



Masteroppgave

ADM755 Samfunnsendring, organisasjon og ledelse

Tre store kommuner i møte med eldrebølgen: Hva er utfordringene, planene og mulighetene de har?

Aleksander Hedum

Totalt antall sider inkludert forsiden: 102

Molde, 24.05.2017



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 30

Veileder: Sølve Mikal Krekvik Nerland

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 20.05.2017

Forord

Å skrive masteroppgave har vært en spennende og ny opplevelse. Jeg er glad for at jeg valgte å fordype meg i et så interessant tema. Etter å ha produsert et så stort arbeid er det rart å endelig skrive forord, og å reflektere over tiden dedikert til skrivningen. Det er lett å se seg blind på veien, og derfor er det godt å ikke ha gått igjennom hele prosessen alene.

Jeg vil først og fremst rette en enorm takk til min veileder, Sølve Mikal. Du har hjulpet meg igjennom hele mitt arbeid. Jeg setter stor pris på alle de interessante diskusjonene vi har hatt. De gode tilbakemeldingene jeg har fått har vært med å forme oppgaven min til det bedre.

Jeg har vært omringet av samfunnsfaglige interesser som har gitt meg inspirasjon til å fordype meg i den offentlige sfære. En spesiell takk til min mor, Bente, for å ha satt i gang diskusjonen rundt tema som er valgt for oppgaven en varm sommerdag i Son. Det settes også stor pris på korrekturlesing og tilbakemeldinger på oppgaven fra min nærmeste familie.

En stor takk til min kjæreste, Ane, for støtte og tålmodighet når arbeidstiden har variert fra tidlig morgen til sent på natt. Du motiverer og inspirer meg, og har alltid vært ved min side.

Aleksander Hedum

21.05.17

Molde

Sammendrag

Valget av tema for oppgaven er tre store kommuner i møte med eldrebølgen, og hvilke utfordringer eldrebølgen vil gi de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det er valgt å belyse dette tema gjennom tre problemstillinger av typen spørsmål:

1. Hva er de store kommunenes konkrete utfordringer i forhold til eldrebølgen?
2. Hvilke planer har disse kommunene for de kommende år innen helse- og omsorgstjenesten?
3. Hva i deres planer kan skape muligheter og fremme eller hemme innovasjon i kommunale helse- og omsorgstjenester?

Den første tilnærmingen er deskriptiv og vil kartlegge årsakene og sammenhengene i utviklingen, både demografisk og befolkningsmessig som vil påvirke kommunenes helse- og omsorgstjenester. Deretter beskrives og kartlegges kommuneplanene som er relevante for disse tjenestene for å gi oppgaven det kommunale perspektivet. Siste problemstilling gir oppgaven det eksplorerende design for å gi forståelse og innsikt i hvilke alternativer kommunene har for hva de kan gjøre.

Det benyttes innovasjons- og organisasjonsteori til å knytte bidrag om organisasjonsstrukturer, endring i organisasjoner, innovasjon i offentlig sektor og innovasjonsprosesser opp mot handlingsplanene til case-kommunene og diskusjon om hva som fremmer eller hemmer innovasjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. De utfordringene som er mest sentrale, på bakgrunn av hovedsakelig Statistisk sentralbyrå, viser mange flere eldre, stort behov for flere sysselsatte og nye løsninger på økonomiske utfordringer. Forhold som kan dempe utfordringene relateres til svakere enn forventet vekst i den eldre befolkningen og ny teknologi. Velferdsteknologi er en faktor som kan utgjøre forandringer i ytelsen av kommunale helse- og omsorgstjenester.

De planene Moss, Molde og Hamar kommune presenterer på helse- og omsorgstjenestekområdet varierer når det kommer til konkrete mål, satsningsområder og planperiode. Hamar kommune sin helse- og omsorgsplan tilbyr den mest konkrete planen. Moss og Molde derimot gir vage løsninger, spesielt på områdene brukermedvirkning og organisering.

Teorien viser at staten bør inn som mer enn tilrettelegger i forhold til utvikling, prøving og feiling av innovative løsninger som kommunene kan utnytte. Her legges det fokus på velferdsteknologi, omorganiseringer, effektivisering og ny bruk av eksisterende ressurser. Det er til en viss grad vanskelig for kommunene å gjennomføre og implementere løsninger som blir lagt frem av nasjonale myndigheter når mye av ansvaret, arbeidet og lovverket gjør at deres kommunale helse- og omsorgsplaner blir utformet på en måte som hemmer innovasjon. Staten bør inn i en delaktig rolle på finansieringssiden for å sørge for at innovasjonsarbeidet får nok ressurser.

Et sterkere fokus på samarbeid med aktører som frivillige organisasjoner, nasjonale myndigheter og andre kommuner er viktig. Et lengre perspektiv enn det kommunenes handlingsplaner har i dag vil kunne legge framtiden til rette for de kommende generasjoner, selv om det er vanskelig å få gjennomslag for politisk i langsomme og mekanistisk-strukturerte byråkrati.

Innhold

1. Innledning	1
2.0 Teori og sentrale begreper	4
2.1 Sentrale begreper og operasjonalisering	4
2.2 Rammeverk for sektoren	7
2.2.1 Nasjonale mål.....	8
2.2.2 Eierskap, lovverk og økonomisk ansvar	12
2.3 Det teoretiske rammeverket	14
2.3.1 Innovasjonsteori	15
2.3.2 Organisasjonsteori.....	19
3.0 Design, metode og data	21
3.1 Problemstilling 1	23
3.2 Problemstilling 2	26
3.3 Problemstilling 3	27
4.0 Analyse	29
4.1 Hva er utfordringene?	29
4.1.1 utfordringer sett fra nasjonale myndigheter	29
4.1.2 Demografiske endringer og befolkningsframskrivinger	32
4.1.3 Ressursinnsats sysselsetting	40
4.1.4 Ressursinnsats kroner.....	40
4.1.4 Forhold som kan dempe utfordringene	43
4.2 Hvilke planer har disse kommunene for de kommende år innen helse- og omsorgstjenesten	45
4.2.1 Moss kommune	46
4.2.2 Molde kommune	52
4.2.3 Hamar kommune.....	57
4.2.4 Oppsummering	62
4.3 Kommunenes muligheter i møte med eldrebølgen	64
4.3.1 Moss	64
4.3.2 Molde	68
4.3.3 Hamar	70
4.3.4 Hva fremmer og legger til rette for innovasjon i kommunen?.....	72
4.3.5 Hva hemmer og bremser mulighetene for innovasjon i kommunen?	75
5.0 Konklusjon	83

Referansliste..... 87

Tre store kommuner i møte med eldrebølgen: Hva er utfordringene, planene og mulighetene de har?

Hva i deres planer kan skape muligheter og fremme eller hemme innovasjon i kommunale helse- og omsorgstjenester?

1. Innledning

Høy fødselsrate i etterkrigstiden, økt levealder og endring i alderssammensetningen gjør at den kommende eldrebølgen er et interessant tema. Eldrebølgen har vært ventet en lang stund, og de store endringene som følge av den har man ikke sett hittil. Statistisk sentralbyrå (heretter SSB) (2017f) sine nøkkeltall for befolkning viser at mens det i dag er nesten en av ni personer i Norge som er 70 år eller mer, vil i 2060 omtrent hver femte person være 70 år eller eldre. Denne økningen av den eldre befolkningen kombinert med andre demografiske endringer, sysselsettingsbehov og andre framskrivinger, gjør at kommunale helse- og omsorgstjenester er i startgropen for en omfattende endringsperiode.

Kommunene i møte med den kommende eldrebølgen er et tema som blir hyppig diskutert på nasjonalt nivå. Studier av den kommunale helse- og omsorgstjenesten og dens utfordringer i fremtiden er svært viktig for samfunnet. Emnet omtales av stortingspolitikere, lokalpolitikere, næringslivsaktører og medier regelmessig som en sentral fremtidsutfordring for velferdsstaten Norge. Utfordringene, både økonomisk og organisatorisk, gjør at denne typer studier har stor samfunnsmessig relevans.

Det er, som det blir vist senere i oppgaven, kommunene som står ansvarlige for alle offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune (Helse- og omsorgstjenesteloven 2011). Dette gjør at kommunene er sentrale aktører i utviklingen og de utfordringer økningen av eldre vil ha på samfunnet som

helhet. I regjeringens *Omsorgsplan 2020* (Helse- og omsorgsdepartementet 2015a, 5) står det i innledningen at et av deres hovedsatsningsområder er «forenkling, fornying og forbedring av offentlig sektor». Videre står det at «en forutsetning for fornyelse og innovasjon i omsorgssektoren er kommunal handlefrihet til å utvikle fag, ledelse, ny teknologi og nye organisasjonsformer» (Helse- og omsorgsdepartementet 2014, 5).

Motivasjonen for oppgaven er mye grunnet i demografiske endringer og samfunnsdebatt rundt temaet. I følge SSB sitt *Kommuneregnskap, 2015, reviderte tall* (2016e), utgjorde helse- og omsorgstjenester 30 prosent av kommunekonsernernes totale brutto driftsutgifter i 2015. Men selv om det er en stor del av utfordringsbildet som fokuserer på de negative sidene av eldrebølgen, altså økte utgifter, flere årsverk og store investeringer, er det også viktig å ta hensyn til forventninger om økt verdiskaping. Organisering og innovative løsninger vil kunne stå for en økt verdiskaping i samfunnet, altså relatert til økt sysselsetting, ekspanderende marked og skatteinntekter. Som det fremgår av *Morgendagens omsorg* (Helse- og omsorgsdepartementet 2013, 31), har omsorgstjenestene en betydning for verdiskapingen i samfunnet og er ikke kun en stadig stigende offentlig utgiftspost. Dessuten har den nye eldregenerasjonen høyere utdanning, bedre økonomi og bedre helse enn tidligere generasjoner, og vil ha en annen påvirkning på samfunnet enn tidligere.

Innenfor kommunenes helse- og omsorgstjenester er hjemmetjenestene den største delen (SSB 2016b), og ifølge SSB var det 180.000 mottakere av helsetjenester i hjemmet og/eller praktisk bistand i 2015 (2017a). Hjemmetjenesten er, ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2013, 34), det området som øker mest i størrelse, både økonomisk og i antall brukere. Dette er et resultat av blant annet regjeringens satsning på at eldre skal være lengst mulig i eget hjem. Som Helse- og omsorgsdepartementet (2013, 31) skriver, vil det være et for enkelt svar å bare øke tallet på sykehjemsplasser proporsjonalt med veksten på antall eldre over 80 år. Helsetjenester i hjemmet vil øke med et organisatorisk skifte fra institusjoner til satsningen på hjemmetjenester. Derfor er det interessant å se hvilke løsninger kommunene legger frem i sine planer.

En avgrensning er å fokusere på KOSTRA-gruppe 13 ved å velge tre case-kommuner fra denne gruppen. KOSTRA-gruppe 13 består av landets store kommuner utenom de fire største byene. Ved å bruke kommunene Moss, Molde og Hamar som case, kan muligheten

for en forsiktig generalisering opp mot de andre store kommunene som denne gruppen består av, diskuteres.

På bakgrunn av de overnevnte interessefeltene og begrunnelsene vil temaet for denne oppgaven være hvordan eldrebølgen de neste tiår fram mot 2060 vil påvirke den kommunale helse- og omsorgstjenesten i de store kommunene. For å undersøke dette tema vil oppgaven fokusere på tre problemstillinger av typen spørsmål:

1. Hva er de store kommunenes konkrete utfordringer i forhold til eldrebølgen?
2. Hvilke planer har disse kommunene for de kommende år innen helse- og omsorgstjenesten?
3. Hva i deres planer kan skape muligheter og fremme eller hemme innovasjon i kommunale helse- og omsorgstjenester?

I kapittel for teoridelen av oppgaven, vil sentrale begreper og operasjonaliseringen av dem redegjøres for. Kapittelet vil videre redegjøre for målene for helse- og omsorgstjenestene gjennom stortingsmeldinger, og litteratur om organisering og innovasjon i organisasjonsteorien, samt rammeverk for sektoren som økonomisk ansvar, eierskap og lovverk vil bli gjort rede for. I teoridelen vil kommunen bli sett på som en innovativ aktør og hvordan den kan omstille seg i forhold til store endringer i samfunnet.

Design, metode og data er neste steg i oppgaven hvor analytiske tilnærming, samt begrunnelse for oppgavens validitet og reliabilitet gjøres rede for. Den første analysedelen er av typen deskriptiv kvantitativ analyse av hva utfordringene er. Analysens andre del handler om utvalgte kommuners planer, og er også deskriptiv, men vil ha en kvalitativ tilnærming. Den siste og største delen av analysen handler om hva kommunenes muligheter er, og vil være eksplorerende og til dels normativ. Denne tredje delen vil ha en kvalitativ tilnærming. I metodekapittelet vil det bli forklart om avgrensninger og valg ved oppgaven. I dette kapittelet skal også datagrunnlaget for oppgaven bli presentert, som er primært egen sammenstilling av tilgjengelig offisiell statistikk samt kommunale handlings- og omsorgsplaner og litteratur.

Kapittel fire inneholder selve analysen og drøftingen av problemstillingene. Undersøkelsen inkluderer de tre utvalgte kommunene (sammenliknet med landet og KOSTRA-gruppe 13) og det gjennomføres en analyse av utvalgte tall opp mot de teoriene som ligger til grunn. Til slutt, i kapittel fem, gis en konklusjon.

Neste del av oppgaven vil altså være et teorikapittel, før design, metode og data gjennomgås. Analysedelen følger deretter før det til slutt vil det gis en konklusjon..

2.0 Teori og sentrale begreper

I denne delen av oppgaven presenteres teori og sentrale begreper. Først vil begrepene i problemstillingen bli definert og operasjonalisert. Deretter vil andre sentrale begreper for oppgaven gjøres rede for. Etter det vil målsettinger for sektoren, belyst igjennom stortingsmeldinger, og nasjonale myndigheters rapporter, legges fram som et utgangspunkt for analysen. Dernest redegjøres det for lovverk, eierskap og økonomisk ansvar, før kapitlet går over til å dreie seg om det teoretiske rammeverket. Innovasjons- og organisasjonsteori vil presenteres for å avgrense og forklare hvordan og hva som skal diskuteres senere i oppgaven. Det vil fokuseres på hva innovasjon og organisasjonsendring er og hva som skal til for å implementere disse.

2.1 Sentrale begreper og operasjonalisering

Det er viktig at begrepene er så spesifikke og klare som mulig for at analysen og oppgaven skal være gyldig. Det kan skilles mellom teoretiske og operasjonelle definisjoner av begrepene. Den teoretiske definisjonen skal avgrense begrepet teoretisk i forhold til andre begreper, mens den operasjonelle definisjonen angir hvordan begrepet konkret brukes og måles i denne oppgaven. For å bevare den definisjonsmessige validiteten er det viktig at hvert begrep er operasjonelt definert på en måte som er dekkende for det teoretiske begrepet (Grønmo 2004).

Eldrebølgen. Høye fødselstall etter andre verdenskrig gjør at det kommer en *bølge* med eldre som vil utgjøre en høyere andel av befolkningen. Eldrebølgen skyldes også høyere forventet levealder. I denne oppgaven brukes begrepet i sammenheng med de utfordringer og den påvirkning denne voksende delen av befolkningen vil påføre kommunale helse- og omsorgstjenester. Operasjonelt er det den økende gruppen av befolkningen som er 67 år eller eldre – brukt over tidsrommet 2016-2060. Først vil en bølge av de eldste eldre (over 90 år) bli økende, mens rundt 2030 vil delen av befolkningen over 80 år bli den dominerende gruppen.

Kommunale helse- og omsorgstjenester er de tjenester kommunen har ansvar for å yte av nødvendig helsehjelp til alle som oppholder seg i kommunen. De skal følge lovgivningen om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven 2011). Vanlige tilbud i kommuner er de som faller under ansvarsområdet og inkluderer helsefremmende og forebyggende tjenester, svangerskaps- og barselomsorgstjenester, hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, fastlegeordning, sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering, og andre helse- og omsorgstjenester (hjemmetjeneste, plass i institusjon, avlastningstiltak) (Helse- og omsorgstjenesteloven 2011, §3-2). Alle disse, unntatt svangerskaps- og barselomsorgstjenester er relevante for eldre personer.

Hjemmetjenesten i kommunene faller inn under de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og har som oppgave å utføre den pleien og behandlingen som er nødvendig for pasienter i hjemmet. Består av hjemmesykepleie og hjemmehjelp i egen bolig.

Innovasjon er et begrep som i denne oppgaven brukes slik Nærings- og handelsdepartementet (2008, 13) gjorde i *Et nyskapende og bærekraftig Norge*; «En ny vare, en ny tjeneste, en ny produksjonsprosess, anvendelse eller organisasjonsform som er lansert i markedet eller tatt i bruk i produksjonen for å skape økonomiske verdier». Begrepet vil redegjøres nærmere for i eget underkapittel senere i teoridelen.

Med **Store kommuner** menes i denne oppgaven de kommuner som faller inn under gruppe 13 i statistikken KOSTRA. Grupperingen er gjort av SSB basert på likhet i innbyggertall og økonomiske rammebetingelser. De kommuner som faller inn under gruppe 13 er

kommunene med mer enn 20.000 innbyggere, men ekskluderer de største byene Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger. De økonomiske rammebetingelsene beskrives i et senere avsnitt.

Verdiskaping blir definert, slik Norges forskningsråd har gjort i sin rapport (2012, 8) *Innovasjon i offentlig sektor*, som «økt kvalitet, økt effektivitet, økt produktivitet, økt tilfredshet hos ansatte, brukere, pasienter og pårørende». Begrepet brukes på både kommunalt, sektoralt og nasjonalt nivå for å beskrive hvordan innovasjon kan skape verdi igjennom bruken av ressurser innenfor den kommunale helse- og omsorgssektoren.

Økonomisk vekst, nært relatert til verdiskaping. Begrepet vil bli brukt i oppgaven som fasen før verdiskaping, at når den økonomiske veksten spres, fører det til verdiskaping.

Velferdsteknologi brukes, slik Direktoratet for e-helse (2017) beskriver det, som en fellesbetegnelse på tekniske installasjoner og løsninger som kan bedre den enkeltes evne til å klare seg selv i egen bolig, og bidra til å sikre livskvalitet og verdighet for brukeren. Bruken av begrepet kobles hovedsakelig til de alternative løsninger kommunene kan utnytte i sitt arbeid med fremtidige utfordringer.

Effektivitet er definert, slik *Effektivitet i statlig ressursbruk* (Bakli, Kalleberg og Rødsten 2001) relaterer begrepet til offentlig forvaltning, som at verdien av prestasjonene (vare, tjeneste eller aktivitet) er større enn kostnaden ved å utføre dem. I denne oppgaven brukes begrepet til å beskrive omorganiseringen av kommunale helse- og omsorgstjenester for å bruke mindre ressurser for samme resultat eller bedre resultat med samme ressursbruk.

Produktivitet er definert, slik Finansdepartementet (2015, 71) gjør i NOU 2015:1 *Produktivitet – grunnlag for vekst og velferd*, som forholdet mellom produksjon og bruken av innsatsfaktorer (samlet faktorinnsats). Produktivitetsvekst er derfor forskjellen mellom veksten i produksjonen og veksten i samlet faktorinnsats.

Aldersbæreevne er antall innbyggere i yrkesaktiv alder (fra og med 16 år og opp til 67 år) per pensjonist (67 år og eldre). Begrepet brukes i oppgaven til å beskrive det størrelsesmessige forholdet mellom de to befolkningsgruppene yrkesaktive og pensjonister.

Omsorgsbyrden i denne oppgaven referer til antall personer 67 år og eldre dividert med antallet personer 20-66 år (SSB 2015). Nær sammenheng med begrepet *aldersbæreevne* ovenfor, men holder utenfor personer 16-20 år som ofte er under utdanning og bor hos foreldre. Disse to begreper er nokså like, men begge brukes i oppgaven fordi dette er ulike statistiske begreper brukt av SSB i sine rapporteringer, slik at det er nødvendig med et skille.

Dekningsgrad er den dekningen kommunen har på antall brukere av en tjeneste i forhold til den befolkningen som tjenesten er ment å dekke. Eksempelvis kan begrepet brukes både for dekningen i hjemmetjenestene eller dekningsgrad i sykehjem. En god dekningsgrad vil tilsa at kommunen ut fra prognoser forventer å kunne opprettholde god tilgjengelighet på sine tjenester. Operasjonell definisjon av dekningsgradene er andel av befolkningen innen den eldre aldersgruppen, altså 67 år og eldre, som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester.

Aktører i denne oppgaven kan referere til kommune, virksomhet, stat, marked eller organisasjoner. I tillegg brukes det for den eldre selv og pårørende. Begrepet knyttes hovedsakelig opp mot samspillet mellom kommune og stat, eller mot samarbeid mellom kommunens virksomhet og frivillige organisasjoner.

Før presentasjonen av det teoretiske rammeverket for oppgaven, redegjøres det for rammeverkene for sektoren, altså de føringer kommunene må forholde seg til i møte med eldrebølgen.

2.2 Rammeverk for sektoren

Før man skal starte en analyse av hvordan man tror fremtiden vil se ut må man legge visse viktige elementer til grunn. Rammeverk som blir presentert i oppgaven og de neste underkapitlene i denne oppgaven, har flere betydninger. De mål som er lagt ned av nasjonale myndigheter er sentrale og til dels førende for utviklingen og framtidsplanleggingen i kommunene og deres enheter. Kommunenes helse- og omsorgstjenester vil, sannsynligvis ofte, følge rammene som blir lagt av Helse- og

omsorgsdepartementet gjennom meldinger til Stortinget og regjeringens meldinger. For å klarere vise hvordan disse målene kan nås og diskuteres videre i analysekapittelet synes det viktig å inkludere lovgivning om ansvar og lovverk igjennom helse- og omsorgstjenesteloven (2011). I tillegg vil det redegjøres kort for finansieringen av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Her er det fokus på hvordan kommunene finansierer sine helse- og omsorgstjenester og det økonomiske ansvaret rundt sektoren. I tillegg vil NOU 2011:11 om *Innovasjon i omsorg* bli inkludert i oppgaven (Helse- og omsorgsdepartementet 2011), ikke som uttrykk for regjeringens politikk, men som input til drøftingen av kommunenes alternativer i tredje del av analysen. NOU-ene er uavhengige av regjeringens politikk. Regjeringen har nedsatt et utvalg som er uavhengig. Stortingsmeldingene er derimot regjeringens politikk.

2.2.1 Nasjonale mål

Grunnen til at det her blir gitt slik omfattende plass til stortingsmeldinger, er for å se hvilke mål, forventninger, realiteter og forutsetninger som kommer ut fra nasjonale myndigheter ved Helse- og omsorgsdepartementet, daværende Nærings- og handelsdepartement, Helsedirektoratet og regjeringen. De stortingsmeldinger som presenteres her blir både brukt i dette kapittelet, og i analysedel 3 mot slutten av oppgaven.

Selv om dette temaet har vært diskutert i offentlige dokumenter i lengre tid, vil denne gjennomgangen av offentlige og politiske mål og visjoner begrense seg til fra og med år 2005. Relevans, kombinert med tidsramme for oppgaven og plass, er begrunnelsene for å gjøre dette. I tillegg til avgrensning i tid, avgrenses dokumentgjennomgangen til stortingsmeldinger som uttrykk for regjeringens politikk. Det er naturlig å starte med Helse- og omsorgsdepartementets (2006) *Mestring, muligheter og mening: Framtidas omsorgsutfordringer*. Det er flere viktige meldinger til Stortinget som blir sentrale i oppgaven:

- Stortingsmelding 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening: Framtidas omsorgsutfordringer* (Helse- og omsorgsdepartementet 2006)

- Stortingsmelding 7 (2008-2009) *Et nyskapende og bærekraftig Norge* (Nærings- og handelsdepartementet 2008)
- Stortingsmelding 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (Helse- og omsorgsdepartementet 2009)
- Stortingsmelding 29 (2012-2013) *Morgendagens Omsorg* (Helse- og omsorgsdepartementet 2013)
- Stortingsmelding 26 (2014-2015) *Fremtidens Primærhelsetjeneste* (Helse- og omsorgsdepartementet 2015)

Også inkludert ved siden av stortingsmeldingene er *Kompetanseløft 2020* (Helsedirektoratet 2017) og *Omsorgsplan 2020* (Helse- og omsorgsdepartementet 2015a). Helsedirektoratet (2017) beskriver at *Kompetanseløft 2020* er regjeringen sin plan for rekruttering, kompetanse- og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten fram mot 2020. Denne planen vil redegjøres nærmere for senere i oppgaven. *Omsorgsplan 2020* (Helse- og omsorgsdepartementet 2015a) er regjeringens plan for omsorgsfeltet for perioden 2015 til 2020. Denne planen inkluderer tiltak for å styrke kvaliteten og kompetansen i omsorgstjenestene. Denne blir slik som *Kompetanse 2020* redegjort for senere i oppgaven. I tillegg inkluderes også andre relevante måldokumenter fra Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet, primært hentet fra deres nettsider.

Tilgjengelige tjenester av god kvalitet

Helse- og omsorgsdepartementet (2006) legger fram langsiktige strategier for framtidens omsorgstjenester hvorav de relevante for denne oppgaven er; 1) kvalitetsutvikling, forskning og planlegging, og 2) kapasitetsvekst og kompetanseheving. I denne meldingen til Stortinget legges det fram at regjeringens hovedstrategi er å bruke den stabile perioden før eldrebølgen til å planlegge og forberede den store veksten.

Direktoratet for e-helse (2017a) presenterer *Kvalitetsindikatorer for kommunale helse- og omsorgstjenester* på sine nettsider. Indikatorene bidrar til å belyse hvilken kvalitet deres tjenester har. Noen av de indikatorer som er operasjonalisert her er:

- Sykefravær i kommunal helse- og omsorgstjeneste
Indikatoren viser sykefraværet blant de ansatte som jobber direkte med brukerne. Sykefravær kan ha innvirkning på kvaliteten på tjenestene.
- Ventetid på hjemmetjenester
Denne indikatoren viser ventetiden (iverksettingstid) fra vedtak om hjemmetjenester er fattet til tjenesten er mottatt.
- Fagutdanning i pleie- og omsorgstjenesten
Indikatoren viser andelen ansatte i pleie- og omsorgstjenesten som har helse- og sosialfaglig utdanning.

Det er beskrevet i *Rammeverk for et kvalitetsindikatorsystem i helsetjenesten* av Helsedirektoratet (2010, 10), at god kvalitet på tjenester innebærer at de:

- Er virkningsfulle
- Er trygge og sikre
- Involverer brukere
- Er samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er tilgjengelig og rettferdig fordelt

Når det kommer til tilgjengelige tjenester av god kvalitet, heter det på helse- og omsorgsdepartementets (2017a) nettsider at «kommunene har ansvar for å sørge for gode og forsvarlige helse- og sosialtjenester til alle som trenger det, uavhengig av alder eller diagnose». Videre står det på nettsidene at «Omsorgstjenestene må organiseres slik at bruker så langt som mulig kan leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfull tilværelse i felleskap med andre» (Helse- og omsorgsdepartementet 2017).

Det står også at «Kommunene har ansvaret for utbygging, utforming og organisering av et forsvarlig og godt tjenestetilbud til den enkelte som har behov for pleie- og omsorgstjenester» (Helse- og omsorgsdepartementet 2017). Hele denne prosessen faller her under kommunen. Kommunen har ansvar for at kvaliteten forholder seg god og tilgjengelig til alle som til enhver tid befinner seg i kommunen.

Økonomisk effektivitet, innovasjon og verdiskaping

Meldingen *Et nyskapende og bærekraftig Norge* (Nærings- og handelsdepartementet 2008) består av mål, visjoner og innovative satsningsområder, og beskriver regjeringens innovasjonspolitik. Som tittelen tilsier, er visjonen til regjeringen *et nyskapende og bærekraftig Norge*. Dokumentet legger vekt på tre faktorer som skal legge til rette for innovasjon: «et skapende samfunn, skapende mennesker og skapende virksomheter» (Nærings- og handelsdepartementet 2008, 5). Denne meldingen legger fram at et mål for offentlig sektor er at den skal være preget av kvalitet, tilgjengelighet og økonomisk effektivitet. Men også samtidig at den er fleksibel, slik at sektoren kan endre seg i forhold til nye utfordringer og behov (Nærings- og handelsdepartementet 2008).

Nærings- og handelsdepartementet (2008) presenterer i *Et nyskapende og bærekraftig Norge*, kapittel fire, at innovasjonspolitikken som regjeringen vil føre har et operativt mål om å styrke innovasjonsevnen i Norge. Dette for å bidra til størst mulig verdiskaping i norsk økonomi – «en verdiskaping som er bærekraftig og som kan hjelpe oss til å oppfylle våre velferdsmål» (Nærings- og handelsdepartementet 2008, 35).

I *Omsorg 2020* sier Helse- og omsorgsdepartementet (2015a) at forenkling, fornying og forbedring av offentlig sektor er ett mål. Videre at en forutsetning for fornyelse og innovasjon i omsorgssektoren er kommunal handlefrihet til å utvikle fag, ledelse, ny teknologi og nye organisasjonsformer. På grunnlag av dette vil man kunne si at kommunene vil stå med viktige oppgaver i å øke kompetansen, innføre ny velferdsteknologi og effektivisere sine organisasjonsformer. Regjeringens *Omsorg 2020* (Helse- og omsorgsdepartementet 2015a) omfatter tiltak for å styrke kvaliteten og kompetansen innenfor sektoren. Staten vil altså at man i framtiden skal ha; bedre kvalitet på tjenestene, bredere kompetanse, bedre organisering og større brukermedvirkning.

For å konkludere med de overordnede målene som går igjen fra nasjonale myndigheter:

- Kvalitet
 - Tjenester av god kvalitet
- Kostnadseffektivitet
 - At tjenestene har en kostnad som står i et rimelig forhold til effekten
- Tilgjengelighet (nærhet, likhet, valgfrihet)
 - Tilgang til tjenester for alle uansett alder og diagnose
 - Tilgang til tjenester uansett hvor man bor

2.2.2 Eierskap, lovverk og økonomisk ansvar

Helse- og omsorgsdepartementet (2013) skriver i *Morgendagens Omsorg* at kommunene fortsatt skal ha ansvaret for de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og at det ikke skal gjøres noen endringer i ansvarsdelingen mellom stat og kommune. De sier videre at «Staten skal bidra til at det lokale og regionale forsknings-, innovasjons- og utviklingsarbeidet får gode rammebetingelser» (Helse- og omsorgsdepartementet 2013, 13). Det kan altså tas utgangspunkt i at ansvarsdelingen vil se mer eller mindre lik ut under perioden med eldrebølgen, altså i et 30-40 års perspektiv. Og staten vil kun være en tilrettelegger for at kommunene kan foreta seg innovative endringer, både organisatorisk og ressursmessig.

Det finnes mange lover som kommunene og de kommunale helse- og omsorgstjenestene må forholde seg til. Det er et komplekst felt med mange forskjellige lover, så her må det avgrenses i forhold til hva det skal redegjøres for i denne oppgaven. Den mest sentrale loven for denne oppgaven er helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Det vil i denne delen bli foretatt en gjennomgang av sentrale paragrafer i denne loven for å forstå hva som ligger innenfor kommunens ansvar, og hvordan kommunene må forholde seg til denne loven i forhold til oppgavens tema.

Det kommer frem i første paragraf at denne «Lovens formål er særlig å sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud, (...) og bidra til at ressursene utnyttes best mulig.» (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §1-1.). Ser man videre i

denne loven finner vi at det står i §3-1. «Kommunens ansvar etter første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift». Her ser man klart hvilke elementer som ligger innenfor kommunens ansvar i drift og styring av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det står også videre i §3-1. at «Kommunens helse- og omsorgstjeneste omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune» (Helse- og omsorgstjenesteloven 2011). Altså alle offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune faller inn under ansvaret til kommunen. I paragraf 3-2 går man nærmere inn på kommunens ansvar som inkluderer:

1. Helsefremmende og forebyggende tjenester.
2. Svangerskaps- og barselomsorgstjenester.
3. Hjelp ved ulykker, og andre akutte situasjoner.
4. Utredning, diagnostisering og behandling.
5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering.
6. Andre helse- og omsorgstjenester som helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse, plass i institusjon og avlastningstiltak.

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011, §3-2.)

§3-10 i helse- og omsorgstjenesteloven (2011) sier at «kommunen skal sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste». Det står videre i denne paragrafen at «Helse- og omsorgstjenesten skal legge til rette for samarbeid med brukergruppene organisasjoner og frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgaver som helse- og omsorgstjenesten.» (Helse- og omsorgstjenesteloven 2011). Det er i denne oppgaven, særlig analysedel 3, lagt vekt på båndet mellom frivillighet og framtidens utfordringer. Kommunens helse- og omsorgstjenestevirksomhet kan altså ifølge loven finne nye løsninger som i større grad inkluderer denne type arbeidskraft.

I §8-3, som handler om forskning, står det «Kommunen skal medvirke til og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten». Mye av det tematiske fokuset i oppgaven handler om fornying, innovasjon, omstilling og nye løsninger, som går mye inn i hverandre. Det å gjennomføre nye løsninger og planlegge for omstilling, eller

det å finne ut hvordan man skal fornye, krever forskning og ressurser. Og som vi leser av §8-3 skal kommunen legge til rette for og medvirke til at slike FoU-prosesser skal bli gjort.

Den siste paragrafen som blir tatt med i denne redegjørelsen, handler om kommunens ansvar for utgifter. Det står i §11-1 at «Kommunen skal sørge for bevilgninger som er nødvendige for å yte tjenester og sette i verk tiltak kommunen har ansvaret for etter loven her» (Helse- og omsorgstjenesteloven 2011). For å kunne imøtekomme fremtiden og de tjenester som er nødvendige om femten til tjue år, har kommunen altså et delansvar for å sørge for bevilgninger og prioriteringer til å kunne gjennomføre dette, utover de bevilgninger som kommer fra nasjonale myndigheter.

I tillegg til de lovene kommunene må forholde seg til som beskrevet over, skal det gjøres kort rede for finansieringen som oppgaven også ser på som relevant og interessant i forhold til videre diskusjon.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2017) forklarer på regjeringens nettsider enkelt hvordan finansieringen av kommunesektoren ser ut. De skriver at kommunens inntekter hovedsakelig kommer fra skatteinntekter, statlige overføringer og brukerbetaling. Store deler av utgiftene til kommunene blir finansiert av disse inntektene. Frie inntekter er, som beskrevet av Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2017) på regjeringens nettsider, midler kommunen fritt kan disponere. De frie inntektene, sier de videre, utgjør omtrent 73% av kommunesektorens samlede inntekter. De frie inntektene består av skatteinntekter og rammetilskudd. På Helse- og omsorgsdepartementets (2017) nettsider står det om temaet *Omsorg* at det er frie inntekter som hovedsakelig finansierer de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Kommunene er likevel bundet av de krav til tilbud, innhold og kvalitet på tjenester som følger av vedtatte lover.

2.3 Det teoretiske rammeverket

Det teoretiske rammeverket som her presenteres skal brukes i den tredje delen av analysekapittelet, om hvilke muligheter kommunene har. På grunn av ambisjonene og målene som er satt av forskjellige nasjonale myndigheter, sees det på som hensiktsmessig å inkludere teori om innovasjon og endring. Dette kombineres med organisasjonsteori for

best mulig å kunne diskutere mulighetene for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Innovasjonsteorien inkluderes på grunn av dens vektlegging i nasjonale og lokale strategier og planer. Når kommuner eller stat utreder om framtidsrettede løsninger, er innovasjon et sentralt og hyppig brukt begrep. Organisasjonsteori kombineres med innovasjonsteori for å belyse organiseringen av helse- og omsorgssektoren, og framheve hvordan samspillet mellom kommuner og planer vil kunne utspille seg i praksis. Organisasjonsteori er et meget bredt felt med mange forskjellige fordypninger. I denne oppgaven velger forfatter å begrense til organisasjonsteori om strukturer og endring. Dette for å begrense oppgavens omfang og for å se spesifikt på utviklingen av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og hvordan kommunene endrer seg, satt opp mot de teoretiske bidragene.

Når det kommer til bruken av disse teoriene, er det sentrale her at de skal være teoretisk input til analysedel tre, om hvilke muligheter kommunene har for hva de kan gjøre med utfordringene som kommer ut av eldrebølgen. Nasjonale myndigheters og kommunenes mål omfatter både innovative løsninger og organisatoriske endringer som må utvikles og implementeres innenfor organisatoriske kontekster som kan hemme eller fremme endringer. Derfor legges det vekt på og begrenses til teori innenfor de to grenene. Det velges videre å begrense innovasjonsperspektivet til det lokale og nasjonale. Det globale markedet er i stadig endring, men utelukkes fra de teoretiske bidragene og drøftingen senere i oppgaven. Det betyr at sammenlikning med andre land ikke drøftes her.

2.3.1 Innovasjonsteori

Når det skrives om *forenkling, fornying og forbedring*, og utvikling av fag, ledelse, ny teknologi og nye organisasjonsformer i regjeringens *Omsorgsplan 2020* (Helse- og omsorgsdepartementet 2015a, 5), viser det at innovasjon er et relevant begrep. Videre er innovasjon et begrep som står i sentrum for de framtidsrettede utviklingene, mulighetene og løsningene som skal bli diskutert i denne oppgaven. Innovasjon brukes mangt og ofte i den offentlige sfære, gjerne i sammenheng med nye løsninger, organiseringer eller teknologi. Derfor er en kort presentasjon av innovasjonsteorien viktig for at analysedel tre i oppgaven skal kunne diskuteres grundig og presist.

Nærings- og handelsdepartementet (2008, 13) definerer, i *Et nyskapende og bærekraftig Norge*, innovasjon som «en ny vare, en ny tjeneste, en ny produksjonsprosess, anvendelse eller organisasjonsform som er lansert i markedet eller tatt i bruk i produksjonen for å skape økonomiske verdier» igjennom deres gjennomgang. Denne definisjonen mener jeg er hensiktsmessig å bruke i denne oppgaven, både på bakgrunn av dens relevans, men også i forhold til dens troverdighet.

Vi kan se likheten mellom definisjonen ovenfor med hvordan Joseph Schumpeter definerer innovasjon. Joseph Schumpeters og hans klassiske verk, *The Theory of Economic Development* (1934), presenterer innovasjon som:

- Ny vare/produkt eller produkt av bedre kvalitet
- Ny produksjonsmetode
- Nytt marked, introduksjon av nytt produkt i marked
- Nye råvarer eller halvfabrikata
- Ny organisasjonsform

Innovative løsninger innenfor en organisasjon kan gjøres gjennom bruken av eksisterende ressurser. Det å finne nye måter å bruke eksisterende ressurser på er essensielt, og alle organisasjoner har eksisterende ressurser i varierende grad. Som tidligere nevnt bruker helse- og omsorgstjenestene i kommunene i gjennomsnitt rundt 30% av det totale kommunebudsjettet, som vil kunne tilsi at de har stor tilgang til ressurser.

Lam (Fagerberg, Mowery og Nelson 2005) sier at mulighetene for en organisasjon til å innovere er en forutsetning for en vellykket bruk av innovative ressurser og ny teknologi.

The ability of an organization to innovate is a precondition for the successful utilization of inventive resources and new technologies (Alice Lam sitert i Fagerberg, Mowery og Nelson 2005, 115).

Schumpeter (1934) mener at innovasjoner er drivkraft for økonomisk vekst, og dette er viktig å ha i bakhodet når det skal relateres til verdiskaping, økonomisk vekst og innovasjon i sektoren som helhet.

Innovasjon har alltid vært en sentral kilde til verdiskaping og for utvikling av velferdssamfunnet. Økt verdiskaping oppnås stort sett enten ved økt bruk av ressurser eller ved å bruke ressursene på en bedre måte. Økt verdiskaping skjer først og fremst når mennesker bruker ressursene på nye og smartere måter (Nærings- og handelsdepartementet 2008, 15).

Det er viktig å skille mellom innovasjon og invensjon. Ny ideer eller produkter som ikke er implementert eller introdusert for markedet er ikke en innovasjon, men invensjon eller oppfinnelse. Slik sett kan innovasjonsprosessen ses på som tre faser;

- ⇓ Oppfinnelse (invensjon)
- ⇓ Kommersialisering (innovasjon)
- ⇓ Spredning (økonomisk vekst)

En diskutert faktor innenfor innovasjon i offentlig sektor er det at prosessen eller produktet må kommersialiseres/implementeres for at det skal kalles innovasjon. Begrepet har for det meste blitt brukt i privat sektor og relateres ofte opp mot den sektoren. Innenfor det offentlige blir innovasjonen som regel finansiert via politiske vedtatte budsjetter og prioriteringer, og ikke finansiert over et marked. Omstilling og endring har vært vanligere begreper innenfor det offentlige og spesielt i kommunale tjenester. Det er helt sentralt at det er et krav om fleksibilitet og endringsevne i de kommunale enhetene for å kunne omstille seg i forhold til økonomien. I privat sektor er det ofte økonomiske grunner som gjør endring og omstilling til prioriteter. Også i det offentlige er dette et viktig påvirkningselement ved siden av politikkendringer m.m.

Innovasjon ble av Schumpeter (Fagerberg, Mowery og Nelson 2005) delt i to typer – inkrementelle og radikale innovasjoner. Inkrementelle innovasjoner er mindre og stegvise endringer som kan gjøres over tid for å tilpasse og gjøre overgangen så enkel som mulig.

De inkrementelle innovasjonene er avhengig av eksisterende prosesser eller produkter. På en annen side er radikale innovasjoner relatert til større omveltninger, og vil påføre store endringer på kort tid. Denne typen innovasjoner krever ofte store ressurser og risikovilje. De radikale innovasjonene er gjerne helt nye produkter, tjenester, prosesser eller organiseringer som ikke nødvendigvis er avhengige av eksisterende faktorer. Begge typer innovasjon vil kunne påføre store forandringer, vil ha risiko ved seg og kan være verktøy for å nå mål. Innovasjon krever prøving og feiling. Nye metoder for å organisere, nye produkter eller prosesser i enten eksisterende eller nye markeder er alltid forbundet med risiko.

Mariana Mazzucato (2014) mener igjennom sin bok, *The Entrepreneurial State: Debunking Public vs. Private Sector Myths*, at det er fire sentrale krav for at innovasjonenes økosystem skal leve, og at staten og det offentlige har en spesiell rolle i å skape dette.

- Risikovillig langsiktig kapital og statlige investeringsbanker.
- Kompetanse og koblinger av kompetanser. Støtte spesifikke prosjekter/prosesser.
- Politiske visjoner
- Innovasjoner må føre til omfordeling av rikdom og legitimeres samfunnsmessig.

Det er helt sentralt for Mazzucato (2014) at staten bidrar som en delaktig aktør i innovasjonsprosessene og må være villig til å tåle risiko over tid. Funnene som Mazzucato (2014) presenterer igjennom hennes bok viser at det er staten som gang på gang finansierer de kritiske fasene i innovasjonsprosesser, også lokalt.

Innovasjon i den offentlige sektoren og i dette emnet inkluderer i stor grad ny teknologi, nye arbeidsprosesser og nye typer å organisere på (Schumpeter 1934). Arena: Ny Omsorg (2016) er et nasjonalt nettverk for kunnskapsdeling om innovasjon i helse- og omsorgsfeltet. De fokuserer på velferdsteknologi, innovasjon og løsninger på hvordan man skal håndtere den økende eldre befolkningen. Ny teknologi som legges fram av dette nettverket er eksempelvis roboter, smarthusteknologi, nye IKT-løsninger, posisjoneringsteknologi, organisering og nye prosesser. InnoMed (2017) er også et nasjonalt kompetansenettverk, og er etablert av Helsedirektoratet på oppdrag av Helse- og

omsorgsdepartementet. InnoMed arbeider med økt effektivitet og kvalitet i helsesektoren ved utvikling av nye løsninger.

2.3.2 Organisasjonsteori

Innenfor organisasjonsteori er byråkrati og organisering viktige elementer å se på. I den offentlige sektoren må man ha en viss innsikt i byråkratiske prosesser for å kunne forstå hvordan de institusjonelle reglene og organisatoriske strukturene skal bidra til å nå de mål som er satt. I studien av den offentlige sektoren vil man finne bidrag av forskjellige teorier innenfor organisasjons- og institusjonelle teorier. Innenfor organisasjonsteorien velger denne oppgaven å fokusere på og begrense seg til teorier om organisasjonsstrukturer og endring.

Tor Høst skriver i sin bok, *Ledelse i helse- og sosialsektoren* (2005), at de fleste organisasjonsformene i helse- og sosialsektoren bærer preg av å være fagbyråkratiske. En byråkratisk organisasjonsstruktur, sier Henry Mintzberg (1979), fungerer godt i stabile omgivelser, men er ikke innovative og kan ikke håndtere endring (Fagerberg, Mowery og Nelson 2005, 119). Den fagbyråkratiske strukturen har egenskaper som en mekanistisk struktur i Burns og Stalkers (1961) øyne. Deres strukturer baserer seg på å dele inn organisasjoner mekanistisk og organisk. Mekanistiske strukturer kjennetegnes av stabile omgivelser, standardisering av arbeidsoppgaver og sentralisert beslutningstaking (Burns og Stalker 1961). Organiske, på den annen side, kjennetegnes av dynamiske og ustabile omgivelser, ulike arbeidsoppgaver, tverrfaglig samarbeid og desentralisert beslutningstaking (Burns og Stalker 1961).

På basis av hvordan Høst (2005) forklarer hva organisasjonsformene innenfor helse- og sosialsektoren bærer preg av, kan man si at de har egenskaper som kjennetegner en mekanistisk struktur. Den mekanistiske måten å strukturere på, er best tilpasset forutsigbare og rigide omgivelser (Fagerberg, Mowery og Nelson 2005).

Organisasjonsutvikling er en måte å gå fra en mekanistisk til en organisk struktur på. Høst (2005) skriver at organisasjonsutvikling er en bevisst forandring av organisasjonen med sikte på å øke effektiviteten, bedre de sosiale forholdene og øke organisasjonens

problemløsende evne. Høst (2005) sier videre at det er utenkelig å få til en effektiv organisasjonsendring i helse- og sosialsektorens fagbyråkratier uten et medvirkningsperspektiv. Meningen bak dette er at hele organisasjonen skal ses på og ha medvirkning i utviklingen. Høst (2005) framviser at utvikling er en prosess som omfatter hele organisasjonen, og man må se på organisasjonen som et helhetlig system av gjensidig avhengige og samhandlende deler. I tillegg sier han at «en endringsprosess vil ofte omfatte både den formelle strukturen og organisasjonskulturen» (Høst 2005, 193). Høst (2005) sier videre at hvordan lederen benytter handlingsrommet som er tilgjengelig, er avgjørende for hvordan lederen kan påvirke strukturen, politikken og kulturen i organisasjonen.

Jacobsen (2012) tar opp de drivkrefter som kan stå bak organisasjonsendring. Av de drivkrefter han nevner er endring som livssykluser – altså vekst som drivkraft, mest relevant. Livssyklusen som brukes av Jacobsen (2012), kan brukes i oppgavens setting. Når det handler om den kommunale helse- og omsorgssektoren er dette en stor helhet som består av mange små deler. Hver kommune har sine virksomheter, og selv om det legges retningslinjer fra nasjonale myndigheter, er hver virksomhet selv ansvarlig for økonomi og resultat.

I forhold til endring som livssykluser hevder Larry Greiner (1988) at organisasjoner som vokser går gjennom fem faser, og at hver fase følges av en krise.

De fem fasene Greiner (1988) presenterer er:

1. Kreativitetsfasen – eksempelvis en liten organisasjon med gründere, denne vil møte på ledelseskrise
2. Styringsfasen – lederne vil møte en autonomikrise
3. Delegeringsfase – delegering av myndighet til lavere nivåer, som møter kontrollkrise
4. Koordineringsfase – systemer for styring og kontroll, vil møte tillitskrise
5. Samarbeidsfasen – Systemer for samarbeid på tvers av avdelinger

Teorigrunnlaget presenteres og anvendes nærmere i analysen av den tredje problemstillingen.

3.0 Design, metode og data

Dette kapitlet handler om design, metode og data. For å forsikre leseren om at undersøkelsen med enhetsutvelging, datautvelging, argumentasjoner, datainnsamling og dataanalyse blir gjort forsvarlig, forklares det her i dette kapitlet om hvordan, hvorfor og hva som gjøres for at resultatene skal være så gyldige som mulig.

Valget av tema for oppgaven er tre store kommuner i møte med eldrebølgen, og hvilke utfordringer eldrebølgen vil gi de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det er valgt å belyse dette tema gjennom tre problemstillinger av typen spørsmål. Spørsmål er egnet her fordi det skal gis beskrivende og eksplorerende analyser, ikke forklarende analyse med testing av sammenhenger som ville krevd problemstillinger av typen hypoteser. De tre spørsmålene er forskjellige og blir møtt med forskjellige metodiske tilnærminger. Tilnærmingene til de tre problemstillingene vil samlet gi oppgaven et helhetlig forskningsdesign. Den første tilnærmingen er deskriptiv og vil kartlegge årsakene og sammenhengene i utviklingen, både demografisk og befolkningsmessig som vil påvirke kommunenes helse- og omsorgstjenester. Deretter beskrives og kartlegges kommuneplanene som er relevante for disse tjenestene for å gi oppgaven det kommunale perspektivet. Siste problemstilling gir oppgaven det eksplorerende design for å gi forståelse og innsikt i hvilke alternativer kommunene har for hva de kan gjøre. Kombinasjonen av disse tre problemstillingene og tilnærmingene mener forfatter gir en god belysning av temaet kommunene i møte med eldrebølgen.

Datamaterialets kvalitet er høyere jo mer velegnet materialet er til å belyse oppgavens problemstillinger. Derfor vil de forskjellige problemstillingene i oppgaven ha forskjellige type data for å bevare høy kvalitet. Det er utvalgt data som kan besvare problemstillingene godt. Valg av type data kan også gjenspeile andre forhold, som hvilke data som er tilgjengelige, ressursramme til datainnsamling, faglige interesseområder m.m.

De viktigste forutsetningene for en god belysning av problemstillingene sier Grønmo (2004) er sannhetsforpliktelse, at innsamlingen må bygge på vitenskapelige prinsipper for logikk og språkbruk, utvelgingen av enheter må gjennomføres på en forsvarlig måte, og at gjennomføringen av datainnsamlingen må foregå på en forsvarlig måte.

Disse fem forutsetningene sammenfatter Grønmo (2004) i to overordnede kriterier for datakvalitet; reliabilitet og validitet. Disse to kriteriene er svært viktige for å forsikre seg om at oppgaven holder god kvalitet. Reliabilitet, sier Grønmo (2004) referer til datamaterialets pålitelighet, og at man skiller mellom to hovedtyper reliabilitet; stabilitet og ekvivalens. Med stabilitet menes at det er samsvar mellom datainnsamlinger på forskjellige tidspunkt (Grønmo 2004). Ekvivalens referer til at det er samsvar mellom uavhengige datainnsamlinger om samme fenomen på forskjellige tidspunkt (Grønmo 2004).

Innenfor validiteten skriver Grønmo (2004), dreier det seg om datamaterialets gyldighet med hensyn til konkrete problemstillinger, altså at dataen som brukes i denne oppgaven er gyldig til å belyse de tre problemstillingene som presenteres. Det skilles mellom definisjonsmessig validitet, intern validitet og ekstern validitet i kvantitative studier og kompetansevaliditet, kommunikativ validitet og pragmatisk validitet i kvalitative studier (Grønmo 2004). De mest relevante validitetsdimensjonene for denne oppgaven er definisjonsmessig- og kompetansevaliditet, og disse vil bli brukt i avsnitt for hver problemstilling. Kompetansevaliditet referer til forskerens kompetanse, erfaring og kvalifikasjon i innsamlingen, behandlingen og drøfting av dataen som presenteres (Grønmo 2004).

Vurderingene som må gjøres i dette metodekapittelet for å belyse validiteten bør bygge på systematiske og kritiske drøftinger av undersøkelsesopplegget, datainnsamlingen og datamaterialet med vekt på relevante validitetstyper (Grønmo 2004). Det vil også drøftes hvorvidt datautvalgets reliabilitet er høy.

De neste avsnittene går nærmere inn på hvordan hver av de tre problemstillingene skal besvares. For å forklare og begrunne design- og metodevalgene gjentas problemstillingene.

3.1 Problemstilling 1

Den første problemstillingen er:

Hva er de store kommunenes konkrete utfordringer i forhold til eldrebølgen?

Dette spørsmålet er av deskriptiv karakter og kan besvares med en kvantitativ tilnærming. Analysen vil beskrive og kartlegge de utfordringer som kommunene står foran gjennom egen sammenstilling av eksisterende statistikk og offentlige dokumenter.

Utfordringer blir basert på data om nåtiden og framskrivninger. Datamaterialet som blir brukt er hovedsakelig hentet fra SSB og er longitudinelle studier (Grønmo, 2004) som beskriver og framskriver utviklingen i befolkningsendringer, demografiske endringer og ressursinnsats i kroner og sysselsetting. Datamaterialet som foreligger på SSB sine nettsider (statistikkbank og andre publikasjoner) gir sekundærdata i sammenliknbar form for ulike tidspunkter, og mye brukt her vil være fra årganger 2016 frem mot 2030-2060. SSB sin statistikkbank er brukt til å hente ut tall og lage tabeller. Statistikk som blir rapportert av kommunene til SSB via KOSTRA anses som gode data med høy kvalitet. Dette blir av SSB selv vektlagt, og de skriver at statistikken skal utarbeides på et faglig uavhengig grunnlag og være relevant, nøyaktig, pålitelig, aktuell, punktlig, sammenliknbar osv. (SSB 2017d). På en annen side gjør dette at forfatter av oppgaven ikke har noen kontroll over dataens kvalitet, og det gjelder særlig da at kommunene selv har rapportert riktig inn i KOSTRA og deretter bearbeidet og lagt ut riktig av SSB.

Avgrensningene som er gjort er å utelate de fire største kommunene og alle de mindre kommunene (> 20.000 innbyggere). I analysen av problemstillingene er kommunene undersøkelsesenheter. Helse- og omsorgstjenestene i de respektive kommunene vil være analyseenheter og gjenstand for analyse. Studiens populasjon er KG-13 kommunene, og det er gjort et strategisk utvalg av tre kommuner innenfor denne populasjonen.

Sannsynlighetsutvelging i KOSTRA-gruppe 13 var uaktuelt på grunn av for store forskjeller blant enhetene i populasjonen/universet (Grønmo, 2004). Det strategiske utvalget vil kunne gi en helhetsforståelse som kan muliggjøre generalisering til andre store kommuner. Moss kommune var den første kommunen som ble valgt ut, deretter ble liknende kommuner i befolkningsstørrelse og kjennskap utvalgt, som ble Molde og Hamar.

Dette utvalget er derfor foretatt på grunnlag av fire kriterier:

- Liknende befolkningsstørrelse (KG13)
- Liknende økonomiske rammer (KG13)
- Liknende størrelse mål i kvadratkilometer
- Kjennskap fra før/tilgjengelighet

Liknende befolkningsstørrelse og landareal er viktige og sentrale kriterier på grunn av at mye av analysen vil bruke befolkningsframskrivninger og demografiske endringer som utgangspunkt. Store befolkningstette kommuner har andre utfordringer enn små kommuner i gravgrendte strøk. Derfor er lik befolkningsstørrelse og landareal viktig for å holde en god ekvivalens for å gjøre sammenlikninger. De økonomiske rammene for kommunene er basert på kommunenes driftsinntekter- og utgifter per innbygger.

Denne første problemstillingen inkluderer 'de store kommunene' som viser til at det er et forsiktig mål om å generalisere i denne problemstillingen. De store kommunene refererer til KOSTRA-gruppe 13, og defineres som alle kommuner med et innbyggertall på over 20.000, men ekskluderer de aller største, dvs. Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger. Ved å velge store kommuner avgrenses analysen seg mot momenter som kun er knyttet til små kommuner, storbyer og kommuner med store avstander. Dette gjøres klarere med et innblikk i KOSTRA der kommunene deles inn i grupper etter folkemengde og økonomiske rammebetingelser. Dette kan ha noe å si for reliabiliteten og validiteten. Siden datamaterialet er hentet fra KOSTRA og andre publikasjoner av Statistisk sentralbyrå anses tallene for å være pålitelig, og derfor ha reliabilitet.

Alle kommunene i Norge grupperes inn etter folkemengde og økonomiske rammebetingelser av SSB. Grupperingene går fra 1 til 16. Gruppe 1 til 6 består av små kommuner. Gruppe 7 til 12 består av mellomstore kommuner. Den gruppen oppgaven tar for seg er gruppe 13. Dette er mer spesifikt beskrevet av Statistisk sentralbyrå (2015a). De økonomiske rammebetingelsene er plassering i forhold til bundne kostnader og frie disponible inntekter.

Tabell 1 – Kommuneregnskap 2016 - Molde, Moss, Hamar og KG13

Kommune	Driftsutgifter i kroner pr innbygger	Driftsinntekter i kroner per innbygger	Netto driftsutgifter til pleie- og omsorg i kroner pr. innbygger	Nettodriftsutgifter pr. innbygger til PLO som prosentandel av driftsutgifter pr. innbygger	Brutto driftsutgifter til helse og omsorg, i prosent av totale driftsutgifter
Molde	76 801	81 081	18.071	23.53	33.8
Moss	72 307	76 052	17.502	24.21	33.6
Hamar	90 846	93 131	19.907	21.91	32.3
KG-13 gjennomsnitt	70 371	73 008	15.679	22.28	*

Kilde: SSB (2017e)

* Ikke tilgjengelig data

Selv om driftsutgifter og driftsinntekter pr. innbygger er relativt høyere for Hamar enn de øvrige utvalgte kommunene, som vises i tabell 1, har alle case-kommunene en lik prosentandel av netto driftsutgifter pr. innbygger til pleie- og omsorgssektoren, og relativt lik andel av brutto driftsutgifter av totalen til helse- og omsorg. Det understøtter at Hamar er sammenliknbar med de andre utvalgte kommunene. Kjennskap og tilgjengelighet til de tre kommunene er også en faktor som er tatt i betraktning i oppgaven.

De 'konkrete utfordringene' det siktes til i problemstilling 1 blir avgrenset til ressursinnsats kroner og sysselsetting, befolkningsframskrivinger og endring i brukergruppen. Sammenhengen mellom en økende gruppe eldre og økende utgifter står her sentralt. Større brukergruppe tilsvarer økende behov for ressurser som resulterer i høyere økonomiske utgifter. Men her må det også vurderes i hvilken grad man vil se effektene. Det er mange elementer som kan dempe utslagene av eldrebølgen som velferdsteknologi, innovasjon og effektivisering i tjenestene og andre samfunnsmessige endringer som tar del i det større bildet av kommunale helse- og omsorgstjenester.

Det er en forutsetning for arbeidet i oppgaven at analysen ikke tar hensyn til vedtatte kommunesammenslåinger. Altså sammenslåingen av Molde med Midsund og Nettet, og Moss med Rygge. De komplikasjoner dette ville gjort for oppgaven sees på som

uoverkommelige innenfor rammene for oppgaven. Dessuten er sammenslåingsprosessene i en tidlig fase, og i liten grad inkludert i kommunale planer, statistikker o.l.

Deler av statistikken som brukes i oppgaven er utført med landet som basis. Da kan det være en svakhet at datagrunnlaget ikke nødvendigvis vil representere den enkelte kommune. Det kan være forskjeller på tendenser og framskrivinger mellom case-kommunene og gjennomsnittlige kommuner.

3.2 Problemstilling 2

Den andre problemstillingen i oppgaven er:

Hvilke planer har de utvalgte kommunene for de kommende år innen helse- og omsorgstjenestene?

Dette spørsmålet er også av deskriptiv karakter, men vil ha en kvalitativ tilnærming. Denne problemstillingen er beskrivende og sammenliknende. Her skal det utforskes hvordan analyseenhetene har utformet sine planverk og forberedelser for de kommende tiår innenfor helse- og omsorgstjenestene. Her i denne delen ses det på hvordan kommunene selv presenterer utfordringsbildet i sine kommunale planer, til forskjell fra problemstilling 1 hvor utfordringene er basert på gjengivelse og sammenstilling av eksisterende statistikk samt nasjonale planer. Kommunenes tilnærming til de utfordringene som er redegjort for i første problemstilling, vil så sammenliknes i en komparativ tabell. Sammenlikning av de ulike planene vil kunne gi et innblikk i hvordan de forskjellige enhetene ser på utfordringene, og hvordan de eventuelt vil forberede seg. De ulike planene varierer i års- og omfatningsspenn, men ambisjonen er allikevel å sammenlikne. Dette vil kunne gi funn om ulike tilnærminger, forventede resultater og syn på utfordringer, som i tillegg vil være input til analysedel tre i oppgaven. Denne problemstillingen fokuserer på målene og strategiene case-kommunene presenterer i sine handlingsplaner, til forskjell fra siste problemstilling, som går nærmere inn på konkrete tiltak.

Gyldigheten til dataen som blir brukt i denne andre problemstillingen er høy. De utvalgte planene til de tre kommunene er hentet fra deres kommune-nettsider og er behandlet og vedtatt i kommunestyret i de respektive kommunene. Det er for oppgaven lite grunn til tvil og kritiske vurderinger i forhold til gyldigheten til dokumentene. I tillegg til deres kommunale helse- og omsorgsplaner inkluderes det også innslag fra andre planer, som for eksempel overordnede kommuneplaner med samfunnsdeler for å danne et klarere helhetlig bilde der det er nødvendig.

En svakhet ved datagrunnlaget er variasjon i planperioder. Moss sin plan gjelder for 2015-2030. Hamar sin plan gjelder for perioden 2013-2030. Molde kommune sin derimot gjelder for 2013-2020. I tillegg kan det finnes nyere planarbeid, tiltak eller prosesser som ikke fanges opp av planene som er brukt i denne oppgaven.

Denne delen har komparative trekk. Kommuneplanene for helse- og omsorgstjenestene for de tre utvalgte kommunene er beskrevet og lagt fram for å gi input og legge grunnlaget for den tredje delen av analysen. Likhetene og forskjellene mellom de forskjellige planene blir presentert. Planene til kommunene består av sammenliknbare deler og gjør det mulig for å utføre en kvalitativ komparativ innholdsanalyse (Grønmo, 2004).

Disposisjonen av den andre analysedelen er at først er det Moss kommune som blir presentert med de planene kommunen har lagt fram. Deretter vil Molde sine planer gjennomgås, og dernest Hamar. Til slutt gis en oppsummerende og sammenliknende tabell.

3.3 Problemstilling 3

Den tredje og siste problemstillingen er:

Hva i deres planer kan skape muligheter og fremme eller hemme innovasjon?

Denne siste problemstillingen, som det gis mest plass til i analysen, er eksplorerende og normativ. Den vil besvares med en kvalitativ tilnærming. Problemstillingen utforsker hva i

deres planer som kan skape muligheter for å løse framtid utfordringene. Den vil også diskutere hva som fremmer og bremser kommunenes muligheter til å innovere. Drøftingen baseres på utfordringene som framlegges i problemstilling én og de planer som blir belyst igjennom problemstilling to.

Denne siste problemstillingen inkluderer grundigere belysning av kommuneplaner og et dypere teoretiske bidrag for å støtte argumentasjon og diskusjon. Til forskjell fra problemstilling 2 vil denne delen inkludere et nærmere blikk på konkrete tiltak case-kommunene presenterer i deres planer. Komparative innslag vil forekomme der det er behov for å sammenlikne plan med teorideler. Det grunnlag av teori som gis i kapittel 2 innenfor innovasjon og organisasjon legger forutsetningene for hva som potensielt fremmer og legger til rette for innovasjon, og hva som hemmer og bremser at innovative løsninger blir implementert. Det er i denne delen en forsiktig ambisjon om å generalisere til andre store kommuner innenfor KOSTRA-gruppe 13 mot slutten av kapittelet, før konklusjonen. Generaliseringen vil gjøres ut ifra de dataene som vil være gyldige for populasjonen, altså KG13. Datamaterialet her vil hovedsakelig være redegjort for i analysedel 1 og 2, slik at dens pålitelighet og validitet er diskutert under problemstilling 1 og 2.

4.0 Analyse

4.1 Hva er utfordringene?

For å se på utfordringene som kommunene vil møte i fremtiden er det valgt ut noen framskrivninger som sees på som relevante. Denne første delen av analysen vil være en deskriptiv analyse hvor utfordringene blir presentert. Befolkningsframskrivninger, forholdet mellom den eldre og yrkesaktive delen av befolkningen, avtalte årsverk innen sektoren, sysselsettingsframskrivninger og utfordringene som eventuelt kommer ut av slike endringer kan senere i oppgaven knyttes opp mot kommunenes forutsetninger, planer og mål innenfor helse- og omsorgssektoren. Kapittelet er disponert som følger. Først presenteres utfordringer sett fra nasjonale myndigheter. Så vil demografiske endringer og befolkningsframskrivninger bli presentert. Videre følger ressursinnsats i sysselsetting og deretter kroner, før det til slutt redegjøres for forhold som kan dempe utfordringene.

4.1.1 Utfordringer sett fra nasjonale myndigheter

Formålet med dette avsnittet er å redegjøre for hva nasjonale myndigheter mener er de viktigste utfordringene de kommende årene for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Her skal det vises, sett fra perspektivet til Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og andre, hva kommunene og samfunnet står overfor i form av endringer.

Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet 2009) går nærmere inn på hvilke utfordringer samfunnet står ovenfor økonomisk. Den nevner spesifikt utfordringer som kommunene og samfunnet står ovenfor i tiden framover. Og det gjøres rede for i *Samhandlingsreformen* (Helse- og omsorgsdepartementet 2009, 13) som sier at «Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne». Det blir videre i rapporten uttalt at utviklingen av demografi og sykdomsbilde kan gi utfordringer, som hvis ikke møtes med endringsvilje og nye løsninger, vil kunne endre den norske velferdsmodellen eller være en trussel mot

samfunnets bæreevne. Det blir altså ikke brukt milde ord om hva konsekvensene kan være dersom det ikke settes inn tiltak.

I *Morgendagens omsorg*, skriver Helse- og omsorgsdepartementet (2013, 33) at nesten alle nye ressurser som er satt inn i sektoren de siste 20 årene, har gått til tjenestebehov til den yngre brukergruppen, altså de mellom 16 og 67 år. Hvordan har man da lagt til rette for å ta imot en økende eldre befolkning?

Fra 1971 har man gått fra 20.000 årsverk innenfor pleie- og omsorg i Norge, til nesten 150.000 årsverk i 2016. Utviklingen tilsier da, på bakgrunn av framskrivinger, at den eldre befolkning vil være en større del enn tidligere, og at andelen mennesker mellom 16 og 67 år (yrkesaktive) vil minske. Dette forholdet mellom befolkningen blir gått nærmere inn på senere i denne analysedelen.

Helse- og omsorgsdepartementet (2013) legger i *Morgendagens omsorg* vekt på begreper som «medborgerskap», «brukerne selv som ressurser», «et levende demokrati», «et levende velferdssamfunn» og «samskaping». Ideelle organisasjoner og frivillighet står også sterkt som elementer som bør eller må forsterkes i framtiden. Selv om det er en stor verdiskaping i et slikt system vi i Norden har som velferdssamfunn, må det likevel investeres store beløp i å forberede for kommende tiår. Når Helse- og omsorgsdepartementet (2013) skriver i *Morgendagens omsorg* at de siste 20 år har nesten alle nye ressurser gått til den yngre brukergruppen innenfor sektoren, vil man kunne sette spørsmålsteget ved hvor forberedt vårt samfunn er på den kommende eldrebølgen.

Det trekkes fram av Helse- og omsorgsdepartementet (2013) at en særlig utfordring for hjemmetjenestetilbudet vil være at i de nærmeste årene er det den yngste gruppen eldre, de 67-79 år, som vil vokse i befolkningen. Økningen av de over 80 år vil først inntreffe fra og med 2020.

Flere av rapportene fra departementene som er avgitt til regjeringen, tar opp hvordan den eldre generasjonen er annerledes og har et annet utgangspunkt enn tidligere generasjoner. Bedre økonomi og bedre helse er to viktige elementer i diskusjonen om hvordan utfordringene vil være formet. Den nye eldregenerasjonen kan endre bildet på hvordan helse- og omsorgstjenester blir organisert og gjennomført. Det er en økning i levealder

blant Norges befolkning, det er det liten diskusjon om. Sykdomsforløpet er det vanskeligere å forutsi.

Som det står i *Morgendagens omsorg* (Helse- og omsorgsdepartementet 2013) har den nye generasjonen bedre økonomi, høyere utdanning, bedre boforhold og bedre funksjonsevne enn tidligere generasjoner eldre. Allikevel er det vanskelig å kunne forutse hvilken helsemessig forfatning den eldre generasjonen vil ha i 2040. Basert på de ulike beregningsalternativene vil denne utviklingen også se forskjellig ut. SSB (2016h) oppsummerer i sin artikkel, *Befolkningsframskrivinger 2016-2100: Dødelighet og levealder*, at:

Med mindre helsen blant de aller eldste bedres vesentlig framover, vil dette med stor sannsynlighet innvirke markant på oppgaver og utgifter knyttet til helse- og omsorgstjenester framover, da de aller eldste i dag er storforbrukere av helsetjenester, særlig pleie- og omsorgstjenester.

I *Innovasjon i omsorg* (Helse- og omsorgsdepartementet 2011) ble det på bakgrunn av Helse- og omsorgsdepartementets (2006) *Mestring, muligheter og mening: Framtidas omsorgsutfordringer* pekt på fem av framtidens omsorgsutfordringer. De er som følger; at det blir mer av nye yngre brukergrupper, og flere eldre med hjelpebehov. De tre andre er knapphet på frivillige omsorgsytere og helse- og omsorgspersonell, manglende samhandling og medisinsk oppfølging, og mangel på aktivitet og dekning av psykososiale behov.

Morgendagens omsorg legger vekt på at for at en bærekraftig utvikling skal være mulig, må veksten som foregår innenfor sektoren organiseres og omstilles slik at man «både viderefører det beste av det som er bygd opp de siste 40 år, og endrer kursen på noen viktige områder» (Helse- og omsorgsdepartementet 2013, 46).

4.1.2 Demografiske endringer og befolkningsframskrivinger

Befolkningsframskrivinger 2016-2100: Dødelighet og levealder av SSB (2016h) handler om samfunnsøkonomiske forhold og konjunkturutviklingen i Norge. Der trekkes det fram at det de kaller omsorgsbyrden for eldre vil øke. Omsorgsbyrden definert er de personer 70 år og eldre delt på antall personer 20-69 år. Som de presenterer, er omsorgsbyrden for eldre i dag 0,17. Deres framskrivinger, med basis i hovedalternativet, viser at omsorgsbyrden dobles til 0,34 i 2065, og vil fortsette å stige fram mot år 2100.

Nært tilknyttet omsorgsbyrden kommer aldersbæreevne. Som nevnt i kapittel 2.1.1. var det ifølge *Morgendagens omsorg* (Helse- og omsorgsdepartementet 2013) i år 2000 4,7 personer i yrkesaktiv alder per eldre, mens i 2030 vil dette reduseres til 3,5. I 2050 anslår rapporten at det vil være 2,9 eldre per yrkesaktive person. Forholdet mellom de to gruppene vil utgjøre en stor endring i hvordan befolkningen er aldersfordelt. Som nevnt i *Samhandlingsformen* (Helse- og omsorgsdepartementet 2009), mener regjeringen Stoltenberg at forskyvningene fra yrkesaktiv alder til ikke-yrkesaktive/behandlings- og pleietrengende kan føre til en utvikling som blir en trussel mot samfunnet. Det sies videre at dersom det ikke gjøres tiltak for å skape nye løsninger for å takle den store forskyvningen, mener regjeringen at vi går mot en utvikling hvor samfunnets bæreevne er truet, eller føre til en omstrukturering av den norske velferdsmodellen (Helse- og omsorgsdepartementet 2009).

Tabell 2 – Befolkningstall 2016 og framskrivinger til 2040

Område	Andel 70 år og over (2016)	Andel 70 år og over (2040)	Eldreomsorgsbyrde (2016)	Eldreomsorgsbyrde (2040)
Landet	575.873 personer (11%)	1.067.708 personer (16,9%)	0,17	0,28
Moss	4101 personer (12,7%)	7436 personer (18,3%)	0,20	0,30

Molde	3187 personer (11,9%)	5920 personer (18,3%)	0,19	0,31
Hamar	4319 personer (14,3%)	6658 personer (18,7%)	0,22	0,31

Kilde: SSB (2016d).

Det er verdt å legge merke til i tabell 2 at Hamar er kommunen med den høyeste andelen eldre, mens samtlige tre case-kommuner ligger over landsgjennomsnittet.

Eldreomsorgsbyrde i tabell 2 måles som antall personer over 70 år og over delt på antall personer mellom 20-69 år. Tallene er basert på hovedalternativet (MMMM) og er publisert av SSB i juni 2016. Som vi ser av tabellen, vil eldreomsorgsbyrden øke betraktelig fra 2016 til 2040. Gjennomsnittlig eldreomsorgsbyrde i 2016 for de tre kommunene er 0.203, og man vil i 2040 se en økning på 0.306 prosentpoeng, altså over 10%.

Helse- og omsorgsdepartementet (2013, 41) uttaler at endringen i forholdet mellom den yrkesaktive og den eldre ikke-yrkesaktive befolkningen, trolig vil bli en utfordring både for sysselsettingen i helse- og omsorgssektoren og for verdiskaping og velferdsutvikling. Økningen i levealder og flere eldre betyr, som *Samhandlingsreformen* (Helse- og omsorgsdepartementet 2009, 24) sier, at det er flere som blir syke og som har behov for helse- og omsorgstjenester. Dette vil da si at det må skapes flere plasser og tjenester for å opprettholde en viss dekningsgrad i respektive kommuner. Som *Samhandlingsreformen* (Helse- og omsorgsdepartementet 2009) sier videre, vil utviklingen i befolkningens helsetilstand ha stor betydning for utgiftene til pleie og omsorg i årene som kommer. Om flere eldre betyr flere syke, eller om de eldre blir friskere (evt. sykere på et senere tidspunkt) vil altså gi ulike forutsetninger.

Når SSB gjør sine framskrivninger gjøres dette ved bruk av forskjellige beregningsalternativer. Hovedalternativet, eller middelalternativet MMMM, beskriver en middels nasjonal vekst. Faktorene som utgjør dette alternativet baseres på fruktbarhet, levealder, innenlandske flyttinger og innvandring. Hovedalternativet er det SSB ser på som mest sannsynlig. Et interessant perspektiv for denne delen av oppgaven er også hvilke utfordringer som kan komme som følge av de andre beregningsalternativene. Som for

eksempel om det blir en høy nasjonal befolkningsvekst, sterk aldring, eller svak aldring. De forskjellige alternativene vil gi forskjellige utslag, som vil kunne gi indikasjoner på eventuelle scenarioer.

Middelalternativet – MMMM – angir altså en middels utvikling i fruktbarhet, levealder, innenlandske flyttinger og innvandring, i den rekkefølgen. Men dersom man vil beregne ut ifra et perspektiv hvor man forventer en høy utvikling i levealder vil man beskrive det med alternativet MHMM. Med et slikt utgangspunkt vil grafen og utviklingen se annerledes ut, og planleggingen av fremtiden vil måtte bli organisert ut ifra et annet scenario.

Tabell 3 - Folkemengde i kommunene 1. januar 2016, fremskrevet i tre alternativer i 2040. Antall og prosentvis endring.

	2016 Antall	2040 Prosentvis endring		
		Hovedalternativet (MMMM)	Lav nasjonal vekst (LLML)	Høy nasjonal vekst (HHMH)
Hele landet	5 213 985	21%	12%	34%
Moss	32 182	26%	16%	39%
Molde	26 732	21%	11%	34%
Hamar	30 120	19%	9%	30%

Kilde: SSB (2017c)

Tabellen over viser den registrerte befolkningen i de utvalgte kommunene per 2016. Deretter følger antatt befolkning i 2040 basert på tre ulike utviklingsalternativer. Her ser vi at Moss ligger over landsgjennomsnittet, mens Hamar ligger under. Sprikene i den totale befolkningen med ulik nasjonal vekst tatt i betraktning, utgjør en forskjell på ca. 22 prosentpoeng. Dette gir et perspektiv på hvor ulikt man kan beregne hvordan befolkningen vil vokse og utvikles. Men befolkningsveksten alene gir ikke et klart syn på hvilke utfordringer kommunale helse- og omsorgstjenester står ovenfor. En økning i befolkning vil kunne komme av en økning i antall fødte, eller økt innflytting, men det er likevel interessant for oppgaven hvordan utviklingen her også ser ut for alle aldersgrupper samlet.

Enda mer interessant er forholdet mellom aldersgruppene i denne utviklingen, som beskrives nærmere i framskriving til 2030, 2040 og 2060.

Tabell 4 – Befolkningsframskrivinger 67 år og over i Moss, Molde og Hamar i 2030.

Antall og prosentvis endring.

	2030				
Kommune	MMMM	LLML	HHMH	LHML	HLMH
Moss					
67-79 år	4680	4560 2.56%	4782 2.18%	4770 1.92%	4576 2.22%
80-89 år	2139	2013 5.89%	2261 5.70%	2261 5.70%	2013 5.89%
90 år og eldre	360	299 16.94%	423 17.50%	423 17.50%	299 16.94%
Molde					
67-79 år	3906	3823 2.12%	3979 1.87%	3969 1.61%	3840 1.69%
80-89 år	1721	1627 5.46%	1800 4.59%	1800 4.59%	1627 5.46%
90 år og eldre	326	276 15.34%	375 15.03%	375 15.03%	276 15.34%
Hamar					
67-79 år	4537	4424 2.49%	4638 2.23%	4627 1.98%	4433 2.29%
80-89 år	2110	1982 6.07%	2224 5.40%	2222 5.31%	1982 6.07%
90 år og eldre	362	300 17.13%	425 17.40%	425 17.40%	300 17.13%

Kilde: SSB (2017c)

Fra hovedalternativet (MMMM) i framskrivingene hentet fra Statistikkbanken til SSB (2017c) i tabell 4 ser man at det er store forskjeller i de ulike utviklingsframskrivingene til 2030. Som for eksempel for Moss kommune for befolkningen 90 år og eldre viser prognosene et antall fra 299 med en lav fruktbarhet, levealder og innvandring til 423 personer dersom utviklingen forekommer med høy fruktbarhet, levealder og innvandring i 2030.

Tabell 5 – Befolkningsframskrivinger 67 år og over i Moss, Molde og Hamar i 2040

	2040				
Kommune	MMMM	LLML	HHMH	LHML	HLMH
Moss					
67-79 år	5859	5611 4.23%	6079 3.75%	6008 2.54%	5681 3.04%
80-89 år	2392	2147 10.24%	2619 9.49%	2611 9.16%	2152 10.03%
90 år og eldre	677	513 24.22%	877 29.54%	877 29.54%	515 23.93%
Molde					
67-79 år	4182	4027 3.71%	4315 3.18%	4268 2.06%	4077 2.51%

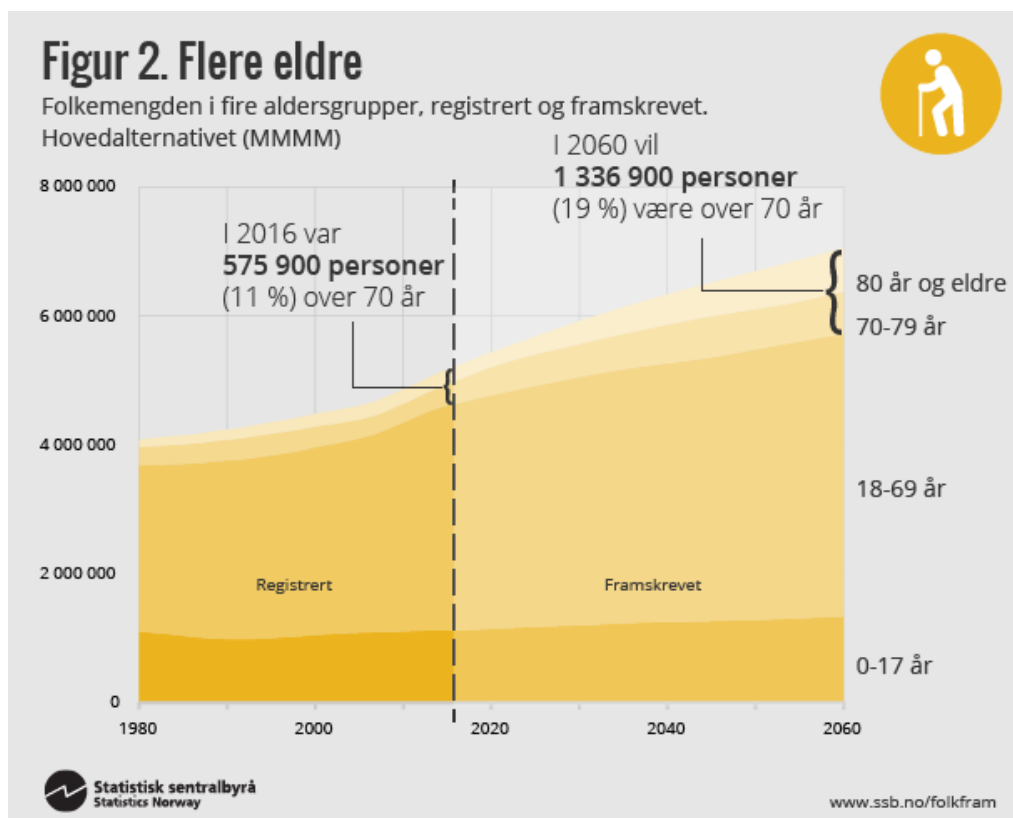
80-89 år	2138	1949 8.84%	2316 8.33%	2311 8.09%	1955 8.56%
90 år og eldre	630	483 23.33%	783 24.29%	783 24.29%	483 23.33%
Hamar					
67-79 år	4823	4621 4.19%	5003 3.73%	4953 2.70%	4663 3.32%
80-89 år	2379	2134 10.30%	2601 9.33%	2593 9.00%	2141 10.00%
90 år og eldre	674	504 25.22%	868 28.78%	868 28.78%	504 25.22%

Kilde: SSB (2017c)

For 2040 er forskjellen enda større enn for 2030. Med grunnlag i samme eksempel som for tabell 4 (over) vil Moss kommune med LLML ha 513 personer på 90 år og eldre, mens med en HHMH utvikling vil kommunen bestå av 877 av denne gruppen personer. Forskjellene mellom framskrivningene er store og betydningsfulle med hensyn til at det kan være vanskelig å forutsi hvor mange innen en viss aldersgruppe som vil bo i de ulike kommunene.

Figur 1 viser framskrivninger til 2060, med en litt annen aldersgruppering enn i tabellen ovenfor.

Figur 1 – Den norske befolkning i fire aldersgrupper registrert og framskrevet etter middelalternativet fram til 2060.



Kilde: SSB (2016f)

Ifølge SSBs (2016h) *Befolkningsframskrivinger 2016-2100: Dødelighet og levealder* vil forventet levealder, basert på hovedalternativet, for menn øke fra 80 år i 2016, til 87 år i 2060. Kvinnens forventede levealder vil øke fra dagens 84 år til ca. 89 år i 2060 (SSB 2016h).

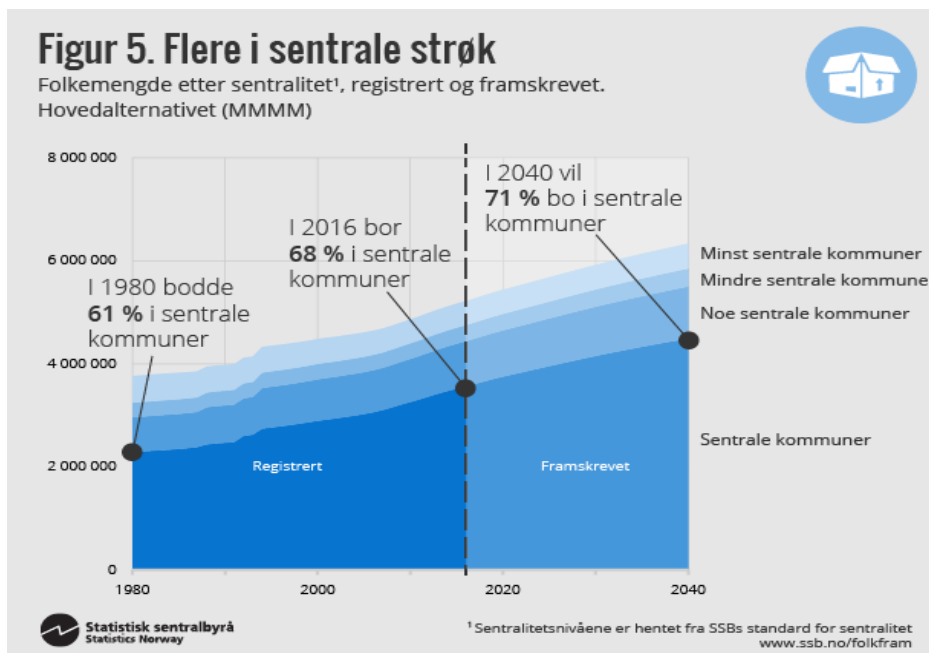
Tabell 6 viser at med en høy nasjonal vekst vil det i Molde være en økning i antall personer 67 år eller eldre på 34% fra 2016 til 2040. Tallet for Hamar, derimot, viser en økning på hele 104% for samme aldersgruppe. Moss ligger imellom med 78,7% økning. Her ser man store ulikheter mellom kommunene og framskrivingene.

Tabell 6 – Moss, Molde og Hamar - Absolutte tall og prosentendring fra 2016 og befolkningsframskrivinger for 2030-2040 for personer 67 år eller eldre. Antall samt prosentvis endring i celler med størst endring.

Kommune	År	Hovedalternativet (MMMM)	Lav nasjonal vekst (LLML)	Høy nasjonal vekst (HHMH)	Sterk aldring (LHML)	Svak aldring (HLMH)
Moss	2016	5358				
	2030	7179 (+34%)	6872	7466	7454	6888
	2040	8928 (+66,6%)	8271	9575 (+78,7%)	9496	8348
Molde	2016	5532				
	2030	5953 (+7,6%)	5726	6154	6144	5743
	2040	6950 (+25,6%)	6459	7414 (+34%)	7362	6515
Hamar	2016	4151				
	2030	7009 (+69%)	6706	7287	7274	6715
	2040	7876 (+89,7%)	7259	8472 (+104%)	8414	7308

Kilde: SSB (2017c)

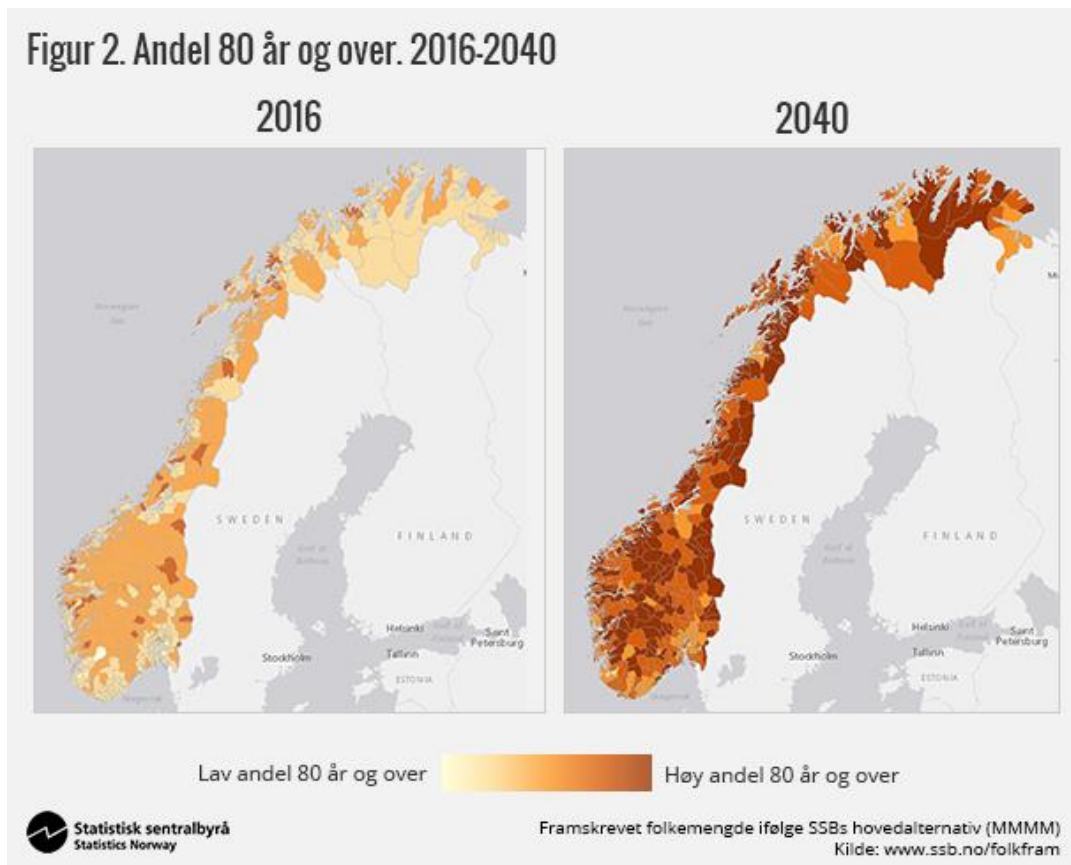
Figur 2 – Folkemengde etter sentralitet registrert og framskrevet med middelalternativet



Kilde: SSB (2016f)

Under ser vi befolkningsframskrivninger i kommunene på kart (figur 3) presentert av SSB. Sentraliseringen og tendensene til å flytte mot sentrale byer av unge vil kunne føre til konsekvenser for store deler av Norge. På kartet til høyre (i figur 3) ser vi at områdene rundt Oslo, Stavanger, Bergen og Trondheim vil ha en lavere andel av personer på 80 år og over i forhold til de andre områdene. Hvilke konsekvenser det vil ha for sysselsetting i de usentrale områdene kan være vanskelig å sammenfatte, men er likevel en potensiell utfordring. Vil den yrkesaktive befolkningen i økende grad sentralisere seg, betyr det at arbeidskraften blir trukket ut fra de usentrale områdene. Dette betyr for KG13 kommunene at det indirekte kan bli større konkurranse om arbeidskraft. Dersom distriktskommuner finner nye metoder å skaffe arbeidskraft på vil dette kunne gå ut over kommunene innenfor KG13.

Figur 3 – Andel 80 år og over (2016-2040) registrert og framskrevet med middelalternativet



Kilde: SSB (2016f)

Ifølge SSBs (2017g) *Standard for sentralitet* kan sentraliteten til kommunene kategoriseres i fire grupper:

- Minst sentrale kommuner
- Mindre sentrale kommuner
- Noe sentrale kommuner
- Sentrale kommuner

SSB (2017g) skriver at sentraliteten måles ut fra kommunens geografiske beliggenhet i forhold til et senter hvor det er funksjoner av høy orden, som for eksempel post, bank osv.

Innenfor disse kategoriene finner man Moss og Hamar innenfor kategorien «Sentrale kommuner», mens Molde ligger innenfor «Noe sentrale kommuner». For case-kommunene betyr det at utflytting i seg selv ikke bør være en stor trussel for sysselsetting og arbeidskraft.

4.1.3 Ressursinnsats sysselsetting

I 2015 var det totalt, ifølge SSB (2016b), i overkant av 135.000 avtalte årsverk i helse- og omsorgstjenestene. I *Behovet for arbeidskraft og omsorgsboliger i pleie- og omsorgssektoren mot 2060*, finner SSB (2016a) at etterspørselen etter pleie- og omsorgsårsverk øker fra 133.000 i 2014, til 220.000 i 2060. En slik økning vil kunne ha store konsekvenser. I den kommunale sektoren er det essensielt at sysselsettingen er dekket for å levere nok tjenestetilbud, og med de demografiske endringene som diskuteres i oppgaven, vil man kunne trekke fram eventuelle utfordringer. Det trekkes fram at man i større grad må ansette ufaglærte personer. Her kunne man trekke sammenlikninger mellom hvor mange som er nyutdannet hvert år med hvor mange flere årsverk som er planlagt, men det er ikke gjort her.

Sammenlikner vi *Sysselsette i kommunal sektor, 2015, 4. kvartal* (SSB 2016g) med antall årsverk innen den kommunale helse- og omsorgssektoren, utgjorde helse- og omsorgstjenestene 43% av de totale årsverkene i kommunene. Denne andelen av de totale årsverkene viser hvor stor del helse- og omsorgstjenestene tar av den totale arbeidskraften i kommunesektoren. Andelen årsverk er større enn andelen av driftsutgiftene.

4.1.4 Ressursinnsats kroner

Selv om denne oppgaven tar et perspektiv som vektlegger innovasjon og organisatoriske løsninger er ressursinnsats i kroner selvfølgelig et viktig element. Uten å kort gjøre rede for kroneinnsats ville oppgaven sett på problemstillingene fra et litt ensidig perspektiv. Utvikling i ressursbruk på for eksempel drift, investeringer, i tillegg til at den nye eldre generasjonen har en bedre økonomi, kan gi et syn på hvordan framtiden kan se ut, og hvordan sektoren kan utvikle seg.

I Tabell 7 er det presentert netto driftsutgifter for Moss, Molde og Hamar til tjenester til henholdsvis hjemmeboende, og beboere institusjoner for årene 2014-2016. Som man ser i kolonnen til høyre (prosentvis endring) er det en større økning i utgifter pr. år innenfor driften av tjenester til hjemmeboende enn i tjenestene i institusjoner. I Hamar og Molde

går faktisk driftsutgiftene for tjenester i institusjon ned i beløp fra 2014 til 2016. Motsetningen vises når man ser at det er en økning i tjenestene til hjemmeboende.

Tabell 7 - Netto driftsutgifter til Helse- og omsorgstjenester 2014-2016

		2014	2015	2016	Prosentvis endring *
		Beløp	Beløp	Beløp	%-vis endring fra 2014 til 2016
Tjenester til hjemmeboende	Landet	~41 mrd	~41.1 mrd	~43.4 mrd	+6.17%
	Moss	289 mill	291 mill	358 mill	+23.88%
	Hamar	316 mill	317 mill	326 mill	+3.16%
	Molde	219 mill	219 mill	236 mill	+7.76%
Tjenester i institusjon	Landet	~33.4 mrd	~33 mrd	~34.4 mrd	+3.02%
	Moss	160 mill	162 mill	168 mill	+5.00%
	Hamar	223 mill	209 mill	215 mill	-3.59%
	Molde	222 mill	204 mill	200 mill	-9.91%

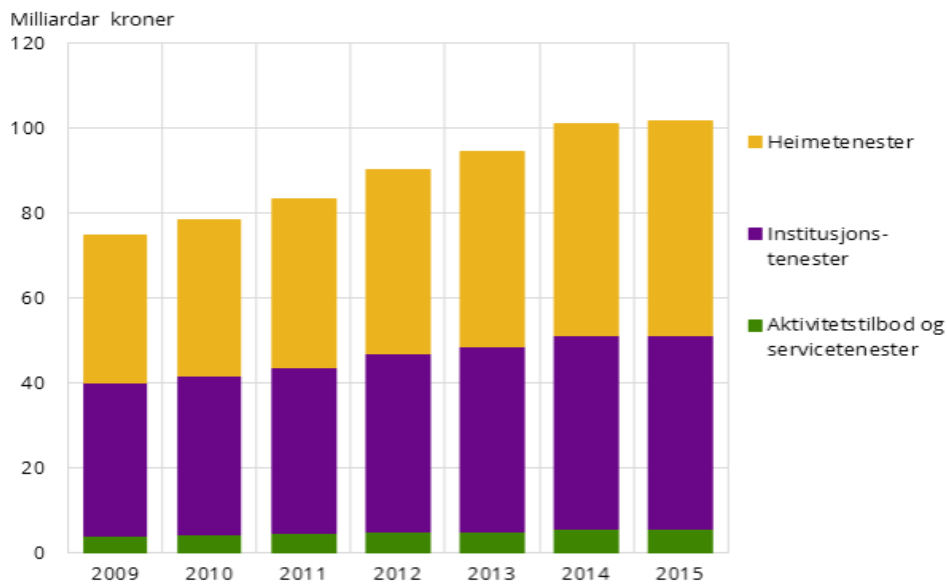
Kilde: SSB (2017c).

*Endringer beregnet ut ifra nøyaktige beløp.

Årsaken til økningen i tjenester til hjemmeboende fra 2015 til 2016 i Moss kommune oppgis å være knyttet til at tilskudd knyttet til vertskommunebrukerne etter HVPU-reformen ble tatt inn i rammen. HVPU-reformen er ansvarsoverføringen fra fylkeskommunen til kommunen på tidlig 90-tall. HVPU står for helsevernet for psykisk utviklingshemmede.

Figur 4 – Brutto driftsutgifter til omsorgstjenester i norske kommuner 2009-2015

Figur 7. Brutto driftsutgifter til omsorgstjenester



Kjelde: Statistisk sentralbyrå.

Kilde: SSB (2016b)

Som vi ser i Figur 4 er det en økning de siste tre årene i alle kommunene på netto driftsutgifter til helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende. Grunnen til dette kan være målsettingen fra nasjonale myndigheter om å være lengst mulig i eget hjem.

I tillegg ser vi på tallene at forskjellen mellom netto driftsutgifter til tjenester i institusjon minsker i forhold til hjemmeboende. Som nevnt tidligere i oppgaven, er det en forskyvning fra institusjonstjenester til hjemmetjenestene i kommunene. Dette kan vi også se i tallene for brutto driftsutgifter til omsorgstjenester (SSB 2016b). Slik figur 4 viser har hjemmetjenestene blitt den største utgiftsposten til omsorgstjenestene. Grunnen til dette er skiftet fra institusjonstjenester til hjemmetjenester som følge av mål om at eldre skal være lengst mulig i eget hjem.

Omstilling fra et fokus på en yngre brukergruppe til en eldre gruppe er også sentralt. Man ser en økning av den eldre brukergruppen fra 67-79 år. Deretter fra og med 2020 ser man en markant økning i de fra 80 år og opp. Som tidligere nevnt i oppgaven har store ressurser innenfor sektoren blitt dirigert mot den yngre brukergruppen innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Endring av brukergruppen vil kreve store ressurser og gjennomføringsevne. Markedet og brukerne i sektoren endres i årene frem mot 2060, og for å kompensere for dette bør sektoren se på mulighetene for å omstilles eller

omorganiseres. Dette tema kommer oppgaven tilbake til senere i kapittelet (i analysedel tre).

For å oppsummere de utfordringene som er mest sentrale på bakgrunn av forskingen som er gjort hovedsakelig av Statistisk sentralbyrå; mange flere eldre, stort behov for flere sysselsatte og nye løsninger på økonomiske utfordringer.

4.1.4 Forhold som kan dempe utfordringene

Det er visse forhold i utviklingen de neste tiårene som naturlig vil være formildende og vil hjelpe til å kunne dempe de utfordringene som er presentert her i denne delen. Ny teknologi, spesielt velferdsteknologi er et interessant tema for fremtiden. Smarthus teknologi, nye IKT-systemer og annen teknologi kombinert med en eldre generasjon med bedre helse, høyere utdanning og sterkere økonomi enn tidligere, kan være med på å dempe mange sentrale utfordringer spesielt med tanke på årsverk og geografisk distanse innenfor hjemmetjenesten. Disse elementene vil ikke være gjenstand for diskusjon i analysedel tre på grunn av oppgavens vinkling. I tillegg til velferdsteknologi og den nye eldre generasjonens egenskaper er sentralisering også et relevant forhold. Sentralisering av befolkningen kan både være dempende og forsterkende ved enkel betraktning.

Sentraliseringstrenden i Norge vil kunne føre til kortere distanser for hjemmetjenesten (effektiviserende), tilgjengelighet til kollektivtilbud og sosiale/helsefremmende tilbud. På den andre side vil man kunne trekke slutninger om at sentraliseringen av den unge delen av befolkningen kan svekke sysselsettingen i distrikts-Norge, og dermed ha en forsterkende virkning på utfordringene skissert for store kommuner i de mindre distriktskommunene.

Det som kan dempe utfordringene er blant annet velferdsteknologi og annen teknologi, sterk brukermedvirkning grunnet nye egenskaper ved eldre generasjonen og svakere utvikling enn forventet. Om en trekker frem MLMM som et alternativ, vil utviklingen vise at det blir mindre eldrebølge enn i hovedalternativet. Utfordringene i seg selv er komplekse, og visse er også vanskelige å identifisere. Visse utfordringer bør muligens takles så snart som mulig, og andre vil man kunne utsette og vente med i mange tiår framover. Mye av denne diskusjonen er tentativ og man ser forskjellige utfall fra forskjellige alternativer, som vil bli diskutert videre i analysedel tre.

NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg* (Helse- og omsorgsdepartementet 2011) legger fram flere faktorer som vil kunne dempe utfordringene og at konsekvensene ikke er så alvorlige som det er gitt uttrykk for. De presenterer at det ikke blir flere eldre over 80 år de nærmeste 10-15 årene. Denne utredningen skriver at en betydelig andel av ressursene i omsorgssektoren er knyttet til aldersgruppen over 80 år, til forskjell fra, som tidligere presentert, at ressursene satt inn de siste ti årene har gått til den yngre brukergruppen. Videre sier de, som tidligere nevnt i denne oppgaven, at den nye eldregenerasjonen har flere ressurser og vil ha et helt annet utgangspunkt. Høyere utdanning, bedre økonomi, bedre boforhold og bedre helse er sentrale elementer i at forskningen på dette området er vanskelig og uforutsigbart. Denne utredningen (Helse- og omsorgsdepartementet 2011) presenterer videre at det ikke er noen statelig norm på at det skal være 25% dekningsgrad av sykehjemsplasser. At dekningsgraden går ned på grunn av økt befolkningsvekst i alle brukergrupper kan gi et feil syn på utfordringenes natur. På grunn av at den nye eldre generasjonen er så ulik tidligere generasjoner vil utgangspunktet bli annerledes enn dagens. Sammen med at hjemmetjenesten i økende grad blir en større del av helse- og omsorgstjenestene samt en friskere eldregenerasjon, gjør at dekningsgraden på institusjons- og sykehjemsplasser i mindre grad blir relevant enn det man ser i dagens perspektiv.

Det er altså flere naturlige faktorer som kan bidra til å dempe utfordringene. De menneskeskapte metodene for å dempe disse utfordringene, som omstilling og restruktureringer av virksomheter og sektoren fra kommunenes side, blir videre diskutert under den tredje problemstillingen.

4.2 Hvilke planer har disse kommunene for de kommende år innen helse- og omsorgstjenesten

I denne analysedelen er utfordringer og tilnærminger inkludert for hver kommune. Grunnen til det er at utfordringer og tilnærminger for hver av case-kommunene gir et klarere syn på hva de selv legger vekt på som lokale og kommunale utfordringer, og hvordan å tilnærme seg de. Det er av forfatter valgt å inkludere dette i denne delen og ikke under første analysedel. Utfordringene i første analysedel er overordnede og generelle, og kun med innslag av spesifikke kommuner, mens her er det utelukkende fra kommunalt perspektiv. I dette kommunale perspektivet fokuseres det på de mål og strategier som kommunene presenterer i deres handlingsplaner. Det vil i neste analysedel bli gått nærmere inn på planene, og de konkrete tiltak kommunene presenterer.

Det er i oppgaven et fokus på innovasjon og innovative løsninger som muligheter for hva kommunene kan gjøre. Derfor vil disse områdene fremheves i gjennomgangen av deres planer.

Innovasjon i kommunen må bygges på systematisk arbeid og det er en fordel om det utarbeides en overordnet strategi for kommunen som inneholder en klar plan for hva man ønsker å oppnå, hvorfor og med hvilke virkemidler (Helse- og omsorgsdepartementet 2011, 45)

Alle de tre kommunene følger formannskapsmodellen. Men dette må skilles fra formannskapet (organet). Det øverste organet i alle kommunene er kommunestyret (også kalt bystyret). Kommunestyret er den siste behandler av saker og bestemmer utfallet. I Kommuneloven fra 1993, står det i paragraf 8 at «Formannskapet og fylkesutvalget behandler forslag til økonomiplan, årsbudsjett og skattevedtak». Det er altså formannskapet som behandler forslag, og deretter vil kommunestyret være siste ledd i bestemmelsene.

Ser vi i Plan- og bygningslovens (1985) §20-1 om kommuneplanlegging, finner vi at enhver kommune skal ha utarbeidet en kommuneplan, og at denne planen skal inneholde en langsiktig og en kortsiktig del. Det beskrives videre at den langsiktige delen skal

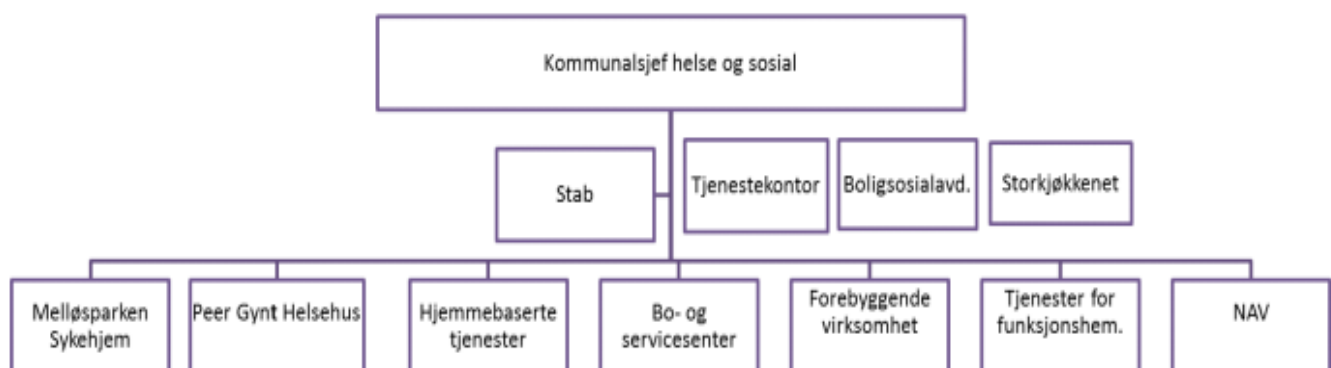
omfatte «mål for utvikling i kommunen, retningslinjer for sektorenes planlegging og en arealdel for forvaltningen av arealer og andre naturressurser» (Plan- og bygningsloven 1985, §20-1). Den kortsiktige delen, står det, skal omfatte et «samordnet handlingsprogram for sektorenes virksomhet de nærmeste år» (Plan- og bygningsloven 1985, §20-1). Det sentrale ved denne lov-paragrafen er at kommunen skal ha fastsatt mål for utvikling i kommunen. I tillegg skal planen omfatte et samordnet handlingsprogram for sektorenes virksomhet, som inkluderer helse- og omsorgstjenestene.

Nå er det klart hva kommunene er pliktige til å ha i form av planer, og i de neste avsnittene skal dette belyses i case-kommunene med fokus på organisasjonsstrukturer, utfordringer, strategier og mål.

4.2.1 Moss kommune

Moss kommune ligger nord i Østfold fylke på Østlandet i Norge. Kommunen har et landareal på 63 kvadratkilometer og en befolkning på omtrent 32.200. 40.8% av stemmene ved kommunevalget i 2015 gikk til Arbeiderpartiet, mens Høyre fikk nest flest med 26.8%. Ordfører er fra partiet Høyre.

Figur 6 – Organisasjonskart helse- og sosialområdet Moss kommune 2017

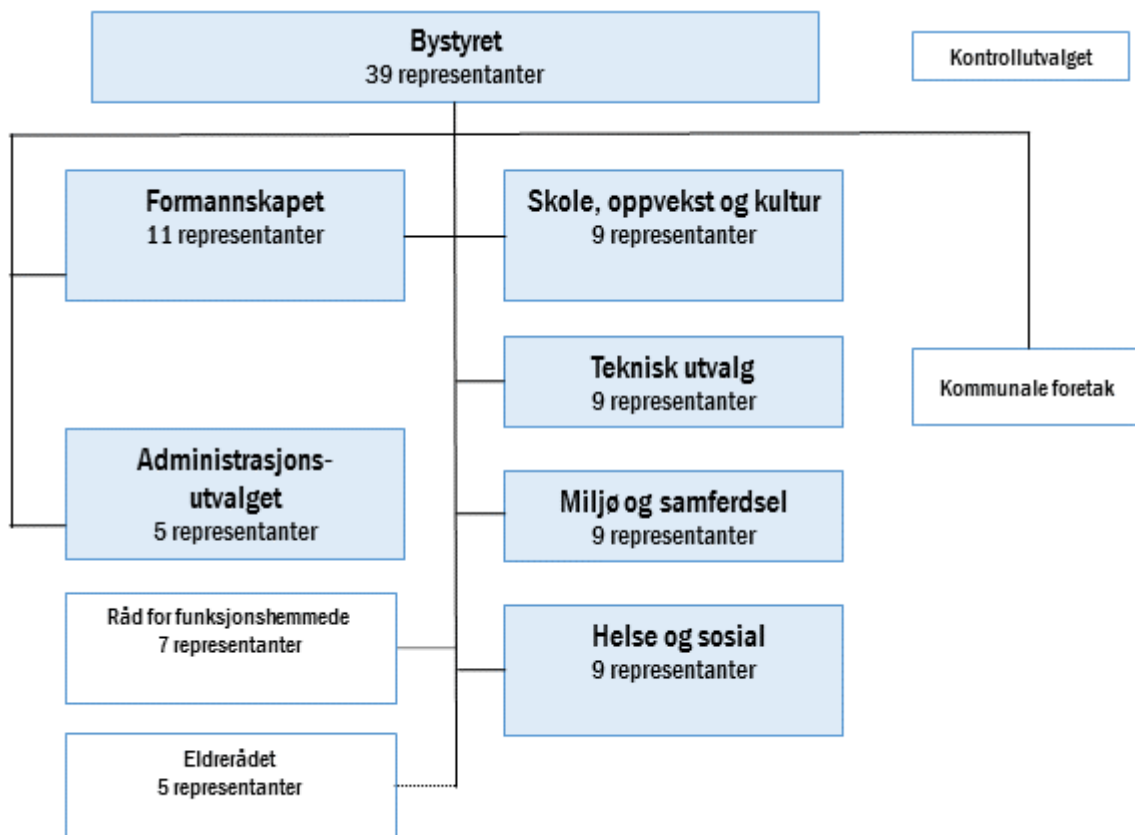


Kilde: Moss kommunes (2015b, 24)

Organiseringen av helse- og omsorgstjenestene i kommunen er som organisasjonskartet viser ovenfor. Enhets-/virksomhetsledere for hver av virksomhetene svarer til administrasjonsstaben som er kommunalsjefer og rådmann. Rådmann er øverste leder i administrasjonen. Organisasjonsstrukturen er overordnet med to-nivå, med stab – virksomhetsleder. Denne type struktur bruker alle de tre case-kommunene.

Under (Figur 7) viser kommunens politiske struktur. Her ser man at Moss kommune, som de aller fleste andre kommuner i Norge, følger formannskapsmodellen. Bystyret er det øverste kommunale organ og her fattes vedtak på vegne av kommunen. Kommunen har et eget utvalg for helse og sosial, samt et eldreråd. Bystyret her er det samme som kommunestyret (som de to andre kommunene bruker).

Figur 7 – Moss politiske organisering 2017



Kilde: Moss kommune 2017

Den overordnede visjonen til Moss kommune (2016), som beskrevet i *Handlingsplan 2017-2020: Rådmannens forslag 11.05.16*, er at kommunen «skal fremstå som den gode by som er fremtidsrettet og som legger avgjørende vekt på kunst, kultur og design». I tillegg står det i planen at Moss har en visjon som sier «Moss – fellesskap, stolthet og utvikling» (Moss kommune 2016). Verdier for virksomheten som også nevnes i denne planen er «Respekt, toleranse, kompetanse og engasjement» (Moss kommune 2016).

Moss kommune vedtok 16. juni 2015 *Omsorgsplan 2015-2030*. Denne er delt opp i to deler – utviklingsplan (2015a) og bakgrunnsinformasjon (2015b). Den første delen, utviklingsplanen, er delt opp i planforutsetninger, mål og strategier, morgendagens omsorg i Moss og morgendagens omsorg: utviklingsområder. Som det står i planen er denne produsert «for å sikre gode omsorgstjenester til innbyggerne» (Moss kommunes 2015a, 3).

Utfordringer og tilnærming

Her ses det på utfordringer presentert av kommunen selv, til forskjell fra presentasjonen av tilgjengelig statistikk i forrige kapittel. Hvordan de selv presenterer utfordringer, er relevant for analyse av deres planverk i møte med eldrebølgen.

Figur 8 Estimert dekningsgrad Moss kommune 80 år og over

4.3.2 Estimert dekningsgrad

Forventet vekst til 2030 i aldersgruppen 80+ er 73 % (s.5)



Kilde: Moss kommune (2015b, 45)

I Figur 8 ser vi at det er en synkende dekningsgrad i heldøgns omsorgsplasser for personer over 80 år fram mot 2030. At det er en forventet vekst til 2030 i aldersgruppen over 80 på

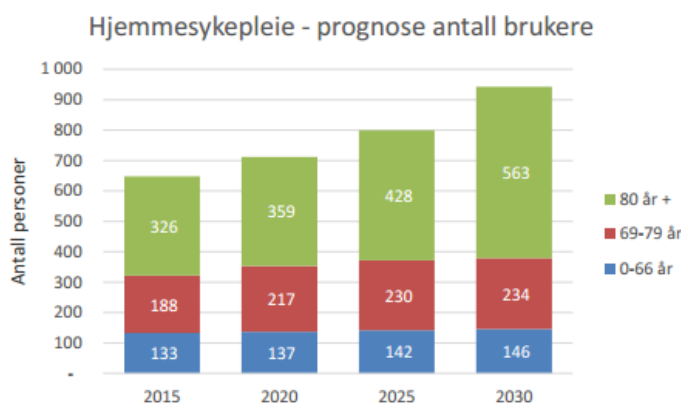
hele 73% viser også hvordan økningen av den eldre befolkningen er drastisk (Moss kommune 2015b, 45). De estimerte prognosene for hjemmesykepleie fram til 2030 (tabell 8) gir også et perspektiv på dette. Brukere av hjemmesykepleie for aldersgruppen 69 år og over forventes å øke fra 514 i 2015 til estimerte 797 i 2030.

I *Handlingsplan 2017-2020* for Moss kommune (2016, 51) skrives det at «ressurssituasjonen er anstrengt og blir strammere med årene». Det legges i planen vekt på at for å forberede seg til de framtidige utfordringene er det flere hovedgrep som kan tas. Disse er økt selvhjelpenhet, frivillighet, effektive tjenester og velferdsteknologi. Planen nevner videre de demografiske endringene som ligger framfor dem, og at de neste 10-15 år må brukes til å utvikle tjenestene. Denne utviklingen mener planen krever omstilling, samarbeid og nytenking (Moss kommune 2016). Det er altså en nokså klar og konkret erkjennelse av utfordringene og mulige løsninger i kommunens handlingsplan.

Tabell 8 – Prognoser hjemmesykepleie til 2030, Moss kommune

Estimerte prognoser for hjemmesykepleie fram til 2030

Tjeneste	Aldersgr.	2015	2020	2025	2030
Hjemmesykepleie	0-66 år	133	137	142	146
Hjemmesykepleie	69-79 år	188	217	230	234
Hjemmesykepleie	80 år +	326	359	428	563
Sum		648	712	800	942



Kilde: Moss kommune (2015b, 27)

Over er Tabell 8 presentert. Her ser man prognose for antall brukere av hjemmesykepleien etter aldersgruppe. Grupperingen 80 år + øker markant over tidsperioden 2015-2030. Som tidligere beskrevet har ressursene til de totale helse- og omsorgstjenestene de siste tiårene

blitt prioritert mot den yngre brukergruppen. Slik sett kan man si at ressursene som er satt inn ikke gjenspeiler økningen i den eldste brukergruppen i årene mot 2025-2030.

Mål og forventninger

Figur 10 – Hovedmål Moss kommune, omsorgstjenester

Hovedmål	
Omsorgstjenestene bidrar til at den enkelte kan leve et trygt, meningsfullt og mest mulig selvstendig liv.	
Temaområde	Morgendagens omsorgstjenestebrukere
Strategi	Moss kommune skal planlegge framtidig omsorgstjenestebehov utifra forventet befolkningsvekst innenfor alle brukergrupper.
Temaområde	Morgendagens omsorgsfellesskap
Strategi	Moss kommune skal løse framtidens omsorgsoppgaver i et tverrfaglig samarbeid med ulike aktører innen frivillig sektor, organisasjoner, næringsliv, brukere selv, deres pårørende og nettverk. <i>Bystyrevedtak B-075/15: Om at framtidens omsorgsoppgaver også som et supplement kan løses av private og humanitære organisasjoner.</i>
Temaområde	Morgendagens omsorgstjeneste
Strategi	Moss kommune skal tilby fleksible, koordinerte og framtidsrettede omsorgstjenester med rett kompetanse til rett tid.
Temaområde	Morgendagens omsorgsomgivelser
Strategi	Moss kommune planlegger boformer utifra befolkningsprognoser, anslått behov i befolkningen og nasjonale og lokale strategier.

Kilde: Moss kommune (2015a, 17).

Som vi ser legger hovedmålene vekt på tjenestebrukere, fellesskapet, tjenestene og omgivelsene. Det som er viktig når man ser på hovedmålene til Moss kommune i omsorgstjenestene, er strategiene de legger frem. På området «Morgendagens omsorgstjenestebrukere» skriver kommunen at det skal planlegges ut i fra forventet befolkningsvekst. Den forventede befolkningsveksten de bruker er sannsynligvis ut i fra middelalternativet (MMMM), og når folkemengden framskrevet i 2040 har et sprik på 16-39% mellom de tre framskrivningene er det store alternative utfall.

Under temaområdet «Morgendagens omsorgsfellesskap» (Moss kommune 2015a) skriver kommunen at de skal løse framtidens omsorgsoppgaver i et samarbeid med frivillig sektor, organisasjoner, næringsliv, brukere selv, deres pårørende og nettverk. Frivillig sektor er et interessant område, og blir vektlagt i flere meldinger til Stortinget. Det blir gitt ulike perspektiver på mulighetene innenfor den frivillige sektoren. Organisasjoner og næringsliv

er også en faktor som bør spille en rolle i framtidens helse- og omsorgssektor. Brukere selv, deres pårørende og nettverk er den siste delen som er inkludert i strategien for «Morgendagens omsorgsfellesskap» og vil gås nærmere inn på sammen med de andre elementene i analysedel tre. Strategien kommunen legger ned for temaområdet «Morgendagens omsorgstjeneste» (Moss kommune 2015a) er at de skal tilby fleksible, koordinerte og framtidsrettede tjenester med rett kompetanse til rett tid.

Siste temaområde Moss kommune gir hovedmål for er «Morgendagens omsorgsomgivelser» (Moss kommune 2015a). Her er strategien at det planlegges boformer ut ifra befolkningsprognoser, anslått behov i befolkningen og nasjonale og lokale strategier. Igjen ser vi hvor mye det legges vekt på befolkningsprognoser og anslåtte behov i befolkningen. Befolkningsframskrivninger og antatte framtidige sykdomsforløp (eksempelvis økt levealder) er faktorer som står sentralt i planlegging av framtid utviklingen.

I forhold til målsetninger om innovasjon, som er vektlagt i oppgaven, skriver kommunen:

Innovasjonsstrategi skal settes på dagsorden for hele Moss kommune. Det skal legges vekt på å stimulere til en innovasjonskultur hvor organisasjonens ledere og medarbeidere skal utvide handlingsrommet gjennom å identifisere alternativer og finne nye løsninger på eksisterende utfordringer (Moss kommune 2016, 49)

Avslutningsvis her vil det nevnes at Moss kommune i sin helse- og omsorgsplan (2015a, 12) skriver at kommunen «har høy kompetanse innenfor flere fagområder i omsorgstjenesten». Men på grunn av nye metoder og satsningsområder kreves det endring i kompetanse og rekruttering (2015a). Med økt behov for endring og nye måter å organisere og introdusere teknologi på, virker dette rimelig. Moss kommune (2015a) mener at på dette området må det utvikles videre og samhandles på tvers av team – og at dette «vil være helt avgjørende» (2015a, 12).

4.2.2 Molde kommune

Molde kommune har en befolkning på omtrent 27.000 fordelt på et landområde på 363 kvadratkilometer. Kommunen ligger i Romsdal, midt i Møre og Romsdal fylke. Under kommunestyrevalget i 2015 endte resultatet med at Høyre fikk 34.7%, mens Arbeiderpartiet på andre plass fikk 17.7%. Den politiske organiseringen vises i figur 12.

Figur 12 – Politisk organisering i Molde kommune 2017

Kommunen som organisasjon

Politisk organisering

Kommunestyret i Molde har 47 representantar. I tillegg til Kontrollutvalet og Formannskapet er det etablert eit Drifts- og forvaltningsutval og eit Plan- og utviklingsutval, kvart med 11 representantar.



Kilde: Fylkesmannen i Møre og Romsdal (2013, 10)

I Figur 12 ser vi at kommunestyret står øverst som bestemmende politisk organ i Molde kommune.

- *Lengst mulig i eget hjem* – heter Molde kommunes Helse og omsorgsplan for 2013-2020 (Molde kommune 2013a). Dette er et slagord som har blitt presentert tidligere i denne oppgaven. Det er et mål for nasjonale myndigheter at man skal leve lengst mulig i eget hjem. Molde kommune sin plan er den korteste i tidsomfang av de tre kommunene, kun frem til 2020. Det at planen kun strekker seg til 2020, og utviklingen framskrives i denne tidshorisonten er en faktor som tas opp i neste analysedel og opp til diskusjon.

Molde kommunes visjon «Molde -Stikker seg ut» ble vedtatt i forbindelse med utarbeidelse av kommuneplanens samfunnsdel 2002 –2010. Denne visjonen videreføres i kommende planperiode fra 2013-2022 (Molde kommune 2013b).

Molde kommune er, som beskrevet på deres nettsider (Figur 11), organisert i en to-nivå modell, med beslutningsnivåene administrasjonsstab og enhetsledere. Under (Figur 12) viser hvordan Molde kommune er politisk organisert. De følger, som beskrevet i innledningen, formannskapsmodellen.

Figur 11 – Administrativ organisering i Molde kommune 2017

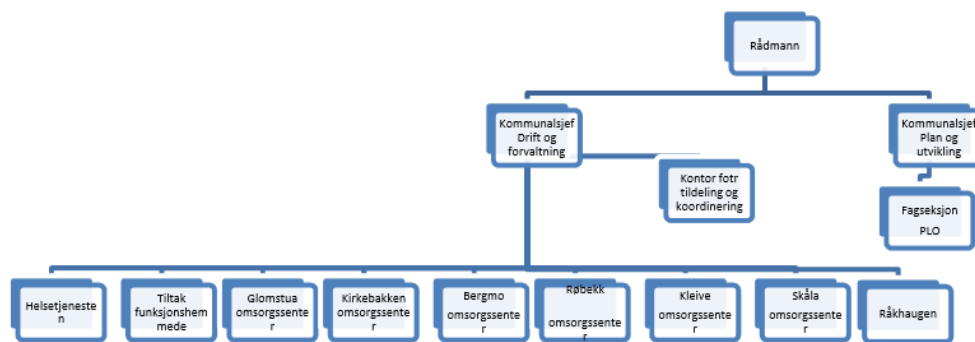


Fig 3.1 Administrativt organisasjonskart.

Kilde: Molde kommune (2013a)

Utfordringer og tilnærming

Utfordringene til Molde kommune blir tatt opp i deres Helse- og omsorgsplan (2013a). Det skrives for eksempel at den demografiske utviklingen tilsier at Molde kommune får en forholdsvis større andel av personer 67 år og eldre enn de andre kommunene i KG13. Av de tre kommunene som er inkludert i denne oppgaven er Molde også den med størst areal.

Tabell 9 – Aldersfordeling i Molde kommune i 2013 og framskrevet til 2022

1502 Molde	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
0 år	296	302	308	313	319	325	329	333	334	333
1-5 år	1 473	1 525	1 548	1 572	1 618	1 651	1 683	1 708	1 737	1 752
6-12 år	2075	2049	2060	2142	2156	2168	2213	2295	2358	2403
13-15 år	955	946	950	918	911	936	966	938	901	927
16-19 år	1423	1422	1365	1338	1303	1289	1256	1264	1281	1271
20-44 år	8190	8267	8368	8443	8524	8597	8637	8690	8769	8818
45-66 år	7509	7544	7607	7612	7693	7753	7783	7828	7827	7849
67-79 år	2400	2579	2691	2887	3014	3118	3260	3341	3468	3575
80 år eller eldre	1265	1254	1262	1242	1244	1247	1238	1279	1285	1300

Tabell 2.1.2 Framskriving aldersfordeling Molde kommune 2013-2022.

Kilde: Molde kommune (2013c)

Som Tabell 9 viser vil tallet på personer i gruppen 67-79 år øke med nesten 50 % fram mot 2022. Som presentert i forrige analysedel om utfordringer vet vi at befolkningsveksten for de yngste eldre vil være gruppen som først vokser. Deretter vil de eldste eldre (80 år +) stige betraktelig i årene etter. Tallet på personer i aldersgruppen over 80 år vil samtidig være tilnærmet uendret her i denne tabellen fra i år fram mot 2022. Etter 2022 derimot, vil økningen være betydelig annerledes. Kurven vil stige og bli brattere for den eldste delen av den eldre befolkningen.

Mål og forventninger

I helse- og omsorgsplanen legger Molde kommune (2013a) fram ulike kjennetegn som kommunen ønsker at kommunes fremtidige utvikling skal ha, og ulike mål som kommunen skal nå. De vil at kommunen skal kjennetegnes ved å tilby effektive tjenestetilbud, gi gode tjenester i hjemmet lengst mulig, spesialisering av tilbudene i institusjon, samordnet og koordinerte tjenester. I tillegg skal de ha rett kompetanse på rett sted til rett tid, ha kvalitative og endringsorienterte/innovative tjenester og tilby forebyggende og helsefremmende tjenester.

Målene som gis om effektive tjenestetilbud, gode tjenester, samordnet og koordinerte tjenester og endringsorienterte/innovative tjenester viser den høye graden av fokus på effektivitet, kvalitet og tilpasning kommunen har. Dette stemmer overens med målene som

er nedsatt av nasjonale myndigheter. Molde kommunes hovedmål er, som tittelen på deres plan, *Lengst mulig i eget hjem*.

På Molde kommunes nettsider har kommunen lagt ut de mål og satsningsområder som er vedtatt av kommunestyret i 2013. Det blir delt opp i kommunens rolle som samfunnsutvikler, tjenesteleverandør og arbeidsgiver, og kommunens økonomi og administrasjon. De mest relevante målene for denne oppgaven er:

- Molde kommune skal være pådriver for vekst og samarbeid i regionen.
- Kommunen skal ha vekst og utvikling i hele kommunen
- Kommunen skal levere gode tjenester til sine innbyggere
- Kommunen skal være en effektiv tjenesteleverandør
- Kommunen skal ha økonomisk handlefrihet
- Kommunen skal ha en effektiv og veldrevet organisasjon

Det skrives i planen (Molde kommune 2013a) at det er nødvendig med en faglig omstilling i omsorgstjenestene. Dette er for å sikre en bærekraftig omsorgstjeneste med god kvalitet i framtiden. Den omstillingen det skrives om, er spesifisert videre med endret og høyere kompetanse, nye arbeidsmetoder og nye faglige tilnærminger. Som det står videre, «Den faglige omstillingen er først og fremst knyttet til sterkere vektlegging av rehabilitering, tidlig innsats, aktivisering, nettverksarbeid, miljøbehandling, veiledning av pårørende og frivillige og til innføring av velferdsteknologi» (Molde kommune 2013a, 8).

Under kapittelet *Kritiske suksessfaktorer* i helse- og omsorgsplanen 2013-2020 (Molde kommune 2013a, 34) står det at det er behov for utbygging av kapasitet både i omsorgsboliger og på institusjonssiden fram mot 2025. Dette vil altså si at dekningsgraden skal opprettholdes eller økes grunnet de demografiske endringene og den økende eldre befolkningen.

Innenfor rekruttering og kompetanse skrives det i planen at kommunens helse- og omsorgstjenester står overfor utfordringer i forhold til rekruttering i planperioden. Det står videre at kommunen «må jobbe på flere fronter som for eksempel strukturelle tilpasninger,

utarbeidelse av strategisk kompetanseplan for helse og omsorg, velferdsteknologi mm.» (Molde kommune 2013a, 34).

Under handlingsplanen, i kapittelet *Kritiske suksessfaktorer*, står det at demografiske og epidemiologiske utfordringer er så store at hele samfunnsapparatet vil preges av omstilling for å nå målene (Molde kommune 2013a, 34). Det nevnes at kommunen vil se et økt behov for ressurser på grunn av at kommunens rolle vil preges av et større ansvar for helheten (Molde kommune 2013a, 34). Og at det vil i prosessen være økte kostnader for å på sikt oppnå mindre ressursbehov via forebyggende arbeid (Molde kommune 2013a, 34). De muligheter innovasjon kan gi, er vektlagt i planen:

De neste årene vil være særs utfordrende for tjenesteområdet helse og omsorg, sett i forhold til behov for økte ressurser til nye oppgaver som skal gjennomføres samtidig med at dagens driftsnivå må tilpasses rammeforutsetninger. En ser imidlertid at det er i slike krevende og utfordrende perioder at kreativitet og innovasjon, samt vilje til omstilling er større. Det foreligger store utfordringer, men også muligheter (Molde kommune 2013a, 34).

For perioden 2013-2022 viser demografiske framskrivinger en stabil utvikling. Kommunen bør bruke denne tiden til prioritering og tilrettelegging av tilbud og tiltak som skal gjøre den i stand til å takle de utfordringer som kommer fra 2022 og utover, står det avslutningsvis i underkapittelet *handlingsplan* innenfor de kritiske suksessfaktorene.

Videre i Moldes helse- og omsorgsplan (2013a, 66) står det at kommunen mangler kompetanse på alle nivå i organisasjonen når det gjelder velferdsteknologi. Det står at behovet i en tidlig fase er å igangsette prosjekt for å sikre kompetanse på hva som er av teknologi og erfaring, og bidra til at ansatte og brukere kan bruke utstyret for å sikre målet om at brukere skal klare seg lengre hjemme (Molde kommune 2013a, 66).

Tiltakslisten som her presenteres i Moldes kommunes helse- og omsorgsplan viser at det er begrenset hva som er inkludert av konkrete innovative planer og løsninger.

Helt avslutningsvis i Molde kommunes helse- og omsorgsplan står det at de tiltakene som er presentert, kan hver for seg virke spe, «men sammen utgjør de betydelige muligheter for endring» (Molde kommune 2013a, 67). Og ved hjelp av tiltakene mener kommunen at den

vil være i bedre stand til å møte de kommende utfordringene innenfor helse- og omsorgsektoren.

4.2.3 Hamar kommune

Hamar kommune har et landareal på ca. 350 kvadratkilometer. Kommunen ligger i Hedmark og hadde i 2016 en befolkning på 30.120. Under kommunevalget 2015 endte Arbeiderpartiet med 34.5% av stemmene, og deretter By- og bygdelista med 27.2%. Sittende ordfører representerer By- og bygdelista. I Hamar kommunes *Kommunedelplan for helse- og omsorg 2014-2030* (2013, 2) står det at «Planen inneholder satsningsområder fram mot 2030».

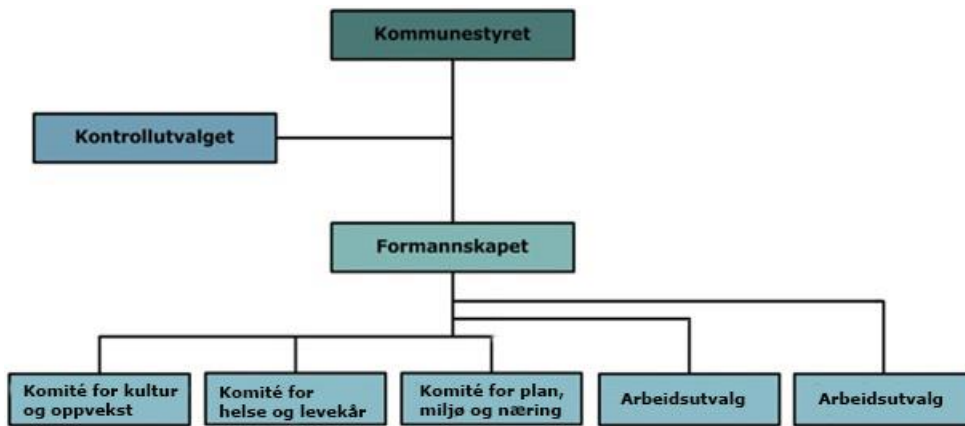
Figur 13 – Administrativ organisering i Hamar 2017



Kilde: Hamar kommune 2017a

Denne måten å organisere på, som vises i figur 13, er samme som de to andre case-kommunene. De har en to-nivåmodell hvor virksomhetslederne svarer til administrasjonsstaben i kommunen (rådmann). Likt som de to andre kommunene i denne oppgaven er Hamar organisert politisk etter formannskapsmodellen.

Figur 14 – Politisk organisering i Hamar 2017

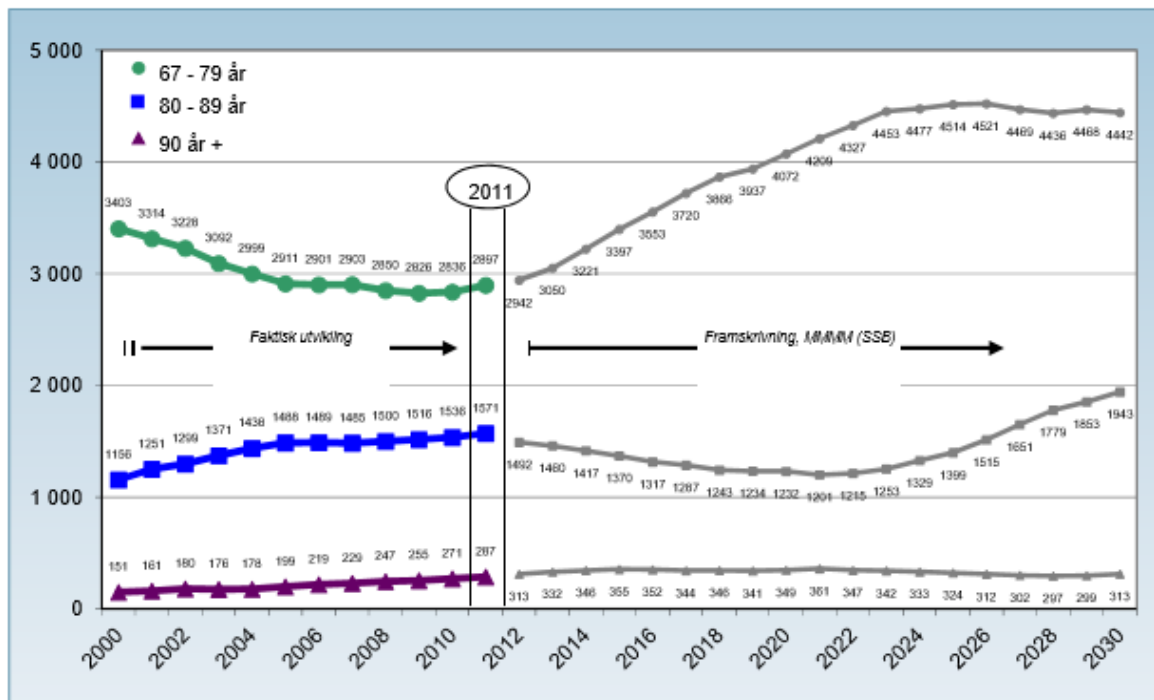


Kilde: Hamar kommune 2017b

Slik som i de andre kommunene kan man se i Figur 14 at kommunestyret er det øverste politiske organet.

Utfordringer og tilnærming

Figur 15 – Registrerte befolkningsendringer 2000-2011 og framskriving til 2030 i de tre eldste aldersgruppene i Hamar ifølge middelalternativet



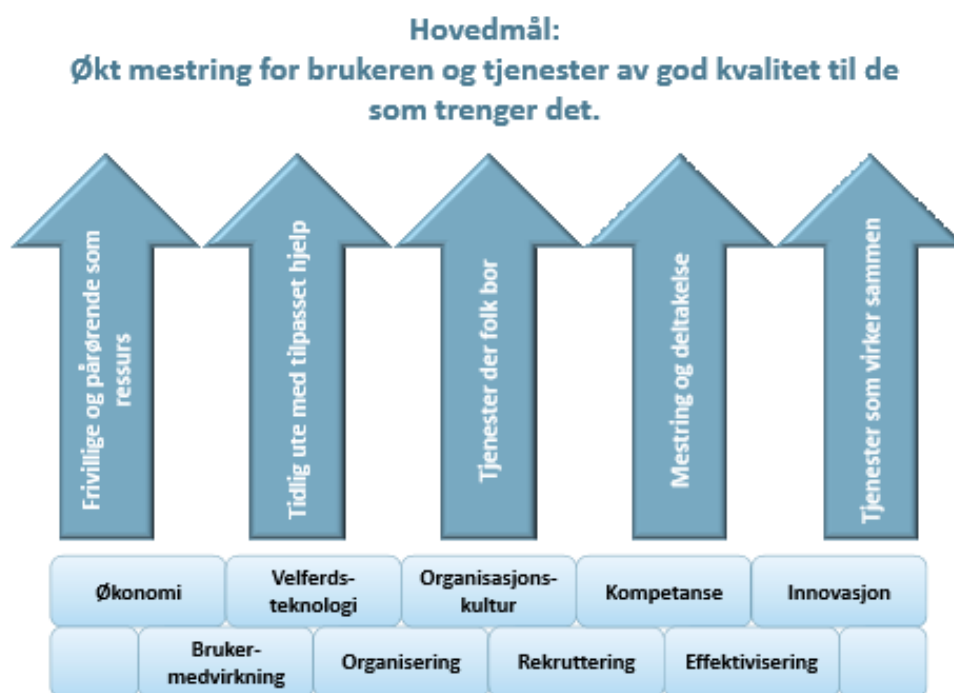
Figur 5 Befolkningsendringer og - framskriving i de tre eldste aldersgruppene (MMMM).

Kilde: Hamar kommune (2013, 15)

Befolkningsframskrivingene i de tre eldste aldergruppene i hovedalternativet for Hamar kommune viser at den yngste gruppen eldre vil ha en markant økning fram mot 2026. Økningen fra 2026 blir så å si tatt over av aldersgruppen 80-89 år. Utviklingen i figuren over (Figur 15) viser at det totale nivået på gruppen 67 år og eldre vil øke fra 4755 i 2011 til 6698 i 2030, altså en økning på hele 40.86%.

Mål og forventninger

Figur 16 – Hovedmål Hamar, omsorgstjenester



Figur 1 De fem hovedsatsningene og virkemidlene i kommunedelplan for helse og omsorg

Kilde: Hamar kommune (2013, 8)

Deres hovedmål som vises i Figur 16 er *økt mestring for brukeren og tjenester av god kvalitet for de som trenger det.*

For å nå dette målet har de valgt fem satsningsområder:

- Frivillige og pårørende som ressurs
- Tidlig ute med tilpasset hjelp

- Tjenester der folk bor
- Mestring og deltakelse
- Tjenester som virker sammen

For å nå disse delmålene ser man i Figur 16 de virkemidlene som er sentrale: Effektivisering, organisering, brukermedvirkning, innovasjon, kompetanse, velferdsteknologi osv. Dette er begreper som går igjen i kapitlet og oppgaven, og gjenspeiler i stor grad dokumenter fra nasjonale myndigheter.

I deres helse- og omsorgsplan (Hamar kommune 2013) legger Hamar fram at de skal være en innovativ og framtidsrettet kommune. I tillegg nevner kommunen at det er de hjemmebaserte tjenestene som er fundamentet i kommunens omsorgstjenester (Hamar kommune 2013, 29).

I Hamar kommunes (2016) planstrategi for 2016-2019 legger kommunen fram forskjellige mål og tilnærminger. Der skriver de at det er et sentralt mål for kommuneorganisasjonen å skape effektiv drift (Hamar kommune 2016). De skriver videre at det er en stadig endring og utvikling i samfunnet og likeså er det slik for de kravene som stilles til kommunen. I forhold til dette mener planen at det å skape og opprettholde effektiv drift over tid, krever en omstillingsdyktig organisasjon (Hamar kommune 2016, 10).

Videre i planstrategien presenteres det at «velferdsteknologi kan forbedre og forenkle interne arbeidsoppgaver og gi nye muligheter for brukerne» (Hamar kommune 2016, 10). Her nevnes det også at det er viktig for utviklingen av velferdsteknologi at det samarbeides med private aktører. Planstrategien oppsummerer med at digitalisering, selvbetjening og velferdsteknologi kan gi store muligheter, men at det også kreves at organisasjonen er endringsvillig, hvor medvirkning og god informasjon mot innbyggere og brukere er essensielt.

Kritiske suksessfaktorer

Hamar kommune skriver i sin kommunedelplan for helse- og omsorg at det er visse forutsetninger for å lykkes med planen. De faktorene som her er sentrale er arbeidskraft og kompetanse, innovasjon og teknologi, organisasjonsstruktur, brukermedvirkning og

systematisk kvalitetsarbeid (Hamar kommune 2013, 48). Disse områdene vil også bli grundigere gjennomgått i analysedel 3.

Arbeidskraft og kompetanse

Det å sysselsette tilstrekkelig og kvalifisert arbeidskraft er en utfordring for kommunens helse- og omsorgstjenester. Som det står, er endringer i brukergrupper og arbeidsformer et element som gjør at det må bygges spesialisert kompetanse.

Innovasjon

Hamar skal være en innovativ og framtidsrettet kommune. Det krever endringsvilje og endringskapasitet. Det blir avgjørende å skape en kultur for innovasjon (Hamar kommune 2013, 51).

Det står i helse- og omsorgsplanen (Hamar kommune 2013, 52) at Hamar kommune skal prøve ut visse områder for å bygge erfaring med hvordan utfordringer kan løses. Det står videre, på samme side, at det er viktig med en handlingsplan for innføringen av velferdsteknologi, og at denne planen skal beskrive måter å løse utfordringer på og hvordan kommunen best mulig skal tilrettelegge for innføring av denne type teknologi for innbyggere og ansatte i kommunen (Hamar kommune 2013, 52).

Organisering

Hamar kommune skal ha en organisasjon som støtter opp under målene i helse- og omsorgsplanen og gir effektiv drift (Hamar kommune 2013, 53)

Samordning blir presentert i helse- og omsorgsplanen som et behov på mange områder, og spesielt i tjenestene som ytes til brukerne innen fagutvikling og beslutningsprosesser (Hamar kommune 2013, 53). I underkapittelet står det videre om organisering at mangel på koordinering av tjenester gir dårlig tjenestekvalitet for brukere, og i tillegg lite effektiv ressursbruk (Hamar kommune 2013, 53).

4.2.4 Oppsummering

Til sist i denne analysedelen framstilles et kodeskjema som en analytisk tilnærming for lettere å kunne holde oversikt over de viktige elementene som vil bli diskutert i neste analysedel. Dette kodeskjemaet fungerer som en oppsummering hvor det er lettere å stille de tre kommunene opp mot hverandre i forhold til deres planer.

Noen av spørsmålene som kommunenes planer kodes etter, er relativt grunnleggende, og vil kun være avklarende oppsummeringsvariabler. Andre spørsmål stilles for å finne forskjellene og likheter mellom kommunenes planer i forhold til faktorer som ses på som viktige. De viktige faktorene er spesielt koblet opp mot utfordringene som er presentert i første del av analysen.

Tabell 10 – Oppsummering av case-kommunenes planer langs utvalgte dimensjoner

Variabel	Moss	Molde	Hamar
<i>Har de en gjeldene plan?</i>	Ja	Ja	Ja
<i>Tidsramme</i>	2015-2030	2013-2020	2014-2030
<i>Konkrete og forpliktende mål?</i>	Nei – vagt hovedmål som likner en visjon.	Ja – Tilpasning, kvalitet og effektivitet.	Sentrale hovedmål og delmål, virkemidler.
<i>Hvilke utfordringer er vektlagt?</i>	Ressurser Kompetanseheving	Kapasitet Kompetanseheving	Arbeidskraft Innovasjon og endring
<u>Planer/tiltak/virkemidler</u>			
1. Ingen plan/tiltak			
2. Vage og/eller lite spesifikke tiltak eller nasjonale overordnede føringer			
3. Konkrete og lokalt forankrede planer/tiltak			
<i>Arbeidskraft og kompetanse</i>	2	2/3	3

<i>Innovasjon / velferdsteknologi</i>	2	1	2
<i>Organisering</i>	1/2	2	2
<i>Brukermedvirkning</i>	1/2	1	2
<i>Nettverk</i> - <i>Frivillighet</i> - <i>Pårørende</i> - <i>Brukermedvirkning</i>	2	1	2

4.3 Kommunenes muligheter i møte med eldrebølgen

Denne siste delen av analysen undersøker og utforsker hvilke muligheter disse kommunene har i møte med eldrebølgen, og hva i deres planer som fremmer og hemmer innovasjon og innovative løsninger. Utfordringene som er belyst i analysedel 1 av dette kapittelet gir et utgangspunkt for hva kommunene står overfor i tidsrommet fram mot 2060. De reelle planene som kommunene har lagt fram og som er blitt presentert i forrige del, viser i hvilken grad kommunene er forberedt, dog i et kortere tidsrom. Vektleggingen av hvilke områder og faktorer kommunene fokuserer på, viser hva de selv mener er viktig og essensielt i forhold til fremtidige løsninger. I forrige del er det fokusert på case-kommunenes mål og overordnede strategier, mens i denne delen av analysen settes det fokus på konkrete tiltak og handlinger.

Først vil dette kapittelet gå igjennom de konkrete tiltak som kommunene legger fram som de mest sentrale satsningsområder de velger å sette inn ressurser på. Case-kommunene blir gjennomgått for å se hva kommunene gjør forskjellig og likt. Etter denne framleggelsen vil faktorer som fremmer og hemmer innovasjon legges fram for å belyse hvilke tiltak som er forankret i teorien og i nasjonale myndigheters anbefalinger. Sist vil denne delen av analysen prøve på en forsiktig generalisering om hva store kommuner, mer spesifikt KG13-kommuner, bør fokusere på og rette ressurser mot for å potensielt bli enda bedre forberedt på eldrebølgen, og de utfordringer som følger med.

4.3.1 Moss

Som det står i del 1 av *Omsorgsplan 2015-2030* inneholder planen et styringsdokument og en strategisk plan for å sikre gode omsorgstjenester (Moss kommune 2015a, 3). Begge delene av planen er bygd opp etter temaområdene i Helse- og omsorgsdepartementets (2013) *Morgendagens Omsorg* og det kommer klart frem i planen. Hovedmålene for omsorgstjenestene i Moss kommune (figur 10) er alle basert på denne rapporten fra Helse- og omsorgsdepartementet (2013). Selv om omsorgsplanen består av to deler med mye informasjon, er det et mindre antall konkrete tiltak for hva som må gjøres. Det er lagt mye vekt på utfordringer i form av befolkningsprognoser og synkende dekningsgrader i deres

helse- og omsorgstjenester. Kun et fåtall løsninger presenteres. I del to av *Omsorgsplan 2015-2030* (Moss kommune 2015b, 3) står det innledningsvis at det er lagt inn anbefalinger og enkelte konkretiseringer av tiltak. De er altså selv åpne om at planene i begrenset grad foreslår konkrete tiltak.

Det overordnede hovedmålet til Moss kommune for helse- og omsorgstjenestene er at «Omsorgstjenesten bidrar til at den enkelte kan leve et trygt, meningsfullt og mest mulig selvstendig liv» (Figur 10). Det står innenfor dette hovedmålet at det stilles krav til kompetanse og kapasitet i tjenestene, og til omstilling og tilpassing i kommunene (Moss kommune 2015a, 7). Grunnen til disse kravene oppgis å være nye arbeidsmetoder og nye måter å organisere tjenestene på med tverrfaglige team og samarbeid, i tillegg til samspillet med familie og nettverk som brukes i sektoren (Moss kommune 2015a, 7). Samme side i omsorgsplanen tar også opp at det er nødvendig å ta i bruk ny teknologi for å lykkes med at «omsorgstjenestene skal understøtte brukernes egne ressurser og muligheter» (Moss kommune 2015a, 7).

Strategiene kommunen setter inn for å nå hovedmålet, fokuserer på planlegging av fremtidige behov, tverrfaglig samarbeid med ulike aktører, tilbud av fleksible, koordinerte og framtidsrettede tjenester, og planlegging i tråd med befolkningsprognoser (figur 10).

Det første temaområdet som er i fokus i *Omsorgsplan 2015-2030* (Moss kommune 2015a) er morgendagens omsorgstjenestebrukere. Som det vises i Figur 10 er strategien at kommunen skal planlegge behovet ut ifra den forventede befolkningsveksten. Denne strategien legger mye til rette for at det skal planlegges. Det presenteres en utvikling som viser at det blir flere brukere, innvandrere, eldre og demente, sammensatte omsorgsbehov og at den nye eldregenerasjonen har sterkere ressurser.

Utviklingsområdene innenfor dette området er, som det står, å styrke arbeidet ved å iverksette og utvikle tiltak for å redusere sosiale ulikheter i helse, ha en aktiv boligpolitikk, legge til rette for friskliv og mestring gjennom opprettelse av sosiale møteplasser, aktiviteter og behandlingstilbud, legge til rette for selvhjulpne eldre ved å styrke fysisk og sosial funksjon, og å videreføre og styrke demensarbeidet ved tilrettelegging, avlastningstilbud og pårørendeopplæring (Moss kommune 2015a, 9).

Det andre temaområdet, omsorgsfellesskapet, sier at kommunen skal løse framtidens omsorgsoppgaver i et tverrfaglig samarbeid med ulike aktører (Figur 10). Det står utdypet i del 1 (Moss kommune 2015a, 10) at omsorgstjenester bør organiseres slik at de støtter opp under og utløser ressurser i omsorgsfellesskapet. Utviklingsområdene her sier at det bør etableres en sentrumsnær møteplass for brukere og pårørende. Det bør opprettes en frivillighetskoordinator for å koordinere samarbeidet med frivillig sektor, ideelle organisasjoner osv. Videre er det presentert at det skal støttes opp om tilbud i regi av frivillige og ideelle organisasjoner. Involvering av næringsliv i utvikling av produkter og konsepter som bygningsmasse, teknologi og boliger er det nest siste punktet i utviklingsområdene innenfor dette temaområdet om omsorgsfellesskapet. Sist er at det skal sørges for tiltak og tilbud for å avlaste pårørende.

Det tredje temaområdet som ligger som satsningsområde under hovedmålet til Moss kommune, er omsorgstjenesten (Moss kommune 2015a, 12). Utviklingsområdene for denne delen er å utvikle tjenestene i tråd med Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet 2009), utarbeide og videreutvikle fagplaner for å nå målene i strategiplanen på ulike fagområder, styrke aktiv omsorg, sikre rask rehabilitering, utvikle og styrke hjemmebaserte tjenester i tråd med prognosene for befolkningsvekst og tjenestebehov. Videre er det sentralt å integrere velferdsteknologi som en del av omsorgstjenestetilbudet, vurdere alternativ organisering ved å etablere brukerstyrte tilbud, faste ansatte og vikarer skal ha fagutdanning, samarbeid med andre instanser om kompetansehevende tiltak, vurdere teamarbeid for å sikre tverrfaglighet, fleksibilitet og gode overganger. Det skal også kartlegges behov for interkommunalt samarbeid og sist, men ikke minst å vurdere ny organisering av tjenestetilbudet for bedre å møte brukernes behov.

Det siste temaområdet for morgendagens omsorg i Moss sin *Omsorgsplan 2015-2030* er omsorgsomgivelsene i kommunen (se figur 10). Her er det fokus på boformer, bo-behov og velferdsteknologi. Det står i utviklingsområdene at det skal tilrettelegges for velferdsteknologi i boløsninger, sikre universell utforming ved bygging av kommunale boliger, forsterke innsatsen mot bostedsløse, vurdere å etablere omsorgsboligkonsepter med private utbyggere og å øke dekningsgraden på plasser i heldøgns omsorgsplasser.

De fremhevede utviklingsområdene i *Omsorgsplan 2015-2030* (Moss kommune 2015a, 17) blir presentert under i figuren.

Figur 17 – Moss kommunes fremhevede utviklingsområder i *Omsorgsplan 2015-2030*.

Fremhevede utviklingsområder i <i>Omsorgsplan 2015-203</i>
<ul style="list-style-type: none">• Styrke forebyggende arbeid, aktiv omsorg og hverdagsrehabilitering.• Rett kompetanse til rett tid.• Vurdere teamarbeid for å sikre tverrfaglighet, fleksibilitet og gode overganger.• Utvikle samarbeidet med omsorgsfellesskapet.• Tilrettelegge for velferdsteknologi i boløsninger.• Tilstrebe en tilfredsstillende dekningsgrad i heldøgns omsorgsplasser ved å bygge nye enheter med korttidsplasser og langtidsplasser i sykehjem og bo- og servicesenter.• Utvikle og styrke hjemmebaserte tjenester i tråd med prognosene for befolkningsvekst og behov for omsorgstjenester.

Kilde: Moss kommune 2015a

Avslutningsvis i *Omsorgsplan 2015-2030* står det:

Kommunen bør ytterligere styrke satsingen innen bruk av velferdsteknologi. Det er behov for å utvikle flere ulike velferdsteknologiske løsninger for å møte framtidens utfordringer og behov. Samarbeid med hjelpemiddelsentralene og næringslivet er sentralt. Opplæring og kompetanseheving av de ansatte er viktig, samt å informere og opplære brukere og pårørende i den nye teknologien (Moss kommune 2015b, 49).

Det er få konkrete tiltak som presenteres i Moss kommunes handlingsplan for helse- og omsorgstjenestene for å takle de fremtidige utfordringene som følge av eldrebølgen. Planen, som ser ut til å være basert hovedsakelig på Helse- og omsorgsdepartementets (2013) *Morgendagens Omsorg*, følger de mange retningslinjer og visjoner som legges frem i stortingsmeldingen. Det skal styrkes, heves, utvikles, videreutvikles, legges til rette for og opprettes mye innenfor sektoren, men hovedsakelig i forhold til generelle områder. Det skal stilles spørsmål ved om mer lokale og spesifikke tiltak for kommunen ville gjort planen til et bedre arbeid.

4.3.2 Molde

Molde kommunes helse- og omsorgsplan gjelder for perioden 2013-2020. Denne helse- og omsorgsplanen gjelder, i likhet med Moss, for hele tjenesteområdet. Planen heter, som tidligere nevnt, «Lengst mulig i eget hjem» (Molde kommune 2013a).

Innenfor personal, rekruttering og kompetanse i Molde kommunes (2013a, 14) helse- og omsorgsplan 2013-2020 står det at det fremover vil bli et økt behov for spesialutdanning både for fagarbeider og høyskoleområdene, og at samlet sett vil det være behov for flere fagutdannede i tjenestene, redusere uønsket deltid og øke spesialkompetanse innenfor de fleste fagfeltene. Det står at det arbeides med dette (2013a, 15), men at det i planperioden må bli større fokus på dette og bli tydeligere gjennom prosjekt og midler til kompetanseheving. Innenfor pleie- og omsorgsområdet i Molde kommune bør det, som det står på side 18 (2013a), gjøres strukturelle endringer på kort sikt som gir bedre kvalitet, kompetanse og fleksibel bruk av ressurser i tjenestetilbudet til beboerne.

Kommunen skriver at det må utredes nærmere om velferdsteknologi, og at kommunen må følge med i utviklingen som skjer innenfor sektoren andre steder i landet (Molde kommune 2013a, 22).

Det brukes en distriktsmodell i Molde på deres tjenester. Og en intern gjennomgang av organiseringen viser at distriktsmodellen gir nærhet og kjennskap til brukeren, i tillegg til at enhetsleder har et helhetlig ansvar for all tjenesteyting i eget distrikt. På den annen side oppgir de at distriktsmodellen fører til lite samhandling, liten flyt av ressurser og kompetanse og modellen støtter ikke opp under det helhetlige perspektivet på mennesker med hjelpebehov (2013a, 20).

Kommunen skriver at det er «av stor betydning at de tiltak som iverksettes for å gi en mer effektiv drift av kommunens helse og omsorgstjenester sørger for både kompetanseheving og ressursøkning i direkte brukerrelaterte tjenester» (Molde kommune 2013a, 22).

De utfordringer helsetjenesten har, er blant annet økte forventninger gjennom *Samhandlingsreformen* (Helse- og omsorgsdepartementet 2009) sitt krav til økt forebygging og flere tjenester for å redusere innleggelses i sykehus. Relevante tiltak som

legges fram som anbefalinger er å utvikle det lokalmedisinske senteret med kompetanse og ressurser, og forberede kommunen på økt finansielt ansvar innen psykisk helse og rus.

I kapittelet *Fremtidige tilbud – strukturelle tilpasninger og konsekvenser* (Molde kommune 2013a, 29) står det at det de siste årene har blitt gjort flere endringer, både strukturelle og effektiviserende, i kommunens helse- og omsorgstjenester. Reduksjon av mellomledernivå og etablering av et kontor for tildeling og koordinering, er eksempler på dette.

I forhold til strukturelle og effektiviserende endringer, skriver Molde at:

For å nå hovedmålet om at flest mulig skal få bo lengst mulig i eget hjem, og samtidig å utvikle tjenestene tilpasset kommunens økonomiske handlingsrom, med fokus på effektivitet, kvalitet, kompetanse, koordinering, innovasjon og forebygging er det helt nødvendig med endring i forhold til dagens struktur og arbeidsmetoder (Molde kommune 2013a, 29).

De tiltak som blir beskrevet i planen og som det står må utredes videre i handlingsplanperioden, er modell for innsatsstyrt finansiering av helse- og omsorgstjenester, helhetlig strategisk kompetanseplan for tjenestene, avsette arealer til utvidelse av omsorgsboligkapasiteten, og etableringer av bo-felleskap, samlokaliserte boliger og utredningsplasser (2013a, 37).

Den siste delen i Molde kommunes helse- og omsorgsplan handler om det økonomiske. Det beskrives at tiltakene som er anbefalt og utarbeidet i planen er gjort på grunnlag av de økonomiske rammene som er stilt til disposisjon for den gjeldende økonomiplan perioden.

Innsatsen må gjøres nå i en stabil demografisk periode. Det vil medføre økte kostnader i en overgangsfase, men hensikten er å oppnå effekt når tjenesteområdets utfordringer slår inn for fullt fra 2025 (Molde kommune 2013a, 37).

Så er det også et sentralt element at Moldes planperiode for helse- og omsorg er nokså kort. Mens Moss og Hamar kommune ser fremover i en 15-16 års periode, forholder Molde seg til halvparten. Det at planen varer over en 7 års periode tilsier at visse utfordringer ikke har blitt vektlagt i planen. De utfordringer som fremgår av

framskrivinger i et 20-30 års perspektiv vil gi et annet syn i en 7 års plan, enn i en mer langsiktig. At planperioden er såpass kort i forhold til de to andre kommunene blir videre diskutert senere i kapittelet.

Det er verdt å nevne at Molde kommunes helse- og omsorgstjenester er organisert i egne resultatenheter. De selvstendige virksomhetene har sine egne budsjetter og ressurser til rådighet. Molde kommune (2013, 4) skriver at det er behov for tiltak og utvikling i de enkelte enheter og på tvers av enhetene, spesielt relatert til *Samhandlingsreformen*.

4.3.3 Hamar

Hamar kommunes (2013) kommunedelplan for helse og omsorg 2014-2030 skal legge retningen for et langsiktig utviklingsarbeid innenfor tjenestene og inneholder satsningsområder fram mot 2030 og konkrete prioriteringer for perioden 2014-2017. Planen har som hovedmål: «Økt mestring for brukeren og tjenester av god kvalitet til de som trenger det» (Hamar kommune 2013, 2).

Det står innledningsvis i planen at «innovasjon og nytenkning er avgjørende for å sikre kvalitet og bærekraft i framtiden og for å lykkes med satsningene i planen» (Hamar kommune 2013, 2).

Slik det er gjennomgått i analysedel 2 fokuserer Hamar kommune på disse områdene for å demme opp for å møte morgendagens utfordringer:

- Frivillige og pårørende som ressurs
- Tidlig ute med tilpasset hjelp
- Kvalitet
- Tjenester der folk bor
- Tilgjengelighet
- Mestring og deltakelse
- Tjenester som virker sammen

Virkemidler som settes inn i satsningsområdene og for å nå disse delmålene er effektivisering, organisering, brukermedvirkning, innovasjon, kompetanse, velferdsteknologi, økonomi, organisasjonskultur og rekruttering.

Innenfor planens handlingsdel finner vi de konkrete tiltakene som er knyttet til satsningsområdene og målene i planen. De blir gjennomgått nedenfor.

Når det gjelder arbeidskraft og kompetanse er tiltakene som skal bidra til god arbeidskraft og kompetanse (Hamar kommune 2013, 61) innenfor Hamar kommunes helse- og omsorgstjenester, for det første å øke andelen heltidsstillinger i handlingsplanperioden (til 2030) til gjennomsnittsnivået for landet. Videre skal man redusere sykefravær, uførhet og tidlig pensjonering. Et tredje tiltak er å etablere kontakt med unge under utdanning med mål om framtidig rekruttering. Siste tiltak som blir presentert er at kommunen bør innføre strategisk kompetansestyring.

Innenfor innovasjon og teknologi skal det settes i gang tiltak om å videreføre et utviklingssenter for hjemmetjenesten og sykehjem. Det skal også utvikles et kompetanseprogram innenfor innovasjon og ledelse, og til sist fokuseres det på tiltak om å utarbeide og gjennomføre en handlingsplan for velferdsteknologi (Hamar kommune 2013, 61).

Hamar kommune skal ha en organisering som støtter opp under målene og gir effektiv drift. Hele organiseringen av helse- og omsorgsområdet i Hamar kommune skal vurderes, med spesielt fokus på rehabilitering, psykisk helse og rus (Hamar kommune 2013, 61).

Innen brukermedvirkning skal det utvikles rutiner som i større grad involverer ungdomsrådet, eldrerådet og rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne i utviklingen av helse- og omsorgstjenestene. Videre tiltak er å utvikle metoder for å ivareta brukermedvirkning fra grupper som har behov for særskilt tilrettelegging. Nest sist skal det tas i bruk verktøy for samhandling og bruker-evaluering av tjenestene. Sist, men ikke minst presenteres det tiltak om å videreutvikle et system for jevnlig brukerundersøkelser i helse- og omsorgstjenestene.

4.3.4 Hva fremmer og legger til rette for innovasjon i kommunen?

Hva er det kommunene kan gjøre for å fremme mulighetene for innovasjon? Hva er det i disse planene som vil føre til innovative løsninger? De drivkrefter og incentiver som ligger i grunn for innovasjon bør være i fokus for å skape de løsningene som kommunene ønsker å møte eldrebølgen og dens utfordringer med.

Dette understøttes av Helse- og omsorgsdepartementet (2013, 19) i *Morgendagens Omsorg*, som presiserer at nye løsninger må til for å takle og imøtekomme de utfordringene som kommunene står ovenfor. Det legges frem at ressursene må organiseres på en ulik måte enn i dag, men at det fortsatt i framtiden vil være de samme ressursene som i dag brukes. Innenfor innovasjonsfeltet og Joseph Schumpeter (1934), er en ny bruk av allerede eksisterende ressurser definert som en nyskaping. Ifølge denne teorien er det nyskaping som må til om en skal tenke annerledes og imøtekomme utsagnet om at morgendagens utfordringer innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester ikke kun er en økning i sengeplasser, hjemmetjeneste o.l. (dekningsgrader) for de eldre proporsjonalt med antallet. Ressursene som står i sentrum, ifølge *Morgendagens Omsorg* (Helse- og omsorgsdepartementet 2013), er:

- Frivillighet (i form av ideelle og frivillige organisasjoner)
- Brukere (som ressurser for seg selv og andre)
- Velferdsteknologi
- Lokalsamfunnets innbyggere

Medvirkning er et begrep som kan relateres til de ressursene *Morgendagens Omsorg* (Helse- og omsorgsdepartementet 2013) nevner. Høst (2005) viser til et medvirkningsperspektiv, hvor det sentrale er at organisasjonen må ses på helhetlig, ikke fragmentert. Utvikling av organisasjonen, mener Høst (2005) omfatter hele organisasjonen, og alle delene av den er gjensidig avhengige og samhandlende deler.

Under § 3-10 i helse- og omsorgstjenesteloven (2011) faller brukermidvirkning inn, og som beskrevet, i kapittelet «Rammeverk 3 – Lovverk og eierskap», omfatter denne paragrafen at brukere blir hørt og vektlegger frivillighet. Kombinerer man denne

paragrafen med at den nye eldregenerasjonen (og deres pårørende) vil ha høyere utdanning enn tidligere generasjoner, kan viktigheten av brukermedvirkning forventes å øke.

Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020 (Helse- og omsorgsdepartementet 2015a, 5), *Omsorg 2020*, beskriver at i omsorgssektoren skal det legges til rette for en langsiktig omstillingsprosess. Dette prosessen skal kunne sikre nyskaping og utvikling av løsninger.

Organisasjonsutvikling på denne måten kan fremme innovasjon ved at organisasjonen blir mer endringsvennlig, mer spesifikt at den går fra et mekanistisk til en organisk type organisasjon. Den organiske strukturen takler endringer lettere og bedre enn en mekanistisk type hvor strukturen er preget av rutiner og retningslinjer. Høst (2005) går så langt som å skrive at det er utenkelig å få til en effektiv organisasjonsendring i helse- og sosialsektoren fagbyråkratier uten et medvirkningsperspektiv. Selv om lederne i en organisasjon har et stort ansvar og mye makt, bør fortsatt hele organisasjonen være basert på likhet og demokrati. Et viktig punkt som Høst (2005) også tar opp er at endringsprosessene ofte påvirker både de formelle strukturene og kulturen innad i organisasjonen. Dermed er også kultur et punkt som må tas hensyn til når det gjelder endring.

Innenfor kompetanse er *Kompetanseløft 2020* (Helsedirektoratet 2017) relevant, og dens mål er å bidra til en faglig sterk tjeneste, og sikre at de kommunale helse- og omsorgstjenestene har tilstrekkelig og kompetent bemanning. Denne planen legger fram seks strategier for å fremme kompetanse:

- Sikre god rekruttering og stabil bemanning av helse- og sosialfaglig personell
- Sikre at grunn- og videreutdanningene har god kvalitet og er tilpasset hva tjenestene trenger
- Øke kompetansen hos de tilsatte med mål om styrket forskning, innovasjon og kunnskapsbasert praksis
- Legge til rette for tjenesteutvikling, teamsamarbeid og innovasjon
- Bidra til god praksis, faglig utvikling, større faglig bredde og kunnskapsspredning
- Bidra til bedre lederskap gjennom målrettet satsning på økt kompetanse for ledere

For å heve kompetansenivået blant ansatte og arbeide med innovative løsninger, er forskning et viktig element. I §8-3 i helse- og omsorgstjenesteloven (2011), som handler om forskning, står det «Kommunen skal medvirke til og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.» Så ifølge denne paragrafen skal kommunen legge til rette for forskning for tjenesten. Forskning og innovasjon kan gå sammen. For eksempel har Norges forskningsråd en ny satsning. Dette programmet heter FORKOMMUNE (Norges forskningsråd 2017) og «er et brukerstyrt innovasjonsprogram som skal utløse innovasjon i kommunesektoren». Som det står på forskningsrådets nettsider skal programmet bidra til:

- Konkrete innovasjoner og utvikling av nye løsninger
- Utvikling av kunnskapssystemet for læring og innovasjon i kommunene
- Kunnskap om betingelser for innovasjon i kommunene

Norges forskningsråd (2017)

Potensialer for å skape økonomiske verdier, som også er vektlagt i teorikapittelet tilsier at innovasjoner som igangsettes skal føre til økonomiske verdier, verdiskaping. Markedet for velferdsteknologi ekspanderer. Jo flere nye teknologiske løsninger som blir introdusert i sektoren jo større blir markedet. Tenker man på målgruppen for virksomheter som behøver velferdsteknologi, besitter de gjennomsnittlig over 30 prosent av kommuners budsjetter. Det er store kontrakter, mange muligheter og omfattende verdiskapingsmuligheter tilgjengelige i markedet. Slik sett er innovasjonsteori nært relatert, selv om det er offentlig sektor det drøftes om.

Mazzucatos (2014) fire krav for at innovasjonens økosystem skal leve, er relevant her for hva som kan fremme innovasjon. Som nevnt i teorikapittelet er risikovillig langsiktig kapital viktig. Det blir lagt vekt på av Mazzucato (2014) at staten bør spille en aktiv rolle. Det neste punktet gjelder kompetanse, og det å støtte spesifikke prosjekter for å heve eller koble kompetansen i sektoren. Politiske visjoner, som er det tredje kravet, blir belyst igjennom de mange stortingsmeldinger som er levert til regjeringen gjennom departementene. Dette kravet kan sies å være oppfylt. Det siste kravet, om at innovasjoner må føre til omfordeling av rikdom og legitimeres samfunnsmessig, kan kobles opp mot forrige punkt om politiske visjoner. For om det ikke er politisk støtte for de innovative løsningene, så er det logisk å tenke at det ikke er demokratisk støtte.

De tre case-kommunene i oppgaven har planer som gjelder for en viss tidsperiode. Den korteste, fra 2013 til 2022, som tilhører Molde kommune, gjør at kommunen bør være handlekraftig med sine løsninger for å nå de mål som planen legger til grunn. For at kommunen skal gjennomføre sine innovative tiltak bør kommunen stå fritt til å utvikle, innovere og legge til rette for at nye løsninger skal kunne implementeres.

En forutsetning for fornyelse og innovasjon i omsorgssektoren er kommunal handlefrihet til å utvikle fag, ledelse, ny teknologi og nye organisasjonsformer (Helse- og omsorgsdepartementet 2015a, 5)

For å oppsummere de elementene som kan fremme innovasjon for kommunene:

- Bruken av eksisterende og nye ressurser på nye måter
- Handlefrihet til nyskaping
- Utnytte kompetanse og kunnskap på måter som er til størst nytte for sektoren
- Ekspandere og utnytte ekspanderende marked og bruke medfølgende økonomisk vekst til økonomisk spredning
- Utvikling igjennom medvirkning og helhetlig perspektiv
- Staten som støttespiller
 - Aktiv aktør med økonomiske muskler for støtte til prosjekter og kompetanseheving
 - Politisk støtte og legitimering

4.3.5 Hva hemmer og bremser mulighetene for innovasjon i kommunen?

Når Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet 2009, 24) sier at utfordringene, som delvis er den demografiske utviklingen og endringer i sykdomsbildet, «vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne», bør man se på hvilke utfordringer spesifikt og deretter relevante løsninger på disse, som står sentralt. Endring av den nordiske velferdsmodellen og/eller trussel mot samfunnets bæreevne er alvorlige konsekvenser og vil kreve radikale innovative grep om det håndteres sent. Ved tidlig inngripen vil inkrementelle innovasjoner kunne være tilstrekkelig.

Det står i *Et nyskapende og bærekraftig Norge* (Nærings- og handelsdepartementet 2008, 45) at «det kan argumenteres for at kommunenes rammer ikke legger til rette for gode læringsarenaer eller organisatorisk fleksibilitet og handlefrihet, faktorer som er viktige for å fremme innovasjon». I regjeringens *Omsorg 2020* (Helse- og omsorgsdepartementet 2015a) står det i motsetning at kommunal handlefrihet til å utvikle fag, ledelse, ny teknologi og nye organisasjonsformer, er en forutsetning for fornyelse og innovasjon i omsorgssektoren.

For å være en innovativ aktør i markedet med sine virksomheter må kommunen disponere og bruke ressurser på innovasjon. Innovasjon i seg selv handler ofte om å prøve og feile. Det er ingen fasit på innovative løsninger. Men som Helse- og omsorgsdepartementet (2011) tar opp, har kommunene strenge krav når det kommer til styring av økonomien og forvaltning av midler. NOU 2011:11 (Helse- og omsorgsdepartementet 2011) skriver at det i hovedsak er skatteinntekter, statlige overføringer av frie inntekter og øremerkede midler som kommunene disponerer og har styring over. Og som Helse- og omsorgsdepartementet (2011, 45) igjen sier, at det gjerne er statens styring av de prioriterte politiske områder og satsninger som gjerne binder opp de kommunale midlene. Det er altså til en viss grad begrenset handlefrihet grunnet midler som er bundet opp. Kommunal handlefrihet kan også møte utfordringer i form av eksempelvis politisk motstand, trangt budsjett eller motstand fra ansatte. På den annen side, kan kommunen også øke sine inntekter på flere måter. For eksempel kan kommunen innføre eller øke eiendomsskatten. En annen måte å øke sine inntekter på er brukerbetalinger. Det kan innføres en egenandel på visse tjenester i helse- og omsorgstjenestene. På den måten kan kommunen redusere sine utgifter på visse områder.

Direktoratet for forvaltning og IKT utarbeidet en rapport på oppdrag fra Kommunal- og regionaldepartementet, og fant at det blir færre muligheter for lokale tilpasninger, lokalpolitiske prioriteringer og innovative løsninger på utfordringene (Difi 2020, sitert i Helse- og omsorgsdepartementet 2011, 44).

Et felt som er nevnt i de fleste rapporter som bør utnyttes i forhold til de fremtidige utfordringene er familie og pårørende. Familieomsorg blir trukket fram i *Morgendagens Omsorg* (Helse- og omsorgsdepartementet 2013), hvor de sier at omfanget av årsverk fra

familie og uformelt sosiale nettverk ikke øker i takt med omsorgsbehovet i befolkningen, og videre «at det er sannsynligvis urealistisk å påregne at den vil vokse i takt med veksten i omsorgsbehovet i årene som kommer» (Helse- og omsorgsdepartementet 2013, 43).

Andre aktører som frivillige, ideelle sektorer, brukerstyrte ordninger, samvirkeløsninger og næringslivet har blitt trukket fram i diverse stortingsmeldinger som viktige brikker i framtidig kommunal helse- og omsorg. Men allikevel ser man i disse at for eksempel en av framtid utfordringene som ble trukket frem av Helse- og omsorgsdepartementet (2006) er knapphet på frivillige omsorgsyttere og helse- og omsorgspersonell. Den kommunale helse- og omsorgssektoren i Norge er organisert på en slik måte at det ikke er livsnødvendig for familie å støtte opp om sine eldre. Å stille slike krav vil i så fall være drastiske endringer, og vil sannsynligvis kreve en omstrukturering av det norske arbeidsliv.

Ny teknologi og teknologiske løsninger er et sentralt element i mange av diskusjonene rundt tema. Men vil nyvinninger innenfor dette kreve ny kompetanse og ny arbeidskraft? For eksempel mangler Molde kommune (2013a, 66) kompetanse på alle nivå i organisasjonen når det kommer til velferdsteknologi. Videre i deres plan står det at det er et behov for å igangsette prosjekt for å sikre kompetanse på området, for å sikre at målet om at brukere skal klare seg lengre hjemme blir nådd (Molde kommune 2013a). Om en ser for seg et scenario som tilsier at det blir en stor økning i implementering av ny velferdsteknologi; vil det være sannsynlig at det er behov og nødvendig med en omfattende kompetanseheving i tillegg. Det er ikke bare velferdsteknologien i seg selv som vil påvirke sektoren og tjenestene. Så kostnaden ved at ansatte og brukere i sektoren må heve kompetansen ved innføringen og bruken av ny teknologi vil være relativt høy. Det må være opplæring av både ansatte og brukere, slik at investeringene bør redegjøres grundig for slik at alle variable-, mer- og alternativkostnader blir vurdert og inkludert. Man kan regne med at det kan være vanskelig for mange kommuner å finne midler i et trangt budsjett som tar en stor del av kommunebudsjettet for å finansiere innovasjon.

Innovasjon i privat sektor har hovedsakelig blitt drevet av konkurranse og viljen til å differensiere sin egen virksomhet fra andres. I offentlig sektor derimot må man ha andre drivkrefter bak viljen og kravet til å være innovatører. Spesifikt i forhold til kommunale helse- og omsorgstjenester vil man tro at drivkreftene bak å innovere, er utfordringene som i framtiden er sentrale. At man går inn i en ny tid med nye utfordringer som krever

endring. Men hva da med politiske prosesser og demokrati som blir tatt opp av Helse- og omsorgsdepartementet (2011, 44). Det pekes på at disse prosessene, både demokratiske og politiske legger press på kommunene til å tenke nytt. For eksempel kan meldinger til Stortinget via departementene legge føringer for hvordan kommunene bør gjøre sitt arbeid. I utredningens kapittel, *Innovasjon i offentlig sektor* (Helse- og omsorgsdepartementet 2011, 44), hevdes det at det er avgjørende med «evnen til å ta i bruk ny kunnskap». Dette styrker det at kompetanseheving er essensielt for det å innovere i kommunenes helse- og omsorgstjenester.

Risikoen og de økonomiske kreftene som bør ligge bak, kan i mange sammenhenger være risikable for kommunene å finansiere. Dermed kan det være forståelig at det kan være vanskelig å få gjennomslag for politiske vedtak, som for eksempel å investere store mengder i innovasjon i helse- og omsorgstjenestene. Om ikke kommunene vil ta slike risikable beslutninger eller om de ikke har mulighet til å gjøre det selv, så er staten alternativet for å finansiere innovasjonen. Om en kommune ikke har plass i sitt budsjett til å investere i innovative løsninger vil utfordringene kunne bli større og mer alvorlige. Reaktive håndteringer som radikale innovative løsninger vil potensielt være betydeligere kostbare, vanskeligere å få støtte til og mer kompliserte å implementere. Altså totalt sett vil de være mer risikable enn en tidligere proaktiv inngripen.

Det kommer fram i første paragraf i helse- og omsorgstjenesteloven (2011) at «Lovens formål er særlig å sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud, (...) og bidra til at ressursene utnyttes best mulig.» Er det forsvarlig å satse på innovative løsninger når ressursene skal utnyttes best mulig? Teorien har presentert at innovasjon krever testing og feiling med en viss grad av risiko. Hvordan vil langsiktige risikable investeringer sikre at ressursene utnyttes best mulig og at tjenestetilbudets kvalitet er god?

Det at staten kun vil være en tilrettelegger for at kommunene kan foreta seg innovative endringer, både organisatorisk og ressursmessig er i forhold til innovasjonsteorien ikke en god tilnærming. Som Mazzucato (2014) mener, bør staten være en delaktig aktør og samarbeidspartner, altså at den bør ta et større ansvar.

Morgendagens Omsorg (Helse- og omsorgsdepartementet 2013, 13) sier at «Staten skal bidra til at det lokale og regionale forsknings-, innovasjons- og utviklingsarbeidet får gode

rammebetingelser». Det kan da stilles spørsmål ved hvilken medvirkning staten regnes å ha; staten skal ikke være en aktiv samarbeidspartner i innovasjonsarbeidet? Hvordan skal kommunene selv stå ansvarlige for innovasjonsarbeid når det kreves at store ressurser blir tatt fra et budsjett som allerede opptar 30 prosent av kommunens totale budsjett?

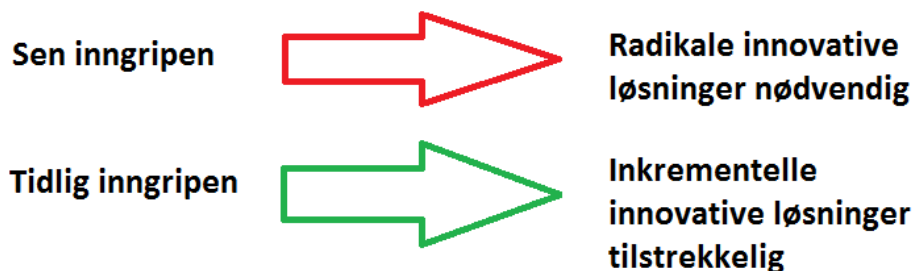
Mintzberg (1979) legger vekt på at byråkratiske strukturer er best i stabile omgivelser, altså vil strukturen være en hemmer for innovative endringer. Han fortsetter med at særlig fagbyråkratiske strukturer ikke er innovative og har vanskeligheter med å håndtere endring. Dette belyses videre, som nevnt i teorikapittelet, av Burns og Stalker (1961) hvor mekanistiske strukturer kan relateres til byråkrati. De foreslår at organisasjoner må igjennom en overgang fra mekanistisk til organisk struktur for å takle endringene som ligger i fremtiden (Burns og Stalker 1961).

Baserer man seg på at kommunale helse- og omsorgstjenester er strukturert på en mekanistisk måte kan man basert på Mintzbergs (1979) argumenter si at det må en endring til for å gå over til en organisk struktur. Lam (Fagerberg, Mowery og Nelson 2005) legger vekt på at Burns og Stalkers modell er høyst relevant for vår forståelse av moderne utfordringer (som eldrebølgen) som mange organisasjoner står ovenfor i deres forsøk på å gå fra en mekanistisk til en organisk måte å organisere på.



Jo eldre og større organisasjonen blir, desto lenger inn i vekstfasen er man. Muligheten for at organisasjonen ikke takler krisen vil gjøre at den ikke går over i en ny fase, og den vil faktisk ikke overleve. Sett i oppgavens perspektiv passer Greiners (1988) fem faser og Jacobsens (2012) livssyklus teorier om endring godt. Den massive helse- og omsorgssektoren er omfattende, både i alder og størrelse, som gjør at den er godt inn i sin livssyklus. Eldrebølgen som kommer, kan kalles denne tids krise for sektoren. Fra byråkratiseringskrisen (Greiner 1988) vil organisasjonen gå over i samarbeidsfasen, og det vil utvikles organisasjonsstrukturer som Mintzberg (1979) kaller matrisestrukturer. Matrisestrukturer er gjerne benyttet i større sammenhenger der bruken av ressurser og oppgaver krysses – og strukturen kjennetegnes av divisjoner og avdelinger.

Det er også et tidsaspekt i forhold til endringene som bør gjøres i sektoren og tjenestene. Det at kommunene forholder seg til planer som gjelder en viss tidsperiode gjør at visse elementer kan være vanskelige å gjennomføre grunnet tidspress.



Men hva betyr det praktisk talt og hvor store forskjeller er det mellom disse to alternativene? Ved å bruke det teoretiske grunnlaget som presentert i kapittel to om innovasjonsteori kan disse spørsmålene belyses. Det er klart at en tidlig inngripen vil virke proaktivt, i forhold til en reaktiv, sen inngripen. Ingen inngripen bør ikke være et alternativ i forhold til de utfordringer som kommer. Hva med å gjennomføre radikale endringer i en tidlig inngripen for å gjennomføre store omstillinger på kort tid, det vil også kunne være en mulighet under de riktige forholdene og med gode forutsetninger. Riktige forhold og gode forutsetninger vil kreve at det er tilstrekkelige ressurser til disposisjon.

Molde kommunes syv-års planperiode betyr at arbeidskraft og økonomiske ressurser er knyttet opp til en periode på syv år. Ved langsiktige investeringer kan dette medbringe begrensninger. Motsetningsvis har Moss og Hamar kommune, 15 og 16 års planperioder som vil stille et lenger handlingsrom til disposisjon. På en annen side er det også ulemper med at Moss og Hamar kommune binder seg opp til en plan som varer i en lang tidsperiode. Utviklingen innenfor teknologier og innovasjon er svært rask og endres stadig. Så man kan si at Molde vil kunne utnytte sin korte planperiode med å tilpasse seg utviklingen innenfor disse områdene. Planene som er vedtatt i Moss og Hamar kommune vil mot slutten av sine planperioder sannsynligvis være utdaterte på visse områder som for eksempel velferdsteknologi og IT-systemer.

I en så stor tjenestedel som de kommunale helse- og omsorgstjenestene kan de økonomiske kreftene og investeringene som bør ligge bak, være risikable. Hvordan skal politiske

vedtak, som å investere store mengder i innovasjon i helse- og omsorgstjenestene, få støtte? Om ikke kommunene vil ta slike risikable beslutninger eller om de ikke har mulighet til å gjøre det selv, så må jo staten inn for å finansiere? Om en kommune ikke har plass i sitt budsjett til å investere i innovative løsninger vil utfordringene kun bli større og mer alvorlige. Reaktive håndteringer som radikale innovative løsninger vil potensielt være dyrere, vanskeligere å få støtte til, mer kompliserte å implementere og totalt være mer risikable enn en tidligere inngripen. På en annen side er mindre inkrementelle innovative steg og investeringer en mer realistisk mulighet.

Det kan konkluderes med at det flere ting som hemmer innovasjonen i kommunene:

- Begrenset handlingsfrihet – igjennom lovverk og eierskap
- Lite fleksibilitet – byråkratiske og mekaniske strukturer
- Knappe ressurser – økonomi og arbeidskraft
- Svak endringsvilje (politisk og kulturelt)
- Knapphet på frivillighet
- Manglende kompetanse

Man kan også konkludere med at:

- Staten er i for liten grad involvert i innovasjon i kommunale helse- og omsorgstjenester sett fra teorien til Mazzucato sitt synspunkt
- Langsiktig risikovillig kapital er savnet i innovasjonsarbeidet
- Utfordringer må håndteres, hvis ikke kan det ha konsekvenser for samfunnet

De utfordringer som blitt presentert i oppgaven viser hva kommunene står ovenfor. Det er argumentert igjennom stortingsmeldinger og andre dokumenter, for at det kan ventes omfattende endringer i befolkningssammensetningen og brukergruppene innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten som gjør at det er nødvendig med store endringer og innovative løsninger i løpet av få tiår.

Flere av tiltakene som kommunene retter seg mot er gjerne etterlikning av hva de nasjonale myndighetene sier og legger til rette for. På den andre side står det videre i *Innovasjon i omsorg* (Helse- og omsorgsdepartementet 2011) at kommunene kan ha vanskeligheter med å være fleksible nok til å endre seg.

Som tabell 10 i oppsummeringen av analysedel 2 viser, har Molde kommune få konkrete planer for de områdene som er vurdert. De eneste områder de viser handlingstiltak for er relatert til arbeidskraft og kompetanse. Hamar kommune derimot har mer konkrete planer ved alle områdene som ligger i tabell 10. Moss kommune ender mellom de to andre kommunene med vage planer for de fleste områdene utenom organisering og brukermedvirkning hvor det er lite å vise til.

Det er et forsiktig ønske med oppgaven å generalisere for store kommuner, mer spesifikt er det kommunene i KOSTRA-gruppe 13. De utfordringer som er gitt i analyse 4.1 gjelder i grove trekk for alle kommuner i Norge og landet som helhet. Dette ikke bare innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene, men også mange andre områder. Sentraliteten av de enkelte KG13 kommunene vil være ulike i forhold til hverandre. Visse kommuner vil være mer eller mindre sentrale i forhold til de største byene enn andre.

Det blir vanskelig å si sikkert at konklusjoner eller slutninger trukket fra de tre utvalgte kommunene kan generaliseres for alle KOSTRA-gruppe 13 kommunene. Men visse trekk kan sammenliknes og pekes på når det kommer til grupperingen innen denne gruppen kommuner. Ved at de er store befolkningsmessig og har en viss økonomisk ramme, vil utfordringene som kommunene står ovenfor vise mange likhetstegn. Den nye eldregenerasjonen med sine nye egenskaper er felles for alle KG13 kommuner, slik at mulighetene til å utnytte gruppens egenskaper gjelder alle. Et sentralt element som gjelder populasjonen er vanskelighetene med å foreta langsiktige, risikable investeringer i sitt innovasjonsarbeid. De kommunale helse- og omsorgstjenestene opptar en stor del av det totale budsjettet for de aller fleste kommuner, så argumentasjonen innenfor dette området kan sies å gjelde for KG13 generelt.

Det kan generaliseres for KG13 kommunene at utnyttelse og kompetanseheving innenfor velferdsteknologien er essensielt. Slik teknologi utvikles stadig og vil mest sannsynlig kun i økende grad bli implementert i kommunenes helse- og omsorgstjenester. Derfor er det viktig at kommunene lærer av hverandre i sine prøvinger og feilinger i bruken av de nye teknologiene.

5.0 Konklusjon

For å konkludere vil det kort bli gått igjennom de funn som er gjort i løpet av diskusjonen. Flere av de konkrete tiltakene som de tre kommunene gjennomgår i deres planer går på utvidelse av plasser og økning av dekningsgrad. Det er forståelig at om det er behov for flere plasser så bør det utvides. Men utfordringene som ligger framfor kommunene blir ikke håndtert og møtt med kun en økning av dekningsgrad. Dette blir også understøttet av Helse- og omsorgsdepartementet (2011). I hvilken grad det er mulig å få politisk støtte til å få vedtatt store langsiktige og potensielt risikable investeringer, og effekten mindre inkrementelle innovative steg vil utgjøre, blir to syn på løsningsalternativer. Av de mange tiltak som kommunene inkluderer i sine planer, er utvidelse av plasser kostbart. Man kan se en viss tendens ved at det ikke legges inn store ressurser i innovasjonsarbeidet. Nye innovative løsninger blir ikke prioritert, og de områder som det fokuseres på og legges inn tunge ressurser på, bidrar ikke til en nytenkende utvikling. Det kan i lys av dette argumenteres for at staten bør sterkere inn for å bevilge ressurser til kompetanseheving, prosjekter og innovasjonsarbeid. Forskning og utvikling, frivillige aktører og offentlig-privat samarbeid bør settes i fokus som sentrale elementer i det å skape innovative løsninger for de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Det er veldig forståelig at kommunen må kunne dekke de plasser det er behov for i årene som kommer. Om kommunen på bakgrunn av prognoser forventer at det må bli en høyere dekningsgrad i sine tjenester; til en viss grad proporsjonelt med økningen i antall eldre, er det vanskelig å ikke prioritere dette. Som kommuneadministrasjon eller politiker er det åpenbart at de trusler som kommunen står overfor innen en kort tidsperiode blir håndtert i første omgang. Langsiktige, kostbare og risikable investeringer til innovative løsninger som i starten beror på prøving og feiling, er et grep som vanskelig lar seg gjøre med det første. Da vil det tilsi at staten må inn i en mer aktiv rolle i forhold til dette.

Men det finnes alternative innovative løsninger som ikke er knyttet til kostbare og risikable prosjekter. Frivillighet - enten om det er i form av lokale innbyggere eller ideelle organisasjoner er en ressurs som samfunnet ikke kan greie seg uten. Et enda større samarbeid kan i fremtiden være mulig. Med en eldregenerasjon som blir eldre og større i de nærmeste tiår, vil det også være en vekst av eldre pårørende og mange av eldre vil ha

god helse. Det er av kommunene få konkrete tiltak som relateres til hvordan å opprettholde eller forbedre samarbeid med frivillige aktører. Som tidligere nevnt er det vanskelig å forutsi hvordan frivilligheten enten vil stige med økningen av antall eldre eller om den vil synke. Slik sett er det mange områder innenfor sektoren hvor prognoser er uvisse og vanskelige å beregne. Usikkerhet rundt dette gir problemer med å igangsette konkrete tiltak. Det er i tillegg umulig å forutsi hvor stor del frivilligheten vil utgjøre i arbeidet i helse- og omsorgstjenestene.

I et finansielt perspektiv er det sentralt å diskutere verdiskaping, investering og budsjett. Verdiskaping i samfunnet er et punkt som blir tatt opp i flere stortingsmeldinger og rapporter. Sysselsetting, ekspanderende marked og skatteinntekter er sentralt i et finansielt perspektiv. Økning i sysselsetting innenfor helse- og omsorgssektoren vil føre til økning i skatteinntekter. En større sektor med nye behov for eksisterende og nye produkter, tjenester og prosesser vil føre til et voksende marked. Markedet for ny velferdsteknologi vil i de kommende år mest sannsynlig se en markant ekspansjon. Økonomisk vekst i samfunnet grunnet sektorendringer er et spennende område for videre forskning.

Molde kommunes planperiode er kort. Hamar og Moss kommune har planer over en lengre tidsperiode. Det er både positive og negative sider ved alle tre. Molde kan tilpasse seg lettere og raskere grunnet en kortere planperiode, men på annen side vil det påvirke mulighetene for langsiktige investeringer i sektoren. Moss og Hamar kommune kan risikere at sine planer blir utdaterte innen en viss tidsperiode, og kan dermed risikere at sine planer binder opp ressurser som kan utnyttes bedre på andre områder innenfor planens periode. Det er ikke mulig å forutsi hvilke endringer eller muligheter som vil forekomme i velferdsteknologi, frivillighet eller andre løsninger som gjør at snarlige valg bør tas i kommunestyringen.

De nye eldregenerasjonene som til sammen vil utgjøre eldrebølgen, er svært ulik den generasjonen vi ser i dag og de siste tiår. Den nye generasjonen vil ha høyere utdanning, sterkere økonomi og bedre helse. Grunnlaget vil slik sett være annerledes enn i dag. Man vil i større grad kunne utnytte brukervedvirkning i form av at den nye eldregenerasjonen vil ha bedre kompetanse innen teknologi og IT. Den sterkere økonomien vil gjøre det enklere å bo lenger i eget hjem som følge av skreddersydde løsninger og finansiering av nye teknologiske løsninger. Disse faktorene kombinert med at de unge eldre mest

sannsynlig vil bli syk på et senere tidspunkt enn i dag, gjør at den nye eldregenerasjonen vil utgjøre en helt ny brikke i samfunnet som helhet.

Sysselsetting og kompetanse vil for de utvalgte kommunene kunne bli en utfordring. Som tidligere nevnt i forhold til behovet for arbeidskraft og sysselsetting ble det presentert at man i økende grad må ansatte ufaglærte. Dette går imot flere av målene om kompetanseheving og fagutvikling. Samarbeid med utdanningsinstitusjoner kan være en mulighet i det å heve kompetansenivået av de ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Samarbeid kan også hjelpe med å sikre seg arbeidskraft i kommende år tidlig i fremtidige ansattes utdanningsløp. Det virker essensielt at ansatte får kompetanse innenfor spesielt velferdsteknologi for å utnytte de muligheter kommunene har til å effektivisere og forbedre kvaliteten på sine tjenester.

For kommunene på sine overordnede nivåer i administrasjon og politisk styring vil forfatter legge vekt på viktigheten av et langtidsperspektiv. Nasjonale og kommunale satsningsområder bør fokusere på inkrementelle innovative omorganiseringer med viten om at ingen vet hvordan framtiden vil se ut. I tillegg bør det støttes opp for kompetanseheving innen velferdsteknologi slik at forutsetningene er gode for de muligheter som vil kunne oppstå i utviklingen. Samarbeid på tvers av virksomheter, også i sektoren generelt utover egen kommune bør utforskes for muligheter. Det vanskelig å stå alene i arbeidet med innovasjon og den prøvingen og feilingen det er behov for. Et bredere samarbeid på tvers av kommunegrensene og med private aktører kan gi kommunene større spillerom både ressursmessig og kreativt sett.

Som *Samhandlingsformen* (Helse- og omsorgsdepartementet 2009, 24) stadfester, hvis det ikke settes inn tiltak, vil utviklingen bli en trussel mot samfunnets bæreevne, både med hensyn til tilgang på arbeidskraft og for samfunnsøkonomien. Man kan forestille seg et samfunn hvor distriktene mister sine yrkesaktive til de store byene. Og framskrivingene viser også at de eldre blir boende. Hvilke insentiver og løsninger må til for å beholde arbeidskraften der det trengs? Det legges til grunn at man skal være lengst mulig i eget hjem, men hvordan skal det bli gjennomførbart om arbeidskraften forlater områdene i distrikts-Norge og flytter til de største byene? Skal man øke skattene betydelig eller endre hele den norske velferdsmodellen? Vil de med en høy inntekt/pensjon skaffe seg et mye

bedre tilbud enn de med lavere? Skal man skape sosiale ulikheter i tjenestetilbudet til en gruppe med eldre brukere som blir en større del av samfunnet i de kommende ti-år?

Utflytting er ikke en trussel for store kommuner i forhold til tidsperspektivet oppgaven har sett på. Derimot i mindre sentrale kommuner burde utflytting og sysselsetting være et tema som bør tas alvorlig. Dette er også et område som fortjener videre studier.

Hva er tidsperspektivet for denne utviklingen? For eksempel i Molde kommune, ifølge dem selv, finnes det ingen kompetanse på velferdsteknologi. Moss kommune gir få tiltak eller anbefalinger på noen innovative løsninger på utfordringene. Når vi ser på de tre case-kommunene og hvor alvorlig de tar utfordringene, spesielt sett i lys av befolkningsprognosene, finnes det få konkrete tiltak på utfordringene. Det virker godt forståelig på grunn av det økonomiske perspektivet. Om man tar i bruk Mariana Mazzucatos (2014) teorier om hva som skal til for å utvikle og legge til rette for innovasjon, skal det ganske mye til.

Hva skjer da når kommunene velger å ikke foreta seg risikable, langsiktige og store investeringer for å innovere? Vil det da føre til at investeringene tas først når det er for sent eller når merkostnaden har økt grunnet inflasjon? Er det en jo tidligere, jo bedre-strategi som er det ansvarlige og fornuftige, eller vil man at andre kommuner skal gå i fronten for prøving og feiling i innovasjonsarbeidet slik at risikoen synker? Og er organisasjonen endrings- og innovasjonsvillig i forhold til organisering og omstilling; hva er utgangspunktet for en mekanistisk, politisk og byråkratisk strukturert helse- og omsorgstjeneste? Disse tema er interessante og fortjener dypere forskning.

Referanseliste

Arena: Ny Omsorg. 2016. Lest: 12.03.2017. <http://www.arenanyomsorg.no/>

Bakli, Oddbjørn, Kalleberg, Anne K., og Tormod Rødsten. 2001. *Effektivisering i statlig ressursbruk*. Oslo: Direktoratet for forvaltningsutvikling.

<https://www.difi.no/sites/difino/files/n2001-3.pdf>

Burns, T. og Stalker, G. M.. 1961. *The Management of Innovation*. London: Tavistock.

Direktoratet for e-helse. 2017. "Velferdsteknologi". Lest: 11.05.2017.

<https://ehelse.no/velferdsteknologi>

Direktoratet for e-helse. 2017a. «Kvalitetsindikatorer for kommunale helse- og omsorgstjenester». Lest: 11.05.2017.

<https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-pleie-og-omsorg>

Fagerberg, Jan., Mowery, David C., og Richard R. Nelson. 2005. *The Oxford Handbook of Innovation*. Oxford: Oxford University Press.

Finansdepartementet. 2015. *Produktivitet- grunnlag for vekst og velferd*. NOU 2015:1.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/ef2418d9076e4423ab5908689da67700/no/pdfs/nou201520150001000dddpdfs.pdf>

Finansdepartementet. 2017. *Perspektivmeldingen 2017*. Mld. St. 29 (2016-2017)

https://www.regjeringen.no/no/tema/okonomi-og-budsjett/norsk_okonomi/perspektivmeldingen-2017/id2484715/

Fylkesmannen i Møre og Romsdal. 2013. *Kommunebilde utdrag/kortversjon: Molde kommune. Eit grunnlagsdokument for dialog mellom Molde kommune og Fylkesmannen i Møre og Romsdal*.

<https://www.fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMMR/Kommunal%20styring/Kommunebilde/Kommunebilde%20-%20Molde%20kommune%20-%2028.02.2013.pdf>

Grønmo, Sigmund. 2004. *Samfunnsvitenskapelige metoder*. 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

Hamar kommune. 2010. *Kommuneplan 2010-2022: Samfunnsdel*.

https://www.hamar.kommune.no/getfile.php/Bilder/Hamar/Artikkelbilder/Organisasjonen/R%C3%A5dmann%20og%20staber/HK_komPlan_9_for_godkjenning.pdf

Hamar kommune. 2013. *Kommunedelplan for helse og omsorg 2014-2030*.

<https://www.hamar.kommune.no/getfile.php/Bilder/Hamar/Artikkelbilder/Organisasjonen/R%C3%A5dmann%20og%20staber/helse%20og%20omsorg%20-%20vedtatt%20KS%2027.11.2013%20Kommunedelplan%20krympet%20ver%207.pdf>

Hamar kommune. 2016. *Planstrategi for Hamar kommune 2016-2019*.

<https://www.hamar.kommune.no/getfile.php/Bilder/Hamar/Artikkelbilder/Organisasjonen/R%C3%A5dmann%20og%20staber/Planstrategi%20for%20Hamar%20kommune%202016%20-%202019%20-%20vedtatt%20KS%2028-09-2016.pdf>

Hamar kommune. 2017a. «Organisasjonen Hamar kommune». Lest. 18.03.2017.

https://www.hamar.kommune.no/hamar/www/site/service_og_tjenester/organisasjon/

Hamar kommune. 2017b. «Politisk organisering i Hamar kommune». Lest: 19.03.2017.

<https://www.hamar.kommune.no/category907.html>

Helsedirektoratet. 2010. *Rammeverk for et kvalitetsindikatorsystem i helsetjenesten: Primær- og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/14/Rammeverk-for-et-kvalitetsindikatorsystem-i-helsetjenesten-primer-og-spesialisthelsetjenesten-IS-1878.pdf>

Helsedirektoratet. 2016. «Helserelaterte problemstillinger i samfunnsøkonomiske analyser». Lest 17.02.2017: <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samfunnsokonomiske-analyser/helserelaterte-problemstillinger-i-samfunnsokonomiske-analyser>

<https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samfunnsokonomiske-analyser/helserelaterte-problemstillinger-i-samfunnsokonomiske-analyser>

Helsedirektoratet. 2017. *Kompetanseløft 2020*.

https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1349/IS-2560_Kompetansel%C3%B8ft%202020_Oppg%C3%A5ver%20og%20tiltak%20for%20budsjett%C3%A5ret%202017.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. 2006. *Mestring, muligheter og mening: Framtidas omsorgsutfordringer*. Mld. St. 25 (2005-2006)

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-25-2005-2006-/id200879/>

Helse- og omsorgsdepartementet. 2009. *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Mld. St. 47 (2008-2009)

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. 2011. *Innovasjon i omsorg*. NOU 2011:11

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-11/id646812/>

Helse- og omsorgsdepartementet. 2013. *Morgendagens omsorg*. Mld. St. 29 (2012-2013)

<https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. 2015a. *Omsorg 2020: Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*.

https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2f9cb7/omsorg_2020.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. 2015b. *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Mld. St. 26 (2014-2015)

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>

Helse- og omsorgsdepartementet. 2017. «Omsorgstjenesten». Lest: 01.05.2017:

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/omsorgstjenesten/id426407/>

Helse- og omsorgsdepartementet. 2017a. «Kommunale helse- og omsorgstjenester». Lest: 04.05.2017. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/id10903/>

Helse- og omsorgstjenesteloven. 2011. *Lov av 26. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Høst, Tor. 2005. *Ledelse i helse- og sosialsektoren*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

InnoMed. 2017. «Om InnoMed». Lest: 23.03.2017. <http://innomed.no/om-innomed>

Jacobsen, Dag Ingvar. 2012. *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. 2. utg. Bergen: Fagbokutvalget.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet. 2017. «Finansiering av sektoren samlet, herunder øremerking, innlemming med mer». Lest 01.05.2017: <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommuneokonomi/finansiering-av-sektoren-samlet-herunder/id552048/>

Mazzucato, Mariana. 2014. *The Entrepreneurial State: Debunking Public vs. Private Sector Myths*. New York: Anthem Press.

Mintzberg, Henry. 1979. *The Structuring of Organizations: A Synthesis of the Research*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall

Molde kommune. 2013a. *Helse- og omsorgsplan for Molde kommune 2013-2020: Lengst mulig i eget hjem*. <https://www.molde.kommune.no/getfile.php/2524858.2125.wcdwwexdra/Helse-+og+omsorgsplan+for+Molde+kommune+2013-2020.pdf>

Molde kommune. 2013b. *Kommuneplanens samfunnsdel Molde kommune 2013-2022*. <http://www.molde.kommune.no/getfile.php/2336268.2125.eevctdfwvt/kommuneplanens+samfunnsdel+2013-2022.pdf>

Molde kommune. 2013c. *Kommuneplanens samfunnsdel Molde kommune 2013-2022: Utfordringsdokument.*

<http://www.molde.kommune.no/getfile.php/2342446.2125.dccryuqxqx/kommuneplanens+samfunnsdel+2013+-2022.+Utfordringsdokument.pdf>

Moss kommune. 2015a. *Omsorgsplan 2015-2030: Del 1 – utviklingsplan.*

http://www.moss.kommune.no/f/i2c9db425-91e4-4bfd-bcf2-ab4f99d2479b/omsorgsplan_2015-2030_del1_utvikling.pdf

Moss kommune. 2015b. *Omsorgsplan 2015-2030: Del 2 – bakgrunnsinformasjon.*

http://www.moss.kommune.no/f/id4e0b908-3e44-4595-bedf-b6f3ab076d54/omsorgsplan_2015-2030_del2_bakgrunn.pdf

Moss kommune. 2016. *Handlingsplan 2017-2020: Rådmannens forslag 11.05.16.*

<http://www.moss.kommune.no/f/i02c914da-4324-423b-bade-2efa4feb3ade/Handlingsplan%202017-2020,%20%C3%A5dmannens%20forslag.pdf>

Moss kommune. 2017. «Politisk organisering». Lest: 07.04.2017.

<http://www.moss.kommune.no/kommunen-var/organisasjon/politisk-organisering/>

Norges forskningsråd. 2012. *Innovasjon i offentlig sektor: Policy for Forskningsrådets arbeid.* Oslo: Norges forskningsråd.

<http://www.forskningsradet.no/servlet/Satellite/?SSURIdpptype=BlobServer&blobkey=id&SSURIdcontainer=Default&blobwhere=1274505809726&SSURIdsession=false&blobheader=Content-type%3A+application%2Fpdf&ssbinary=true&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=attachment%3B+filename%3D%229788212031562.pdf%22&SSURIdcontext=Satellite+Server&blobcol=urldata&blobtable=MungoBlobs#satellitefragment>

Norges forskningsråd. 2017. «Forskning og innovasjon i kommunesektoren (FORKOMMUNE)». Lest: 24.05.2017.

<http://www.forskningsradet.no/no/Utlysning/FORKOMMUNE/1254025690919>

Nærings- og handelsdepartementet. 2008. *Et nyskapende og bærekraftig Norge*. Mld. St. 7 (2008-2009) <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-7-2008-2009-/id538010/>

Plan- og bygningsloven. 1985. *Lov av 14. juni 1985 nr. 77 om Plan- og bygningsloven – plbl.* <https://lovdata.no/dokument/NLO/lov/1985-06-14-77>

Schumpeter, Joseph A. 1934. *The Theory of Economic Development: An Inquiry into Profits, Capital, Credit, Interest, and the Business Cycle*. Harvard: Harvard Economic Studies.

Statistisk sentralbyrå. 2000. *Helse, vedtatte reformer og sysselsettingsbehov i kommunene fram mot 2040*. Økonomiske analyser 9/2000.

https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/oa_200009/madsen.pdf

Statistiske sentralbyrå. 2006. *Arbeidskraftbehov i pleie- og omsorgssektoren mot år 2050*. Økonomiske analyser 4/2006.

https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/oa_200604/langset.pdf

Statistisk sentralbyrå. 2007. «Botilbud innenfor pleie- og omsorgstjenester». Lest: 17.03.2017. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/botilbud-innenfor-pleie-og-omsorgstjenester>

Statistisk sentralbyrå. 2015. *Befolkning, sysselsetting og utdanning*.

https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/_attachment/221178?ts=14c2bce32e0

Statistisk sentralbyrå. 2015a. *Gruppering av kommuner etter folkemengde og økonomiske rammebetingelser 2013*. Rapporter 2015/19. http://www.ssb.no/offentlig-sektor/artikler-og-publikasjoner/_attachment/225199?ts=14ce4c230d0

Statistisk sentralbyrå. 2016a. *Behovet for arbeidskraft og omsorgsboliger i pleie- og omsorgssektoren mot 2060*. Rapporter 2016/20. https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/268324?ts=1551149bc88

Statistisk sentralbyrå. 2016b. «Pleie- og omsorgstenester, 2015». Lest: 14.03.2017.

<https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie/aar/2016-06-29#content>

Statistisk sentralbyrå. 2016c. «Helse- og sosialpersonell». Lest: 24.03.2017.

<https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/hesospers>

Statistisk sentralbyrå. 2016d. «Befolkningsframskrivinger i kommunene på kart». Lest:

04.04.2017. <https://www.ssb.no/befolkning/befolkningsframskrivinger-i-kommunene-pa-kart>

Statistisk sentralbyrå. 2016e. «Kommuneregnskap, 2015, reviderte tall». Lest: 17.02.2017:

<https://www.ssb.no/offentlig-sektor/statistikker/kommregnko>

Statistisk sentralbyrå. 2016f. «Befolkningsframskrivinger, 2016-2100». Lest: 09.03.2017.

<https://www.ssb.no/folkfram>

Statistisk sentralbyrå. 2016g. «Sysselsette i kommunal sektor, 2015, 4. kvartal». Lest:

11.05.2017. <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/komregsys/aar/2016-06-15>

Statistisk sentralbyrå. 2016h. *Befolkningsframskrivinger 2016-2100: Dødelighet og levealder. Økonomiske analyser 3/2016*. https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/270394?_ts=1556d689778

Statistisk sentralbyrå. 2017a. «Nøkkeltall for helse». Lest: 13.04.2017.

<https://www.ssb.no/helse/nokkeltall/helse>

Statistisk sentralbyrå. 2017b. «Sysselsette i kommunal sektor, 2016, 4. kvartal». Lest:

11.04.2017.

<https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/komregsys>

Statistisk sentralbyrå. 2017c. «Statistikkbanken». Lest: 02.05.2017.

<https://www.ssb.no/statistikkbanken>

Statistisk sentralbyrå. 2017d. «Kvalitet i statistikken». Lest: 07.05.2017.

<https://www.ssb.no/omssb/om-oss/vaar-virksomhet/kvalitet-i-statistikken>

Statistisk sentralbyrå. 2017e. «Kommunefakta». Lest: 21.04.2017.

<http://www.ssb.no/kommunefakta>

Statistisk sentralbyrå. 2017f. «Nøkkeltall for befolkning». Lest: 01.03.2017.

<https://www.ssb.no/befolkning/nokkeltall/befolkning>

Statistisk sentralbyrå 2017g. «Standard for sentralitet». Lest: 13.05.2017.

<https://www.ssb.no/klasse/#!/klassifikasjoner/128/versjon/468/korrespondanser/139>