner i Vestfold i liten grad utarbeidet

lokale omsorgsplaner, men drøfter oftere hovedsatsningene fra OM2015 i deres handlingsplan. Utfordringen her er at handlingsplaner vanligvis gjelder for ett år om gangen, mens en lokal delplan for pleie- og omsorgssektor i gjennomsnitt varer ni år. Samtidig kan en lokal delplan være nokså uforpliktende, hvis det ikke blir tatt opp i handlingsplanen (eller økonomiplanen). En videreføring i handlings- eller økonomiplanen innebærer at lokale delplaner må bygge på realistiske forutsetninger, ta hensyn til kommunens økonomiske rammevilkår og ha politisk forankring og støtte.

Med et gjennomsnitt på ni år, kjennetegnes de lokale delplaner for pleie- og omsorgssektor ved en relativt lang planperiode. Også delplaner må rulleres jevnlig. Nye reformer og organisasjonsmodeller, demografiske endringer, ny innovasjon og endringer i økonomiske rammevilkår medfører at forutsetningene for pleie- og omsorgstjenester endres stadig. Hvis ikke planene endres i tråd med samfunnsutviklingen, vil de blir utdaterte og miste verdi. En rullering innebærer også en ny planprosess, noe som kan gi en positiv effekt i seg selv. En rullering av planen kan videre være et verktøy for å få nye politikere engasjert i sektoren og gi dem eierskap til planen.

6.3 Innhold i det kommunale planverket

Et godt planverk for kommunens pleie- og omsorgstjenester bør identifisere utfordringene i sektoren, lansere og drøfte ulike mål, diskutere ulike strategier for å nå målene og presentere og diskutere konsekvensene av de ulike strategier. Våre resultater antyder at de kommunale omsorgsplanene primært fokuserer på dagens situasjon i pleie- og omsorgstjenestene, noe som også har blitt påpekt i tidligere studier (Disch og Vetvik, 2009). Cirka tre av fire kommuner har oversikt over antall sykehjemsplasser og over halvparten har oversikt over antall brukere i hjemmetjenesten i kommunen i dag. Over halvparten av kommunene bruker statistikk fra KOSTRA for å beskrive status i pleie- og omsorgstjenestene. Anslag over framtidige behov er langt mindre vanlig, og kommunene har store vansker med å få lagt strategier for rekruttering, kompetanseheving og for å redusere sykefravær innenfor pleie- og omsorgssektor, jf. Kompetanseløftet 2015. Disse blir i liten grad beskrevet i kommunenes planverk. Sykefraværet ligger stabilt på rundt ti prosent i den kommunale omsorgs- og pleiesektoren, men dette blir ikke tatt høyde for når budsjetter legges og

vaktplaner blir satt opp (Gautun & Bratt 2014). Det er mange steder vanskelig å få tak i sykepleiere og andre personer med helsefaglig bakgrunn når det er behov for vikarer. En tidligere undersøkelse blant kommunepolitikere, ordførere og rådmenn viste også at et flertall av kommunene ikke utarbeider en statusrapport om kommunenes bemanningssammensetningen som kan legges til grunn når vedtak om økonomiske rammer for sektoren settes (Norgesbarometer nr. 7 2011). Hvis kommuneledelsen gav rom for en bedre grunnbemanning, kunne vanskene med å få tak i personal kanskje forebygges i noen grad. I dag ligger ansvaret for denne avveining nesten kun ved den enkelte ansatte i hjemmetjeneste. Ansvaret bør gjøres tydelig oppover: til ressursfordeling på kommunenivå, gjennom rapporteringssystemer og kommunal planlegging av pleie- og omsorgssektoren.

6.4 Veien videre

Samlet sett tyder resultatene fra vår undersøkelse på at dersom Regjeringens hensikt er at kommunene skal sette de framtidige omsorgsutfordringene på dagsorden i kommunal planlegging, er en lokal delplan for pleie- og omsorgssektor et egnet virkemiddel. Imidlertid er det fortsatt mange kommuner som hverken har lokale delplaner for pleie- og omsorgssektor eller drøfter hovedsatsningene til OM2015 på en tilfredsstillende måte. En av forklaringene er mangel på ressurser til og kompetanse på utforming av planer som tilfredsstiller kravene til god kommunal planlegging. For å gi kommunene bedre redskaper for kommunal planlegging kan det være fornuftig å utarbeide en kort og konsis veileder eller mal for planlegging av kommunale pleie- og omsorgstjenester. Veiledere kan ofte være lange og teoretiske, noe som gjør dem lite egnet som et praktisk verktøy for kommunale lederne. En kort veileder bestående av en punktvis oversikt over hva en plan burde inneholde, hvordan planprosessen skal gjennomføres og informasjon om hvor man finner relevante styringsdata, ville være et nyttig hjelpemiddel. En slik veileder vil kunne utgjøre et «lav-terskel»-tilbud, også til kommuner som har knappe ressurser, lite kapasitet og små fagmiljøer. En nasjonal veileder vil også delvis kompensere for store fylkesvise variasjoner i rollen til fylkesmennene som pådriver og veileder i utvikling av lokale delplaner for pleie- og omsorgstjenester.

Dersom en plan skal fungere som et dokument som legger føringer for praktisk politikk, må den være forankret hos kommunepolitikere. Kommunepolitikere fordeler kommunes ressurser og legger føringer for det totale tilbudet av pleie- og omsorgstjenester, blant annet hvordan tjenestene skal organiseres, fordeles og prioriteres. En utfordring er mangel på gode rapporteringssystemer opp til den administrative og politiske ledelsen i kommunen. Dette gjelder særlig informasjon om bemanning og kvalitet som kan danne beslutningsgrunnlag i budsjettbehandlingen for å vurdere hvilke endringer som eventuelt bør gjøres i kommunens pleie- og omsorgstjenester (Gautun 2012). Slike rapporteringssystemer burde være del av det helhetlige planarbeidet. En annen utfordring er at politiske representanter kan bli skiftet ut ved valg. En eventuell ny sammensetning i kommunestyret kan føre til at en omsorgsplan ikke lenger har politisk støtte. Følgelig kan det være en fordel å rullere planen ved nye kommunestyre og sørge for å ha konsensus om planens hovedpunkter på tvers av partilinjer. Med det forestående kommunevalget (høsten 2015) vil dette være et tema som bør forskes videre på. Arbeidet med OM2015 videreføres delvis gjennom Omsorgsplan 2020, hvor kommunal planlegging fortsatt fremheves som et viktig verktøy både i arbeidet med å kartlegge og analysere framtidsutfordringene og utvikle nye løsninger på kommunale oppgaver (Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg).

Et viktig spørsmål er fortsatt: Hva betyr omsorgsplanene for faktiske endringer i kommunens pleie- og omsorgstjenester i de påfølgende årene, som for eksempel kommunenes drifts- og investeringsnivå i pleie- og omsorgstjeneste? Er det kommuner som ønsker å endre sine tjenester i tråd med OM2015 som i størst grad har laget lokale delplaner, for å gi de lokale reformer og endringene legitimitet? Er det slik at kommuner uten lokale delplaner er også de som «vegrer» seg mot endring? Dette er noen av spørsmålene som er gjenstand for videre forskning blant annet ved å koble resultatene fra de ulike delstudier i dette prosjektet.

Summary

With report No.25 (2005–2006) to the Storting, also called Care Plan 2015, the Government introduced four priority areas for municipalities to be able to meet future challenges in long-term care: (1) growth in person-years, (2) skills upgrading, (3) growth in long-term care facilities, and (4) strengthening long-term care in dementia. One of the main strategies in Care Plan 2015 is to ensure that the future challenges in the long-term care services field are one of the municipal sector's most important planning tasks and are embedded in the overall municipal planning work. The current report presents results from a study that is part of the project "Outcome evaluation Care Plan 2015", which is a collaboration between the Department of Health Management and Health Economics at the University of Oslo, Center for Care Research, East, at Gjøvik University College and Norwegian Social Research at Oslo and Akershus University College. The aim of the report is to evaluate the extent to which municipalities have developed local long-term care plans and included future long-term care challenges in their municipal planning work. We use a three-way approach by focusing on the *quantity* of long-term care plans, the *quality* of the municipal planning work and the *experiences* of administrative and professional municipal leaders with local care plans. Chapter 2 provides an overview of the data and methods.

Chapter 3 describes the quantity of long-term care plans. By 01-03-2013, 41 percent of all Norwegian municipalities have developed a local care plan for long-term care services. When we also include municipalities that have specified the four priority areas from Care Plan 2015 in at least one of the three parts of the municipal planning work (planstrategi, samfunnsdel, handlingsplan), 55 percent of the municipalities have included future challenges in long-term care. Municipalities that have developed a local care plan are somewhat more likely to address challenges in the overall planning work. There are major regional variations in the number of municipalities that have developed a local care plan. Furthermore, priority areas are mainly discussed in the financial plan (handlingsplan), which is revised on an annual basis. Small municipalities (with less than 7,000 inhabitants) are least likely to have included future care challenges in any way in their municipal planning. Fewer needs as well as fewer available resources are the most likely explanations

for this. The largest municipalities, with more than 60,000 inhabitants, are likely to have mentioned the priority areas but are also less likely to have specified the associated challenges, the consequences and possible strategies for their municipality.

Chapter 4 is based on an examination of the municipal planning work in 67 municipalities based on four indexes:

1. Overview of long-term care in the municipality
2. Future needs and demands for long-term care
3. Capacity and skills in dementia care; and
4. Strategies for recruitment and skills upgrading in long-term care

The municipal planning work is most likely to include some kind of overview of long-term care in the municipality (index 1). More than half of the municipalities have included an overview on the number of nursing home places, users of home care and use available statistics to provide a general overview over long-term care services in the municipality. Strategies for recruitment and skills upgrading are least likely to be included in the planning work. Municipalities with a local care plan have a higher score on the indexes compared to municipalities without a care plan.

Chapter 5 presents a description of the experiences of municipal staff from 23 municipalities with local care plans. All informants underline the importance of the process of developing local care plans, and indicate that local care plans are a useful strategy for their municipality. An important condition for the success of local care plans is that these are realistic and based on solid knowledge on current and future needs.

Chapter 6 summarizes the findings of the report and discusses challenges and research possibilities ahead. All in all the results indicate that Care Plan 2015 has contributed to an increased focus among municipalities to include future challenges in the long-term care services in the overall municipal planning work. There are however large regional variations that suggest a varying involvement of the county administrator. A brief and concise national guide for developing local care plans may constitute a useful tool for some of the municipalities hesitating to develop a local care plan. Another important question for future research is to what extent local care plans and municipal planning lead to subsequent changes in the long-term care sector of the municipalities.

Referanser

- Disch, P. G. & Vetvik, E. (2009). *Framtidas omsorgsbilde – slik det ser ut på tegnebrettet*. Rapportserie nr. 1/ 2009, Senter for omsorgsforskning - Sør.
- Daatland, S. O. & Veenstra, M. (2012). *Bærekraftig omsorg? Familien, velferdsstaten og aldringen av befolkningen*. NOVA-Rapport 2/2012.
- Embetsoppdraget (2009-2011). Det elektroniske embetsoppdraget til fylkesmennene. Punkt 86.1.
- Falleth E. (2012). Introduksjon til norsk planlegging. I Aarsæther, N., Falleth, E., Nyseth, T., & Kristiansen, R. (Red.) *Utfordringer for norsk planlegging; Kunnskap, Bærekraft, Demokrati* (s. 49-61), Kristiansand, CappelenDamm Høyskoleforlaget.
- Gautun, H. (2012) *Planlagt og faktisk bemanning i sykehjem og hjemmesykepleien*. Fafo-rapport 2012: 05.
- Gautun, H., & Bratt, C. (2014) *Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem*. NOVA rapport: 14/14.
- Gravdahl, H. P. & Hagen, T. P. (1997). Ny kommunelov, ny organisering? Organisasjon og arbeidsformer i kommuner og fylkeskommuner i 1996. Oslo, NIBR.
- Hagen, T. P., McArthur, D. P., & Tjerbo, T. (2013). *Midtveisevaluering av Omsorgsplan2015: Effekter for pleieårsverk og plasser i boliger og institusjoner*. Helseøkonomisk skriftserie, 7/2013, UiO.
- Kleven, T. (1998), Planlegging og politikk en kritisk refleksjon. Kleven, T., Amdam, R., Jenssen, J. I., Olsen K. H., Lie, T. *Planlegging og handling – kommunal planlegging som grunnlag for politisk styring*. Kommuneforlaget AS.
- Kommuneloven. (1992). Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven).
- KOSTRA (2012). Hentet fra: <https://www.ssb.no/statistikkbanken/>
- Lovkommentar til plandelen av ny plan- og bygningslov. (2009). Klima- og miljødepartementet.
- Meld. St. 29 (2012–2013). Morgendagens omsorg. Helse- og omsorgsdepartementet.
- NIVI Rapport (2014). Kartlegging av plankapasitet og plankompetanse i kommunene. Utarbeidet på oppdrag av KS. Oslo.
- NOU 2001:7 Bedre kommunal og regional planlegging etter plan- og bygningsloven.

- Oppdragsbrev - Resultatevaluering av Omsorgsplan 2015. (Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet, oppdragsbrev, mai, 2010).
- Planlovutvalgets første delutredning. Oslo:Statens forvaltningstjeneste.
- Plan- og bygningsloven. (2008). Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven).
- Skjeggedal, T. (2010) Ny plandel – forventninger og forutsetninger. *Regionale trender* nr. 1. (s. 42-52).
- St.meld. nr. 25 (2005–2006). Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer. Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Tjerbo, T., Aamodt, P.O., Stigen, I.M., Helgesen, M., Næss, T., Arnesen, C.Å., Høst, H., og Frølich, N. (2012). *Bemanning av pleie- og omsorgssektoren: handlingsplan og iverksetting. Sluttrapport fra evaluering av Kompetanseløftet 2015*. NIBR-rapport 2012:3.
- Veileder om kommuneplanprosessen. (2012). Klima- og miljødepartementet.
- Vetvik, E., & Disch, P. G. (2013). *Kommunal omsorg i plan?: Status 2011– utfordringer mot 2025*. Rapportserie 3/2013, Senter for omsorgsforskning - Sør.
- Aarsæther, N. (2012a) Planlegging som handlingstype. Aarsæther, N., Falleth, E., Nyseth, T., & Kristiansen, R. (Red). *Utfordringer for Norsk Planlegging: Kunnskap, Bærekraft, Demokrati* (s. 26-48). Kristiansand, CappelenDamm Høyskoleforlaget.
- Aarsæther, N. (2012b). Ny giv for kommunal planlegging? I Aarsæther, N., Falleth, E., Nyseth, T., & Kristiansen, R. (Red.) *Utfordringer for norsk planlegging: Kunnskap, Bærekraft, Demokrati* (s. 63-84), Kristiansand, CappelenDamm Høyskoleforlaget.
- Aamodt, P. O., Høst, H., Arnesen, C. Å., & Næss, T. (2011). *Evaluering av Kompetanseløftet 2015*. Underveisrapport 3, NIFU-rapport 1/2011, NIFU, Oslo.

Vedlegg 1: Oversikt over kommuner i utvalg 2

Kommune-nummer	Kommune-navn	Innbyggere per 1. kvartal 2012	Fylke
0104	Moss	31,308	Østfold
0106	Fredrikstad	77,591	Østfold
0119	Marker	3,596	Østfold
0122	Trøgstad	5,366	Østfold
0219	Bærum	118,588	Akershus
0230	Lørenskog	34,697	Akershus
0231	Skedsmo	51,188	Akershus
0412	Ringsaker	33,463	Hedmark
0417	Stange	19,737	Hedmark
0425	Åsnes	7,544	Hedmark
0427	Elverum	20,563	Hedmark
0502	Gjøvik	29,668	Oppland
0514	Lom	2,361	Oppland
0533	Lunner	8,952	Oppland
0602	Drammen	66,214	Buskerud
0619	Ål	4,713	Buskerud
0709	Larvik	43,258	Vestfold
0728	Lardal	2,460	Vestfold
0805	Porsgrunn	35,516	Telemark
0827	Hjartdal	1,602	Telemark
0901	Risør	6,899	Aust-Agder
0904	Grimstad	21,783	Aust-Agder
0906	Arendal	43,841	Aust-Agder
0911	Gjerstad	2,489	Aust-Agder
1001	Kristiansand	85,983	Vest-Agder
1017	Sogndalen	6,303	Vest-Agder
1018	Søgne	11,005	Vest-Agder
1103	Stavanger	130,754	Rogaland
1106	Haugesund	36,099	Rogaland
1124	Sola	25,083	Rogaland
1127	Randaberg	10,416	Rogaland
1141	Finnøy	3,058	Rogaland
1151	Utsira	211	Rogaland
1160	Vindafjord	8,747	Rogaland
1201	Bergen	271,949	Hordaland
1234	Granvin	911	Hordaland
1243	Os	18,678	Hordaland

1264	Austrheim	2,833	Hordaland
1432	Førde	12,685	Sogn og Fjordane
1438	Bremanger	3,950	Sogn og Fjordane
1502	Molde	26,048	Møre og Romsdal
1504	Ålesund	45,747	Møre og Romsdal
1520	Ørsta	10,536	Møre og Romsdal
1563	Sunnadal	7,171	Møre og Romsdal
1576	Aure	3,577	Møre og Romsdal
1601	Trondheim	182,035	Sør-Trøndelag
1630	Åfjord	3,242	Sør-Trøndelag
1638	Orkdal	11,628	Sør-Trøndelag
1703	Namsos	13,083	Nord-Trøndelag
1714	Stjørdal	22,683	Nord-Trøndelag
1721	Verdal	14,788	Nord-Trøndelag
1738	Lierne	1,385	Nord-Trøndelag
1804	Bodø	49,731	Nordland
1818	Herøy	1,733	Nordland
1820	Alstahaug	7,394	Nordland
1822	Leirfjord	2,188	Nordland
1827	Dønna	1,420	Nordland
1835	Træna	489	Nordland
1841	Fauske	9,556	Nordland
1860	Vestvågøy	10,997	Nordland
1902	Tromsø	71,590	Troms
1903	Harstad	24,441	Troms
1927	Tranøy	1,510	Troms
1931	Lenvik	11,557	Troms
2012	Alta	19,822	Finnmark
2014	Loppa	1,027	Finnmark
2030	Sør-Varanger	10,090	Finnmark