

BY- OG REGIONFORSKNINGSINSTITUTTET NIBR

Leve hele livet i kommunene

Hilde Hatleskog Zeiner, Maria Amundsen, Therese Dokken, Evelyn Dyb, Mari Brekke Holden, Lars Chr. Monkerud, Ingeborg Rasmussen og Marit Ekne Ruud

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET



Hilde Hatleskog Zeiner, Maria Amundsen, Therese Dokken,
Evelyn Dyb, Mari Brekke Holden, Lars Chr. Monkerud,
Ingeborg Rasmussen og Marit Ekne Ruud

Leve hele livet i kommunene

NIBR-rapport 2022:1

Andre publikasjoner fra NIBR:

NIBR-rapport 2020:26

Samarbeid mellom pårørende og helse- og omsorgstjenesten

NIBR-rapport 2020:18

Evaluering av opptrappingsplan mot vold og overgrep

Publikasjonene
kan skrives ut fra
<https://www.oslomet.no/om/nibr/publikasjoner>

Tittel: Leve hele livet i kommunene

Forfatter: Hilde Hatleskog Zeiner, Maria Amundsen, Therese Dokken, Evelyn Dyb, Mari Brekke Holden, Lars Chr. Monkerud, Ingeborg Rasmussen og Marit Ekne Ruud

NIBR-rapport: 2022:1

ISSN: 1502-9794
ISBN: 978-82-8309-360-5

Prosjektnummer: 201413

Prosjektnavn: «Leve hele livet» - følge- og resultatevaluering

Oppdragsgiver: Helsedirektoratet

Prosjektleder: Hilde Hatleskog Zeiner

Sammendrag: Rapporten undersøker hvordan kommunene forstår, vurderer og arbeider med Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre. Analysene er strukturert rundt fire hovedspørsmål: 1. Hvordan forstår og vurderer kommunene Leve hele livet? 2. Hvordan arbeider kommunene med Leve hele livet? 3. Hvordan er arbeidet organisert? 4. Hvordan opplever kommunene støtten fra det regionale støtteapparatet, og er det regionale støtteapparatet rettet inn mot kommunenes behov? Spørsmålene diskuteres og besvares ved bruk av data fra tre delundersøkelser: En spørreundersøkelse til norske kommuner, en kartlegging av saksframlegg, vedtak og planer i samtlige kommuner i tre fylker, samt en casestudie av seks kommuner i tre fylker.

Dato: Januar 2022

Antall sider: 117

Utgiver: By- og regionforskningsinstituttet NIBR
OsloMet - storbyuniversitetet
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO
Telefon: (+47) 67 23 50 00
E-post: post-nibr@oslomet.no
Vår hjemmeside: <http://www.oslomet.no/nibr>

© NIBR 2022

Forord

Rapporten er andre delrapport fra Evalueringen av *Leve hele livet* – en kvalitetsreform for eldre som Storbyuniversitetet OsloMet gjennomfører i samarbeid med Vista Analyse. Opprinnelig skulle rapporten være del av en mer omfattende underveisrapport, som også omhandlet støtteapparatets arbeid med *Leve hele livet*. Som følge av koronapandemien ble det besluttet å sette datainnsamlingen i kommunene på vent, mens funn fra intervjuer med støtteapparatene ble samlet i den første delrapporten *Kvalitetsreform, samfunnsreform eller begge deler? Støtteapparatets forståelse og vurdering av «Leve hele livet»*. Høsten 2021 gjenopptok vi datainnsamlingen i kommunene. I perioden september 2021 til januar 2022 har vi gjenopptatt og avsluttet en spørreundersøkelse til kommunene, innsamling av kommunale vedtak og planer, samt intervjuer med et utvalg støtteapparat og kommuner. Denne rapporten oppsummerer hovedfunn fra disse undersøkelsen, og gir et innblikk i hvordan kommunene arbeider med og forstår *Leve hele livet*. Vi vil takke informantene i kommuner og regionale støtteapparat for bidraget til denne rapporten, og vår oppdragsgiver Helsedirektoratet for et godt samarbeid.

Oslo, januar 2022

Erik Henningsen
Forskningssjef

Innhold

Forord	1
Tabelloversikt	3
Figuroversikt	4
Sammendrag	5
Summary	9
1 Innledning.....	11
1.1 Evalueringsdesign.....	12
2 Resultater fra spørreundersøkelsen	18
2.1 Generelt om helse- og omsorgstjenesten.....	20
2.2 Kommunenes arbeid med <i>Leve hele livet</i>	25
2.3 Kommunenes bruk av støtteapparatet i reformen <i>Leve hele livet</i>	31
2.4 Oppsummering.....	33
3 Kommunale vedtak og planer	35
3.1 <i>Leve hele livet</i> i det kommunale planverket.....	35
3.2 Kommunenes organisering av arbeidet	42
3.3 Innholdsanalyse av saksfremlegg.....	48
3.4 Oppsummering.....	55
4 Arbeidet i de regionale støtteapparatene.....	57
4.1 Organisering og arbeid i det regionale støtteapparatet	57
4.2 Vridning mot mer vekt på samfunnsdelen	59
5 Arbeidet i kommunene	61
5.1 Oversikt over kommunene	61
5.2 Kommunenes opplevelse av sin situasjon.....	64
5.3 Kommunenes arbeid med <i>Leve hele livet</i>	68
5.4 Samskaping og samproduksjon.....	76
5.5 Oppsummering av casekommunenes erfaringer.....	79
6 Sammenfatning og diskusjon.....	81
6.1 Kommunenes forståelse av <i>Leve hele livet</i>	81
6.2 Kommunenes organisering av arbeidet	84
6.3 Kommunenes arbeid med <i>Leve hele livet</i>	86
6.4 Støtteapparatet og kommunene	87
6.5 Noen tanker om veien videre	88
Litteraturliste	90
Vedlegg 1.....	95
Vedlegg 2.....	111

Tabelloversikt

Tabell 3.1:	Kommunekarakteristika i utvalget (N=106) og i kommune-Norge (N=356).....	19
Tabell 3.2:	Kommuner i utvalget (N=106) og i kommune-Norge (N=356). Etter fylke.....	19
Tabell 3.3:	Ulike endringsfokus i Leve hele livet (spm. 29). Faktoranalyse. N=94.....	27
Tabell 3.4:	Ulike fokus på deltagende områder/enheter/tjenester i Leve hele livet (spm. 30). Faktoranalyse. N=88.....	28
Tabell 3.5:	Ulike fokus på deltagende eksterne aktører i Leve hele livet (spm. 33). Faktoranalyse. N=85.....	30
Tabell 4.1:	Gjennomsnittlig framskrevet forsørgerbrøk for eldre i kommunene i 2020 og 2050.....	40
Tabell 6.1:	Oversikt over casekommunene (Innbyggertall i parentes).	61

Figuroversikt

Figur 2.1:	Programteori.....	12
Figur 2.2:	Tidsplan og aktiviteter i Leve hele livet	13
Figur 3.1:	Utsagn som beskriver kommunens arbeid med helse- og omsorgstjenestene (spm. 1). N=97-98.	20
Figur 3.2:	Tiltak som kommunen har vedtatt/gjennomført (spm. 2). N=96-100.....	21
Figur 3.3:	Kjennskap til innsatsområder i Leve hele livet (spm. 4). N=100-101.	21
Figur 3.4:	Innføring av ulike aldersvennlige tiltak (spm. 5). N=98-101.	22
Figur 3.5:	Innføring av ulike tiltak for aktivitet og fellesskap for eldre (spm. 10). N=98-101....	22
Figur 3.6:	Innføring av ulike tiltak for gode opplevelser rundt måltider og forebygging/ reduksjon av underernæring blant eldre (spm. 14). N=100-102.....	23
Figur 3.7:	Innføring av ulike tiltak for hverdagsmestring blant eldre med funksjonssvikt/sykdom (spm. 18). N=98-102.	23
Figur 3.8:	Innføring av ulike tiltak for å sikre sammenheng i tjenestene og støtte til pårørende (spm. 22). N=98-101.	24
Figur 3.9:	Kommunens vurdering av det samlede tilbudet til eldre (spm. 26). N=100.....	25
Figur 3.10:	Endringer og/eller nye tiltak som følge av deltagelse i Leve hele livet (spm. 29). N=96-99.....	26
Figur 3.11:	Områder/enheter/tjenester som deltar i gjennomføringen av Leve hele livet (spm. 30). N=69-97.	28
Figur 3.12:	Eksterne aktører som deltar i gjennomføringen av Leve hele livet (spm. 33). N=69-95.....	29
Figur 3.13:	Påstander om reformen Leve hele livet (spm. 35). N=96-98.....	30
Figur 3.14:	Kommuneansattes deltagelse i ulike arrangementer (spm. 36). N=96.	31
Figur 3.15:	Ulike behov for støtte i iverksettingen av reformen Leve hele livet (spm. 38). N=88-98.....	32
Figur 3.16:	Opplevelse av tilbud om støtte fra det regionale støtteapparatet (spm. 39). N=83-91.....	32
Figur 3.17:	Behov og tilbud om støtte fra det regionale støtteapparatet (spm. 38 og 39). N=80-91.....	33
Figur 4.1:	Oversikt over hvor stor andel av kommunene som har vedtatt Leve hele livet (N=110).	36
Figur 4.2:	Oversikt over hvor stor andel av kommunene som nevner Leve hele livet i sin planstrategi (N=93).....	36
Figur 4.3:	Oversikt over hvor stor andel av kommunene som nevner Leve hele livet i økonomiplanen (N=90).....	37
Figur 4.4:	Oversikt over hvor stor andel av kommunene som nevner Leve hele livet i samfunnsdelen (N=102).....	38
Figur 4.5:	Oversikt over hvor stor andel av kommunene som nevner Leve hele livet i arealdelen (N=91).	38
Figur 4.6:	Andel kommuner som har viser til at Leve hele livet skal inn i delplan for helse og omsorg og/eller kommuneplanens samfunnsdel. Prosent. (N=91).	39
Figur 4.7:	Oversikt over hvor stor andel av kommunene som nevner Leve hele livet i en annen aktuell delplan (N=35).	39
Figur 4.8:	Oversikt over hvor stor andel av kommunene som har vedtatt Leve hele livet, etter grad av aldring i kommunen i 2020 (N=110).	41
Figur 4.9:	Oversikt over hvor stor andel av kommunene som har vedtatt Leve hele livet, etter grad av aldring i kommunen i 2050 (N=110).	41

Sammendrag

Underveisrapporten handler om kommunenes arbeid med *Leve hele livet*, og er strukturert rundt fire hovedspørsmål:

1. Hvordan forstår og vurderer kommunene *Leve hele livet*?
2. Hvordan arbeider kommunene med *Leve hele livet*?
3. Hvordan er arbeidet organisert?
4. Hvordan opplever kommunene støtten fra det regionale støtteapparatet, og er det regionale støtteapparatet rettet inn mot kommunenes behov?

Rapporten er basert på datamateriale som i hovedsak er samlet inn høsten 2021 og vinteren 2022. Prosjektteamet har kartlagt kommunale vedtak, saksframlegg og planer i tre fylker, og undersøkt om og hvordan de omtaler *Leve hele livet*. Videre har vi gjennomført intervjuer med støtteapparatet og seks kommuner i tre fylker. Til sist, har vi gjennomført en spørreundersøkelse til samtlige norske kommuner. Invitasjon til å delta i spørreundersøkelse ble først sendt ut i oktober 2020, men ble satt på vent som følge av smitteoppblomstring og nedstengning samme høst, og gjenopptatt høsten 2021.

Stortingsmeldingen *Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre* gir kommunene et stort handlingsrom i utforming og implementering av *Leve hele livet* lokalt. Dette kommer til uttrykk ved at kommunene i utgangspunktet står fritt til å velge om de vil følge reformarbeidet, samt at de kommunene som fatter vedtak om å følge reformarbeidet har stort rom for å velge *hvordan* arbeidet skal gjennomføres. I spørreundersøkelsen svarer nesten 98 prosent at de har planer om å gjennomføre *Leve hele livet*, men bare halvparten at de har fattet et vedtak om det. Kartleggingen av kommunale vedtak viser en lignende tendens. Om lag en tredjedel av kommunene i utvalget har vedtatt en plan for *Leve hele livet*, mens 16 prosent har fattet et vedtak om å utarbeide en handlingsplan. Til sammen har noe under halvparten av kommunene fattet et vedtak knyttet til *Leve hele livet*.

Kommunenes forståelse av Leve hele livet

Det eksisterer to distinkte tilnærminger til *Leve hele livet* i kommunene: *Leve hele livet* som samfunnsreform og *Leve hele livet* som sektorreform. Som samfunnsreform involverer *Leve hele livet* områder som samferdsel, kultur, plan og folkehelse. Som sektorreform involverer *Leve hele livet* helse- og omsorgstjenestene og folkehelse. Spørreundersøkelsen tyder på at kommunene organiserer arbeidet sitt rundt minst et av disse to perspektivene, men det er heller ikke uvanlig at kommunene arbeider ut fra begge perspektivene. Samtidig bærer kommunenes saksframlegg og vedtak preg av større presisjonsnivå i omtalen av tiltak innenfor helse- og omsorgssektoren, mens ambisjonene knyttet til aldersvennlige lokalsamfunn ofte er mindre konkrete. Intervjuene i casekommunene tegner et lignende bilde. Flere av informantene er opptatt av de samfunnsmessige konsekvensene av aldring, og betydningen av tverrfaglig samarbeid, men beskriver at det er utfordrende å få det til i praksis. Samlet sett finner vi at *Leve hele livet* i kommunene først og fremst bærer preg av å være en bredt anlagt sektorreform, som i tillegg til endringsarbeid i tjenestene også inkluderer bredere samfunnspektiv knyttet til folkehelse og bærekraft.

Hvordan arbeider kommunene med Leve hele livet?

Selv om flere av kommunene forventer at *Leve hele livet* vil ha betydning for organisering, personell og budsjett, er det enda flere som rapporterer at de forventer større endringer i samarbeid internt i kommunen eller med eksterne aktører. I dokumentanalysen og i intervjuene med casekommunene, ser vi at kommunene er opptatt av samskaping med frivillige organisasjoner og næringsliv. Samarbeid med næringsliv handler i særlig grad om samarbeid med utbyggere for å sikre en hensiktsmessig boligmasse, men også samarbeid med andre næringer som for eksempel

transportnæringen, for å bidra til mer mobilitet blant eldre innbyggere, eller restauranter og kaféer, for å skape hyggelige aktiviteter og møteplasser, nevnes i saksframlegg og intervjuer. I intervjuene beskriver flere informanter at de har et godt samarbeid med frivilligheten, særlig knyttet til kulturelle og sosiale aktiviteter. Informantene forteller også om ulike initiativ rettet direkte mot kommunens innbyggere over 65 år. Samproduksjon, forstått som samarbeid mellom ansatte i tjenestene og brukere og deres pårørende, er et tema som er mye oppe i kommunenes saksframlegg, men som er mindre fremtredende i intervjuene. Personsentrert omsorg er kanskje det tiltaket som går igjen i flest kommuner. Som omsorgsfilosofi handler om personsentrert omsorg om å se pasienten eller brukerens behov og ressurser, og om å betrakte dem som aktive brukere heller enn passive mottakere. I vårt datamateriale finner vi imidlertid at kommunene også setter aktiv omsorg og samproduksjon inn i en større ramme, hvor målet ikke bare er å identifisere behov og krav i en konkret omsorgsrelasjon, men også diskutere krav og forventinger til kommunens fremtidige tjenestetilbud.

Som styringsideologi handler samskaping om å inkorporere kompleksitet i beslutningsprosessen, gjennom å åpne for flere stemmer og dermed også flere krav, ønsker og forventninger. Vi finner at kommunene er grunnleggende positive til dette styringsidealet, men at de samtidig er opptatt av utfordringene med styring gjennom samskaping. Den mest konkrete utfordringen kommunene rapporterer i arbeidet med *Leve hele livet* er covid-19 med tilhørende restriksjoner. Flere peker på at koronarestriksjoner og en generell frykt for smitte har gjort det vanskelig å gjennomføre planlagte medvirkningsprosessesser. Andre utfordringer er av mer prinsipiell karakter. Det handler blant annet om grensene for kommunenes ansvar, og en uro for at mer formalisert samarbeid med sivilsamfunnsaktører kan skape økte forventninger til hva kommunen kan og bør håndtere, og dermed være mer en belastning enn en avlastning. Videre handler det om mer generelle endringer i frivilligheten; en opplevelse av at innbyggerne er mindre villige til å delta i frivillig innsats. Til sist handler det om kommunens behov for systemer og kvalitetssikring. Samlet sett tyder disse betenkningene på at kommunene, tross stor velvilje, har et stykke å gå før de knekker samskapingskoden.

Hvordan er arbeidet organisert?

Sammen med det forsterkede plankravet som følger av budsjettproposisjonen for 2021, legger Stortingsmeldingen noen tydelige føringer for hvordan kommunene skal organisere arbeidet med *Leve hele livet*. Tydeligst av disse er kravet om et politisk vedtak, og det er derfor ikke overraskende at om lag halvparten av respondentene i spørreundersøkelsen svarer at deltakelse i *Leve hele livet* vil innebære styrket politisk forankring. I dokumentstudien finner vi tre modeller for hvordan denne forankringen er tenkt: Den første modellen innebærer at kommunestyret involveres i arbeidets oppstart og avslutning. Den andre modellen innebærer at kommunestyret, i tillegg til involvering ved oppstart og avslutning, involveres ved behov underveis i arbeidet for å ta stilling til spørsmål av prinsipiell karakter eller tiltak som utløser behov for finansiering. Den tredje modellen legger opp til mer omfattende og kontinuerlig involvering, særlig av elderråd og/eller hovedutvalg for helse og omsorg. Ikke alle saksframleggene tar opp spørsmålet om politisk forankring, og vi har heller ikke gjort forsøk på å kvantifisere kommunenes oppslutning om de tre modellene. Fra spørreundersøkelsen vet vi imidlertid at over 80 prosent av kommunene ser for seg at elderrådet skal involveres i stor eller svært stor grad.

Politisk forankring handler blant annet om hvordan helse- og omsorgstjenester skal organiseres, fordeles og prioriteres. I vårt datamateriale ser vi to ulike forståelser av hvordan tjenestene kan og bør fordeles. For det første en forståelse av politikk som distribusjon, som legger til grunn at helse- og omsorgstjenestene bør fordeles etter behov uten hensyn til kostnader eller begrensede ressurser. For det andre, politikk som redistribusjon, som innebærer at goder og byrder omfordeles mellom ulike grupper i samfunnet på en slik måte at vinnere og tapere kan identifiseres. Flere oppfatter imidlertid at kommunen på et eller annet tidspunkt ikke vil ha mulighet til å fordele helse- og omsorgstjenester uten hensyn til kostnader, slik at også kommuner som i dag primært distribuerer helse- og omsorgstjenester ser for seg en overgang til politikk som redistribusjon.

Prioriteringer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er blitt kalt fremtidens viktigste diskusjon, men kommunene opplever at de får lite drahjelp fra nasjonale myndigheter generelt og støtteapparatet spesielt. Forventningen om at eldre skal ta større ansvar for egen alderdom og at flere skal bo hjemme lenger kan forstås som en begrensning av rettigheter. Informanter i kommunene opplever imidlertid at dette aspektet er lite fremme i nasjonale myndigheters kommunikasjon om bærekraft og fremtidens helse- og omsorgstjenester, og at kommunens innbyggere derfor får en opplevelse av at det handler om kommunens økonomistyring heller enn velferdsstatens bærekraft.

Når det gjelder forankring i kommuneadministrasjonen, tyder våre data på at helse- og omsorgssektoren sammen med folkehelse er de to områdene i kommunene som i størst grad er involvert i arbeidet med reformen. I de kommunale vedtakene ser vi tre modeller for organisering av arbeidet. For det første at arbeidet ledes av kommunedirektøren, for det andre at det ledes av kommunalsjef for helse- og omsorg, og for det tredje at det ledes av folkehelsekoordinator eller saksbehandler innenfor helse- og omsorgssektoren. Vi har ikke gjort forsøk på å telle hvor ofte de ulike modellen forekommer, men inntrykket er at arbeidet kun unntaksvis ledes av kommunedirektøren. Kommunestørrelse synes å ha en viss betydning for om kommunene avsetter ekstra ressurser til oppfølging av *Leve hele livet*, og særlig de minste kommunene oppgir at ressursituasjonen og vansker med å rekruttere personell medfører at *Leve hele livet* må håndteres med de personellressurser kommunen allerede har.

Både betydningen av tverrfaglig samarbeid og samordning – og barrierene for slikt samarbeid og samordning – er velkjente. Her vil vi nøye oss med å peke på at casekommunenes opplevelse av at det, tross gode intensjoner, er vanskelig å få til et godt samarbeid mellom ulike enheter i kommunen kan henge sammen med måten de har valgt å organisere *Leve hele livet* på. Som enkelte av informantene i casestudien peker på, krever en felles og samordnet innsats både at det settes av tilstrekkelige ressurser til slikt samarbeid og at arbeidet forankres i kommunens administrative ledelse. Når ansvaret for fremdrift, beslutninger og samarbeid legges til en enkelt medarbeider, blir samarbeidet særlig sårbart. I enkelte av casekommunene kommer dette til uttrykk ved at kunnskap ikke videreføres ved utskiftninger i personalgruppen. Når ildsjelen forsvinner ut av organisasjonen forsvinner også viktig kunnskap om kommunens arbeid. Samlinger i regi av det regionale støtteapparatet kunne vært en anledning til å sikre en bredere forankring, og dermed også bedre samordning, i kommunene, men heller ikke her er kommunens administrative ledelse nødvendigvis representert. Mot denne bakgrunn kunne det være hensiktsmessig om de regionale støtteapparatene i større grad hadde tilstedeværelse i eksisterende interkommunale samarbeidsfora hvor kommunedirektører og kommunalsjefer ofte møter.

Hvordan opplever kommunene støtten fra det regionale støtteapparatet, og er det regionale støtteapparatet rettet inn mot kommunenes behov?

Vi har spurt kommunene hvorvidt de har deltatt på ulike aktiviteter i regi av det regionale støtteapparatet, og hvordan de vurderer støtteapparatets aktiviteter og støttemateriell. Vi finner at et stort flertall av kommunene har deltatt på dialogmøter og webinarer, og at om lag halvparten har deltatt i ulike læringsnettverk i regi av støtteapparatet. Når det gjelder læringsnettverk og erfaringsutvikling finner vi også at støtteapparatets tilbud svarer godt til kommunens forventninger og behov. Det kommunene først og fremst etterlyser er bedre økonomiske støtteordninger og mer informasjon rettet mot innbyggerne. For å ta det siste først, handler ønsket om mer informasjonsmateriell i stor grad om at kommunene etterlyser mer drahjelp fra nasjonale myndigheter i spørsmål om innbyggernes personlige ansvar for å planlegge for egen alderdom. Når det gjelder økonomiske rammevilkår handler dette både om at enkelte kommuner etterlyser midler til en prosjektstilling for gjennomføring av *Leve hele livet*, men også kanskje om mer treffsikre tilskuddsordninger. Særlig de regionale støtteapparatene er opptatt av at tilskuddene i liten grad treffer de bredere samfunns- og bærekraftsaspektene ved *Leve hele livet*, og at også plankravet skaper utfordringer for tilskuddsforvaltningen.

I intervjuene med casekommunene kommer det fram at flere av informantene ikke kjenner til støtteapparatet eller dets arbeid. På spørsmål om hvilken nytte kommunene har hatt av støtteapparatet, er det flere som synes å forveksle det regionale støtteapparatet med andre regionale eller interkommunale samarbeidsfora. Kjennskap til støtteapparatet henger naturlig nok sammen med deltakelse i støtteapparatets ulike aktiviteter, og deltakelse synes ofte å være begrenset til den eller de kommuneansatte som har fått ansvar for å gjennomføre reformen lokalt. En tydelig tilbakemelding fra kommunene er at de regionale støtteapparatene i større grad bør koble seg på allerede eksisterende nettverk og samarbeid, ikke minst fordi dette er arenaer hvor kommunens politiske og administrative ledelse ofte er til stede.

Summary

The report examines the implementation of 'A full life – all your life. A quality reform for the elderly' in Norwegian municipalities. It is structured around four questions:

1. How do municipalities understand and assess the reform?
2. How do they implement or plan to implement the reform?
3. How is their work organized?
4. How do the municipalities assess the work of the regional support apparatus?

Data was primarily collected in the autumn of 2021 and the winter of 2022, and the material consists of political decisions and plans in 112 municipalities in three Norwegian counties, interviews with the regional support apparatus and six municipalities in three counties, as well as a survey to all Norwegian municipalities.

The White Paper "A full life – all your life" give municipalities considerable leeway in in the design and implementation of the reform. In the survey, almost 98 per cent state an intention to participate and 50 per cent has adopted a plan for the reform. Similarly, the mapping of municipal plans and decisions indicate that a third of the municipalities have adopted a plan for the implementation of the reform, while 16 per cent have decided to adopt such a plan.

The municipalities' understanding and assessment of the reform

Two distinct understandings of the reform can be discerned in the data: A reform of society and a sectoral reform. As a reform of society, the reform involves areas such as transportation, culture, planning and public health. As a sector reform, it involves municipal health and care services and public health. The survey indicates that the municipalities organize their work around at least one of these perspectives, but it is also common that both perspectives are represented. At the same time, we find that discussions of measures within the health and case sector are characterized by a greater level of precision than discussions of the age-friendly society. While the informants are concerned about the societal consequences of ageing and interdisciplinarity, they find it difficult to pursue in practice.

Implementation of the reform

Although the municipalities expect that the reform will have implications for organizations, personnel, and municipal budgets, they assume that the implications for cooperation within the municipality and with external actors will be more important. Recurrent topics in the document analysis as well as in interviews are co-creation with voluntary organizations and the business community, and co-production with patients and users. As management ideologies, both co-creation and co-production is about incorporating complexity in the decision-making process. We find that, while inherently positive to the idea of co-creation and co-production, the municipalities also draw attention to the challenges of co-creation. Some of the concerns are related to the difficulties of organizing participatory processes during a pandemic. Other objections or concerns are of a more principled nature and relate to the boundaries between personal and public responsibility, general changes in volunteering and the health and care services' need for systems of quality control. Overall, these concerns indicate that the municipalities, despite a general goodwill, have some ground to cover before they unlock the full potential of co-creation.

Organization of the work

The White Paper stipulates that the municipal councils must adopt local plans for the reform must. In the survey, half of the respondents consider that the implementation of the reform will both require and result in more extensive political involvement in formulation and follow-up of health and care policy. We found three models for involving local councilors in the reform. The first model entails involvement of the municipal council at the beginning and end of the reform period. The

second entails that the council should be involved in questions of principle throughout the reform period. The third model calls for more comprehensive and continuous involvement, especially of the Council for Senior Citizens and the Committee for Health and Care. As to the question of political priorities, we find that the municipalities differ in their view of whether health and care services are or ought to be distributed or redistributed. However, also in municipalities that treat health and care policies as distributive, several of the informants envisage a transition to policy as redistribution. While important for the sustainability of both health and care services and the welfare state, the municipalities find that they receive little support from national authorities in making priorities, rendering communication with the citizens about local priorities more difficult.

Regarding the local administrations, we find that the health and care sector and public health are the areas most involved in implementation of the reform. Only exceptionally is the work coordinated by the deputy mayor. In most municipalities it is either the director of health and care services, the public health coordinator, or a case officer that coordinates implementation. The less involved top management is, the more difficult it is for the municipalities to ensure coordination and cooperation between the different municipal sectors. Against this background, the regional support apparatus could consider having a greater presence in intermunicipal co-operation forums where deputy mayors and directors often meet.

Assessment of support apparatus

A large majority of the municipalities have participated in dialogue meetings and webinars organized by the regional support apparatus, and about half of the municipalities have participated in learning networks. The municipalities also report that the activities correspond with their needs. However, the municipalities are calling for better financial support schemes and more direct information from national authorities to the citizens. In particular, the municipalities would like national authorities to take greater responsibility for communicating citizens' responsibility to plan for old age. The interviews uncover that many of the informants have little knowledge of the regional support apparatus. The feedback is that the regional support apparatus should be present in already existing intermunicipal networks, not least because these are arenas where the support networks can engage with the political and administrative leadership of the municipalities.

1 Innledning

Rapporten undersøker hvordan kommunene forstår og vurderer *Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre*. *Leve hele livet* skal være en «annerledes reform» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Utgangspunktet for reformen er en forståelse av at kommunene har utviklet gode løsninger, men at disse blir tatt i bruk av for få kommuner og for tilfeldig. *Leve hele livet* legger ikke opp til tiltak som vil endre ansvarfordelingen mellom stat og kommune, og pålegger ikke kommunene nye oppgaver. I stedet inviterer den kommunene til å beskrive «hvordan reformens løsninger kan innføres» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, p. 7), og derigjennom bidra til spredning og implementering av gode og innovative løsninger. Det legges videre til grunn at de foreslåtte løsningene kan «bidra til bedre og mer effektive tjenester og et mindre omfattende tjenestebehov hos de eldre på sikt» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, p. 12). I tillegg til bedre tjenester her og nå, har *Leve hele livet* dermed som mål å bidra til mer bærekraftige helse- og omsorgstjenester, tilpasset en situasjon hvor andelen eldre i befolkningen øker og hvor behovet for helse- og omsorgstjenester også vil øke (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018; Rogne & Syse, 2017). Et nasjonalt og regionalt støtteapparat skal veilede og bistå kommunene i dette arbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, p. 7).

En tidligere rapport har sett på hvordan det nasjonale og regionale støtteapparatet forstår *Leve hele livet*, og hvordan støtteapparatet bidrar til å gi form og legitimitet til arbeidet med *Leve hele livet* (Zeiner et al., 2021). Her vil vi se på kommunenes arbeid med *Leve hele livet*, og forsøke å besvare fire hovedspørsmål:

1. Hvordan forstår og vurderer kommunene *Leve hele livet*?
2. Hvordan arbeider kommunene med *Leve hele livet*?
3. Hvordan er arbeidet organisert?
4. Hvordan opplever kommunene støtten fra det regionale støtteapparatet, og er det regionale støtteapparatet rettet inn mot kommunenes behov?

Gjennom å besvare disse spørsmålene vil vi både gi innsyn i «beslutninger, planer og endringer», og skape et grunnlag for eventuelt å «justere kurs og virkemiddelbruk» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

Stortingsmeldingen gir kommunene et stort handlingsrom i utforming og implementering av *Leve hele livet* lokalt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Dette kommer til uttrykk ved at kommunene i utgangspunktet står fritt til å velge *om* de vil delta i *Leve hele livet*, samt at de kommunene som velger å delta har stort rom for å velge *hvordan* de vil delta. Samtidig presiserer Stortingsmeldingen at: «Kommuner som omstiller seg i tråd med reformen, vil bli prioritert innenfor relevante eksisterende og eventuelle nye øremerkede ordninger» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, p. 12).

Helse- og omsorgsdepartementets budsjettproposisjon for 2021 presiserer at det dreier som et «plankrav» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, p. 201):

- Innen utgangen av 2021 skal kommunene ha vedtatt en plan for gjennomføringen av *Leve hele livet* eller beskrive en prosess for hvordan og når de skal vedta en slik plan.
- Planen skal beskrive hvordan *Leve hele livet* skal gjennomføres lokalt, og skal være vedtatt av kommunestyret.
- Kommunene skal synliggjøre hvordan de vil inkorporere *Leve hele livet* i kommuneplanens samfunnsdel.
- Kommunen må dokumentere planlagt eller gjennomført deltakelse i regionale nettverk

Plankravets betydning for kommunenes arbeid ligger utenfor rammen av denne evalueringen. Vi vil likevel undersøke om kommunene har vedtatt planer for *Leve hele livet*, hva planene sier om kommunenes arbeid, og hvorvidt og hvordan kommunene kobler *Leve hele livet* til planverket.

Underveisrapporten er basert på tre delundersøkelser: En spørreundersøkelse som er sendt ut til samtlige norske kommuner, innsamling av saksframlegg, vedtak og planer i samtlige kommuner i tre fylker, samt en casestudie bestående av intervjuer med regionalt støtteapparat i tre fylker og intervjuer med politisk og administrativ ledelse, samt aktuelle saksbehandlere, i seks kommuner. Funn fra delundersøkelsene blir presentert hver for seg, etterfulgt av et kapittel som sammenfatter funnene i en mer overordnet analyse. Vi starter imidlertid med en presentasjon av evalueringens design.

1.1 Evalueringsdesign

Stortingsmeldingen legger opp til at *Leve hele livet* skal følge- og resultatevalueres (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, p. 11). I en resultatevaluering vil det være naturlig å undersøke hvorvidt og hvordan *Leve hele livet* har bidratt til måloppnåelse. I denne underveisrapporten er hensikten imidlertid å følge kommunenes arbeid med reformen, blant annet for å kunne gi grunnlag for å vurdere eventuelle justeringer i innretning og virkemiddelbruk. En slik følgeevaluering vil ikke gi grunnlag for å vurdere reell eller sannsynlig måloppnåelse, men vil si noe om hvorvidt og i hvilken grad kommunene etterlever de krav og forventinger som ligger i *Leve hele livet* som program.

I dette kapitlet vil vi presentere datakildene som ligger til grunn for våre analyser. Fordi evalueringen gjennomføres som en programevaluering vil vi imidlertid starte med en presentasjon av programteori som evalueringsmetode og *Leve hele livet* som program.

1.1.1 Programteorien

En programteori er et analytisk redskap for å vurdere forholdet mellom mål, virkemidler, tiltak og resultater. Det handler om de forventninger og forklaringer om årsakssammenhenger som vi kan utlede av en bestemt reform eller policy (Weiss, 1998). Forventningene må verken være generaliserbare eller korrekte, men de må knytte input til ønsket etter forventet output (Smith & Larimer, 2017). Programteorien kan blant annet brukes til å forklare hvorfor en reform eller policy ikke fører til ønsket utfall. Skyldes det feil i implementeringen av programmet eller hviler programmet på feil forutsetninger? Figur 2.1 gir en visuell fremstilling av elementene i en programteori.

Figur 1.1: Programteori

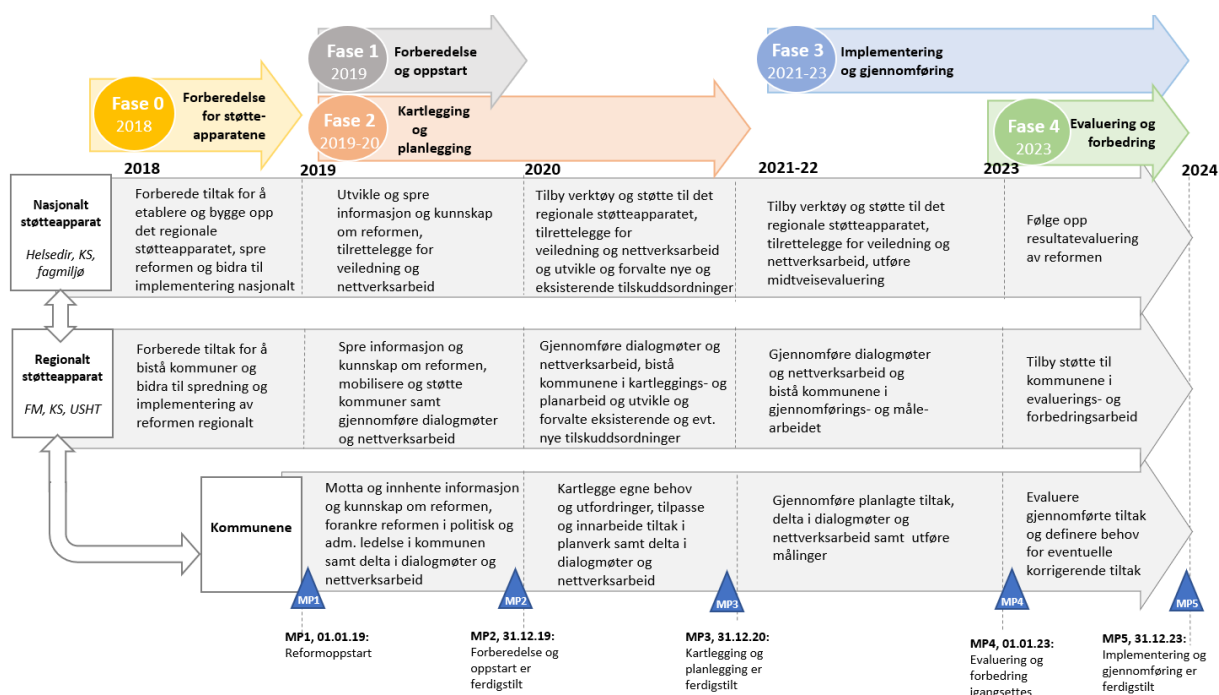


1.1.2 *Leve hele livet* som programteori

Målet med *Leve hele livet* er å sikre «at eldre kan mestre livet lenger og ha en trygg, aktiv og verdig alderdom» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, p. 201). Når det gjelder virkemidler, kan vi skille mellom statlige og kommunale virkemidler. På lokalt nivå er kommunal planlegging det viktigste virkemiddelet. Kommunene skal ta stilling til hvordan *Leve hele livet* kan utføres og gjennomføres lokalt og deretter innarbeide *Leve hele livet* «i sitt planverk og sette reformen ut i

livet» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, p. 168). På regionalt og nasjonalt nivå er det reformens støtteapparat som er det sentrale virkemiddelet. Støtteapparatet «skal veilede og bistå kommunene med å planlegge, utforme og gjennomføre reformen lokalt» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, p. 7). I løpet av reformperioden skal kommunene og støtteapparatet gjennomføre ulike aktiviteter og tiltak. Støtteapparatet skal arrangere lærings- og nettverkssamlinger, dialogmøter og bidra med støtemateriell til kommunene. Kommunene skal delta på aktiviteter i regi av støtteapparatet, fatte vedtak i kommunestyret om gjennomføring av *Leve hele livet*, gjennomføre medvirkningsprosesser, og gjennomføre og evaluere tiltak på *Leve hele livets* fem innsatsområder: et aldersvennlig Norge, aktivitet og fellesskap, mat og måltider, helsehjelp og sammenheng i tjenestene. Figur 2.2. gir en visuell fremstilling av aktivitetene.

Figur 1.2: Tidsplan og aktiviteter i *Leve hele livet*



Kilde: *Leve hele livet* – en kvalitetsreform for eldre, Meld. St. 15 (2017-2018) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018b)

Forventet resultat er knyttet til virkemidler og aktiviteter. Det er en forventning om at kommunene har fattet vedtak om gjennomføring av *Leve hele livet*, innlemmet *Leve hele livet* i sitt planverk, gjennomført og evaluert planlagte tiltak, samt at kommunene gjennom deltakelse i dialogmøter og nettverk har bidratt til spredning av gode eksempler og tiltak. Forventet utfall er, foruten økt mestring, trygghet, aktivitet og verdighet blant kommunenes eldre innbyggere, også et bedre og mer bærekraftig tilbud til en aldrende befolkning.

Det er en innebygd spenning i Stortingsmeldingen mellom et ønske om standardisering og en anerkjennelse av kommunenes selvstyre. På den ene siden beskriver Stortingsmeldingen en situasjon hvor «kvaliteten på tjenestene til eldre varierer for mye» mellom kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, p. 7), og en bestemmelse om at kommuner «som omstiller seg i tråd med reformen vil prioriteres innenfor relevante eksisterende og eventuelt nye øremerkede ordninger» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, p. 7). På den annen side skal «kommunene gjennom politisk behandling [ta] stilling til forslagene i reformen, og [beskrive] hvordan de vil utforme og gjennomføre dem lokalt» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, p. 11). Et viktig spørsmål blir da hvor grensen for kommunenes handlingsrom går. Hvor langt kan kommunene gå i å gjøre for lokale, kontekstuelle og spesifikke vurderinger (jf. Scott, 1998) og samtidig arbeide «i

tråd med reformen»? Svaret på dette spørsmålet er vanskelig å lese ut av Stortingsmeldingen, og heller ikke reformens nasjonale og regionale støtteapparat oppgir at de har etablert kriterier for å vurdere kommunenes innsats (Zeiner et al., 2021).

En programteori er et redskap for å vurdere forholdet mellom mål, virkemidler, tiltak og resultat, og kan blant annet kaste lys over hvorfor programmet ikke gir ønskede resultater. Skyldes det at programmet ikke er riktig gjennomført (manglende implementering) eller svikt i selve programmet (implementert riktig, men uten ønsket utfall) (Funnell & Rogers, 2011). Denne rapporten bruker imidlertid programteorien for å belyse hvilke forventninger til kommunene som ligger i *Leve hele livet*, hvordan kommunene forholder seg til dem, og eventuelle uklarheter eller tvetydigheter i forventningene.

1.1.3 Et program i endring

Vi har tidligere beskrevet *Leve hele livet* som et program i utvikling, hvor Stortingsmeldingen primært retter blikket mot helse- og omsorgstjenestene og det regionale støtteapparatet retter blikket mot bredere samfunnsprosesser (Zeiner et al., 2021). Samtidig ser vi at diskusjonen om mål og virkemidler har endret seg også på nasjonalt nivå. I noen grad dreier dette seg om mindre justeringer, for eksempel når Helse- og omsorgsdepartementet presiserer at, selv om målgruppen for *Leve hele livet* er eldre over 65 år og deres pårørende, så angår *Leve hele livets* områder «alle brukere i omsorgstjenesten uavhengig av alder og diagnose», og at kommunene derfor oppfordres «til å legge reformens satsingsområder til grunn for det generelle plan- og kvalitetsforbedringsarbeidet i omsorgssektoren» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

Andre endringer vil kunne ha mer konkrete konsekvenser for kommunenes arbeid. Dette gjelder særlig forventningene til hvordan kommunene skal innlemme *Leve hele livet* i planverket. Stortingsmeldingen presiserer at planverk i kommunal sammenheng først og fremst betyr «kommuneplanens handlingsdel med økonomiplan (...), og eventuelt en kommunedelplan for de som har egen delplan for helse- og omsorg», mens spørsmålet om «aldersvennlige kommuner (...) eventuelt [bør] drøftes i den kommunale (...) planstrategien» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, p. 168). I Helse- og omsorgsdepartementets budsjettproposisjon for 2021 er kravet endret. Her heter det at kommunene «skal synliggjøre hvordan reformen er tenkt integrert i kommuneplanens samfunnsdel» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, p. 201). Budsjettproposisjonen går ikke nærmere inn på de praktiske implikasjonene av det nye plankravet. Betyr dette at kommunene bør eller skal rullere kommuneplanens samfunnsdel i reformperioden, eller at de bør eller skal diskutere hvordan elementer fra *Leve hele livet* kan og bør innlemmes i kommuneplanens samfunnsdel også utover reformperioden?

Det som imidlertid synes klart, er at det nye plankravet er et signal fra nasjonale myndigheter om at *Leve hele livet* er et arbeid som går utover helse- og omsorgssektoren, og skal omfatte bredere prosesser i lokalsamfunnet. Rapporten fra intervjuene med støtteapparatet beskriver at flere opplever en konflikt mellom mål og virkemidler, hvor særlig aktørene i de regionale støtteapparatene vektlegger aldersvennlige lokalsamfunn og tverrsektorielt arbeid, mens virkemidlene først og fremst er rettet mot helse- og omsorgstjenestene (Zeiner et al., 2021). Vi tolker dette som at det har vært en målforskyvning over tid, fra Stortingsmeldingens beskrivelse av *Leve hele livet* som «særlig rettet mot helse- og omsorgssektoren» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, p. 10) til en større vektlegging av *Leve hele livet* som «en bred samfunnsreform som involverer på tvers av sektorer og fag» (Zeiner et al., 2021, p. 30). På grunnlag av uttalelser fra informanter i de regionale støtteapparatene, la rapporten til grunn at det først og fremst er de regionale støtteapparatene som har vært pådrivere for *Leve hele livet* som samfunnsreform (Zeiner et al., 2021). Imidlertid tydeliggjør budsjettproposisjonen at man også på nasjonalt nivå vektlegger det bredere samfunnsaspektet ved *Leve hele livet*.

Samtidig er det viktig å understreke *Leve hele livets* noe spesielle form, hvor støtteapparatet skal formidle statlige styringssignaler til kommunene samtidig som problemforståelser og løsninger skal

vekse fram lokalt i kommunene. Selv om Stortingsmeldingen og det nye plankravet legger noen føringer for kommunenes arbeid, er kommunene gitt et stort rom for lokale prioriteringer og vurderinger. I denne rapporten vil vi se på hvordan kommunene tolker dette handlingsrommet, og hvordan de manøvrerer mellom statlige føringer og lokale behov og prioriteringer.

1.1.4 Leve hele livet i en pandemi

Etter snart to år med korona, er pandemihåndtering blitt en del av hverdagen og det kan være lett å glemme hvilken sjokkartet opplevelse det var da landet stengte ned i mars 2020. Selv om vi etter hvert har tilpasset oss den nye normalen, preger pandemihåndtering fortsatt hverdagen, ikke minst i de kommunale helse- og omsorgstjenestene som har måttet håndtere smitte og sykdom, testing og smittesporing, og vaksinerings, samtidig som den også har ivaretatt kommunens brukere av helse- og omsorgstjenester i og utenfor risikogrupperne. Også de regionale støtteapparatene har fått merke økt arbeidspress.

Som følge av pandemien, er planlagte prosesser og møter avlyst eller utsatt, og personell er tatt ut av sine ordinære arbeidsoppgaver og brukt i pandemihåndtering. Det har vært vanskelig for kommunene å organisere medvirkningsprosesser med innbyggerne, og ressurser er omdisponert fra utviklingsarbeid til pandemihåndtering. Ikke overraskende rapporterer kommuner og støtteapparat om forsinkelser i arbeidet med *Leve hele livet*. Dette har naturligvis også påvirket evalueringen av *Leve hele livet*. I mars 2020 ble arbeidet satt på vent, og datainnsamlingen i kommunene ble først gjenopptatt høsten 2021. I mellomtiden intervjuet vi informanter i det nasjonale og regionale støtteapparatet. Funn fra disse intervjuene er sammenfattet i rapporten *Kvalitetsreform, samfunnsreform eller begge deler? Støtteapparatets forståelse og vurdering av «Leve hele livet»* (Zeiner et al., 2021).

Det er lett å tenke seg at arbeidet med *Leve hele livet* ville sett annerledes ut uten korona, men vanskelig å vite hvordan. Denne rapporten tar utgangspunkt i at pandemien er en del av konteksten til *Leve hele livet* i kommunene, og handler om hvordan kommunene arbeider eller ikke arbeider med reformen under pandemien. Samtidig er det uomtvistelig slik at pandemien har påvirket kommuner og støtteapparat både direkte, for eksempel gjennom endrede planer og omprioritering av ressurser, og indirekte, ved at oppmerksomheten store deler av tiden har vært rettet mot mer akutte problem. At støtteapparat og kommuner tross alt har jobbet med *Leve hele livet* er derfor en større overraskelse enn at mange nå ligger etter tidsplanen. Vi vil derfor ikke bare vurdere kommunenes aktivitet opp mot den opprinnelige eller justerte tidsplanen, men også se på om og hvordan de vurderer at *Leve hele livet* er nyttig i møtet med en aldrende befolkning.

1.1.5 Datainnsamling og metode

Beskrivelsen og analysen av kommunenes arbeid med *Leve hele livet* er basert på tre separate undersøkelser: En spørreundersøkelse til samtlige norske kommuner, dokumentstudier av kommunale planer og saksframlegg, samt en caseundersøkelse i seks kommuner i tre fylker. I det følgende vil vi kort presentere de tre undersøkelsene.

Spørreundersøkelse

E-post med invitasjon til å delta i nettbasert spørreundersøkelsen ble sendt ut til alle landets kommuner i oktober 2020 (se vedlegg 1 for spørreskjema). I forbindelse med oppsvinget i koronapandemien, den sosiale nedstengningen som fulgte, og den økte arbeidsbyrden for kommunene som dette medførte, ble det i samråd med oppdragsgiver besluttet å innstille videre innsamling av svar (gjennom ytterligere purringer mv.). Det ble imidlertid gjort et forsøk på å ta opp igjen undersøkelsen i januar 2021 (gjennom påminnelse om den opprinnelige invitasjonen). Kun et fåtall (38) kommuner sendte inn utfylt skjema i perioden som fulgte utsendelse av påminnelser til kommunene. Fra denne tiden og frem mot høsten 2021 valgte prosjektet å innstille ytterligere datainnsamling, særlig sett på bakgrunn av den svake svarraten etter siste runde med påminnelser.

I forbindelse med "gjenåpningen" høsten 2021 ble det sendt ut en ny runde med påminnelser (medio september). I perioden som fulgte svarte kun 21 ytterligere kommuner. På bakgrunn av dette valgte prosjektet å innstille ytterligere aktive forsøk på datainnhenting. Frem mot slutten av 2021 og begynnelsen av 2022, i en periode da undersøkelsen hele tiden har vært tilgjengelig for respondentene, hadde 106 kommuner svart (med siste innkomne svar 18. november 2021). Svarprosenten, 29,8 prosent, (106 av alle 356 av landets kommuner) er altså forholdsvis lav, men ikke uvanlig for denne typen undersøkelser, og data kan uansett gi et visst innblikk i mønstre som gjelder for hele populasjonen av kommuner (se innledning i kapittel 2).

Dokumentstudier

For å få en oversikt over kommunenes arbeid, har vi samlet inn saksframlegg og vedtak knyttet til *Leve hele livet*, samt planstrategi, kommuneplanens samfunnsdel, arealdel, eventuelle delplaner for helse og omsorg, og kommuneplanens handlingsdel med økonomiplan i fylkene Agder, Innlandet og Nordland. De tre fylkene er valgt fordi de i tillegg til å dekke en stor del av Norges kommuner – om lag en tredjedel av kommunene – også sikrer geografisk spredning. Innsamlingen ble gjennomført i perioden 1. november til 15. desember 2021, og aktuelle dokument ble lastet ned fra hjemmesidene til kommunene i de tre fylkene. Gjeldende areal-, samfunns- og delplaner er inkludert i datamaterialet, selv når disse er vedtatt før *Leve hele livet* ble lagt fram i 2018. Videre har vi inkludert planstrategier fra inneværende kommunestyreperiode og handlings- og økonomiplaner for 2022. Kommunenes hjemmeside gir ulike muligheter for søk etter planer og politiske saker, og det kan ikke utelukkes at enkelte kommuner har gjort vedtak uten at vi har plukket det opp i vår innsamling. Vedlegg 2 gir en oversikt over innsamlede planer, saksframlegg og vedtak.

Vi har gjennomført kvantitative og kvalitative analyser på det innsamlede materialet. I de kvantitative analysene har vi sett på andel av kommunene som har vedtatt en plan for *Leve hele livet*, eller nevnt reformen i forbindelse med planarbeidet. Vi har også sett på hvor mange som nevner *Leve hele livet* i den siste tilgjengelige planstrategien for kommunen og i ulike kommuneplaner og -delplaner. Videre undersøkte vi om det var noen forskjell i hvor mange kommuner som hadde vedtatt eller nevnt *Leve hele livet* i forbindelse med planarbeidet i forhold til grad av aldring i kommunen i 2020 og forventet grad av aldring i 2050.

Videre har vi gjennomført en innholdsanalyse av kommunenes saksframlegg og planer. I analysen av planverk har vi basert oss på Stortingsmeldingens anvisninger, og konsentrert oss om kommunenes planstrategier og handlings- og økonomiplaner. Dette er styringsdokument som revideres jevnlig, planstrategien hvert fjerde år, og handlings- og økonomiplaner en gang i året, og som begge har vært gjenstand for revisjon i perioden etter at *Leve hele livet* ble vedtatt av Stortinget. Videre har vi gått gjennom og kodet kommunenes saksframlegg med det formål å undersøke a) hvordan kommunene forstår og vurderer *Leve hele livet*, b) hvordan de beskriver sine aktiviteter, c) hvordan de har organisert arbeidet med *Leve hele livet* og d) kommunenes forståelse av *Leve hele livet* som henholdsvis en samfunns- og en tjenestereform.

Dokumentstudiene er tema i rapportens kapittel 3.

Caseundersøkelse

I caseundersøkelsen følger vi seks kommuner i tre fylker og tre regionale støtteapparat gjennom hele reformperioden. Vi har valgt å følge implementeringen av reformen i to fylker med en høy andel eldre, og et fylke med en lavere andel eldre. I valg av fylker har vi både sett på hvor stor andel av befolkningen som er over 80 år, og hvor stor andel som er over 70 år. De to fylkene i utvalget med høyest grad av aldring har naturlig nok også en større forsørgerbyrde for eldre. Fylket med lavere grad av aldring skiller seg også fra de to øvrige fylkene ved at en større andel av befolkningen bor i tettbygde strøk. Videre har vi valgt ut to kommuner i hvert fylke, en kommune

med høy andel hjemmetjenester og en kommune med høy andel institusjonstjenester.¹I utgangspunktet hadde vi en ambisjon om at de to kommunene ellers skulle ligne mest mulig på hverandre, med hensyn til størrelse, grad av sentralitet og så videre. Dette lyktes vi imidlertid kun med i ett av fylkene. Kommunene i de to øvrige fylkene skiller seg dermed fra hverandre både med tanke på sentralitet, grad av spredtbygdhet og størrelse. Kommunene er nærmere beskrevet i kapittel 5.

Vi har gjennomført intervjuer med Statsforvalter, KS region og Utviklingssenter for hjemmetjeneste og sykehjem i de regionale støtteapparatene i de tre fylkene. I kommunene har vi gjennomført intervjuer med politisk og administrativ ledelse, samt ansatte i kommuneadministrasjonen i de seks kommunene. Hensikten er ikke å kartlegge kommunenes gjennomføring av reformen, men nå følge prosessene i kommunene, fra planlegging og politisk vedtak til iverksetting og evaluering. Videre har vi intervjuet aktører i det regionale støtteapparatet i de tre fylkene. Formålet med intervjuene er å få et bilde av hvordan støtteapparatet i de aktuelle fylkene arbeider, hvilke aktiviteter de har gjennomført eller planlegger og hvordan de vurderer innsatsene til kommunene i sitt fylke. På et senere stadium vil vi også gjennomføre intervjuer med aktører utenfor kommuneorganisasjonen, eldre, brukere av helse- og omsorgstjenester og deres pårørende, sivilsamfunnsaktører og lignende.

Koronaen har naturlig nok lagt ganske store begrensninger både på undersøkelsens omfang og form. Intervjuene er gjennomført på Teams eller telefon i perioden september 2021 til januar 2022. Til sammen er det gjennomført 37 intervjuer. Tabell 2.1 gir en oversikt over gjennomførte intervjuer. Som tabellen viser, varierer det hvor mange informanter vi har snakket med i hver kommune. Denne variasjonen skyldes dels at kommunene er av ulik størrelse, og dels at det har vært vanskelig å få intervjuer med informanter i enkelte av kommunene. Ettersom smittetallene begynte å øke utover høsten og vinteren 2021, besluttet vi at vi kun i begrenset grad ville purre på informantene i kommunene.

Tabell 2.1: Oversikt over intervjuer i casefylker og -kommuner

	Regionalt støtteapparat	Kommune 1	Kommune 2
Fylke A	3	6	3
Fylke B	3	5	3
Fylke C	3	5	6

Resultatene fra caseundersøkelsen presenteres i kapittel 4 (de regionale støtteapparatene) og kapittel 5 (kommunene).

¹ Vi har anvendt dekningsgrad i institusjon som kriterium, det vil si antall institusjonsplasser i prosent av befolkningen over 80 år.

2 Resultater fra spørreundersøkelsen

I dette kapitlet presenteres resultater fra spørreundersøkelsen til alle landets kommuner som først ble sendt ut høsten 2020 (for nærmere beskrivelse, se rapportens del 2.2.1). Med kun 106 innkomne svar fra landets 356 kommuner (29,8 prosent) er data fra undersøkelsen sparsommelige, men det oppvises ikke store skjevheter i utvalget sammenlignet med kommune-Norge ellers når det gjelder vanlige karakteristika (som befolkningsstørrelse, sentralitet, aldersfordeling, fylkestilhørighet mv.). Nedenfor tar vi aller først opp en kort diskusjon rundt datamaterialets representativitet. I de påfølgende delene av kapitlet presenterer vi først resultater som gjelder kommunenes arbeid med helse- og omsorgstjenestene generelt (del 2.1), dernest en oversikt over hvordan kommunene arbeider med reformen *Leve hele livet* (del 2.2) og til sist presenterer vi funn rundt kommunenes opplevelse og bruk av det regionale støtteapparatet i reformen (del 2.3). Delene gjenspeiler "gangen" i spørreskjemaet som ble sendt ut til kommunene (se appendiks). Resultatene oppsummeres, sammen med funnene i andre kapitler, i rapportens avslutningskapittel.

Ettersom datamaterialet fra spørreundersøkelsen er såpass lite (se ellers del 2.2.1) vil det være mindre meningsfullt å sammenligne *grupper* av kommuner, for eksempel etter befolkningsstørrelse, alderssammensetning mv. På den ene siden vil slike sammenligninger, av svært små grupper sjelden gi holdepunkter for statistisk utsagnskraftige forskjeller. På den andre siden, dersom en allikevel observerer gruppeforskjeller, vil det ofte være tvil om det ikke er *enkeltilfeller*, heller enn "kommunetyper", som ligger bak forskjellene. I innledende (ikke viste) analyser observerer vi heller ingen særlige signifikante forskjeller mellom ulike kommunetyper mv. Her nøyer vi oss derfor med å presentere tendensene for hele materialet.

Vi kan imidlertid undersøke hvorvidt kommunene i vårt utvalg er representative, på ulike måter, for kommune-Norge som sådan. Aller først skal det understrekes at alle kommunene i utvalget (N=106), på to kommuner nær, opplyser at man enten har planlagt vedtak eller har vedtak om deltagelse i reformen *Leve hele livet* (mer om dette nedenfor). Det er altså kommuner som på denne måten har en *viss interesse* for reformen som er undersøkt i vårt datamateriale. En kan allikevel altså spørre hvorvidt disse kommunene kan gi et godt inntrykk av hele bredden av kommune-Norge, eller i alle fall de deler av kommune-Norge som har vist interesse for reformen. Dette er et spørsmål om kommunene i utvalget og som vi ser på i det videre kan sies å reflekter den variasjonen en ellers ser i kommune-Norge.

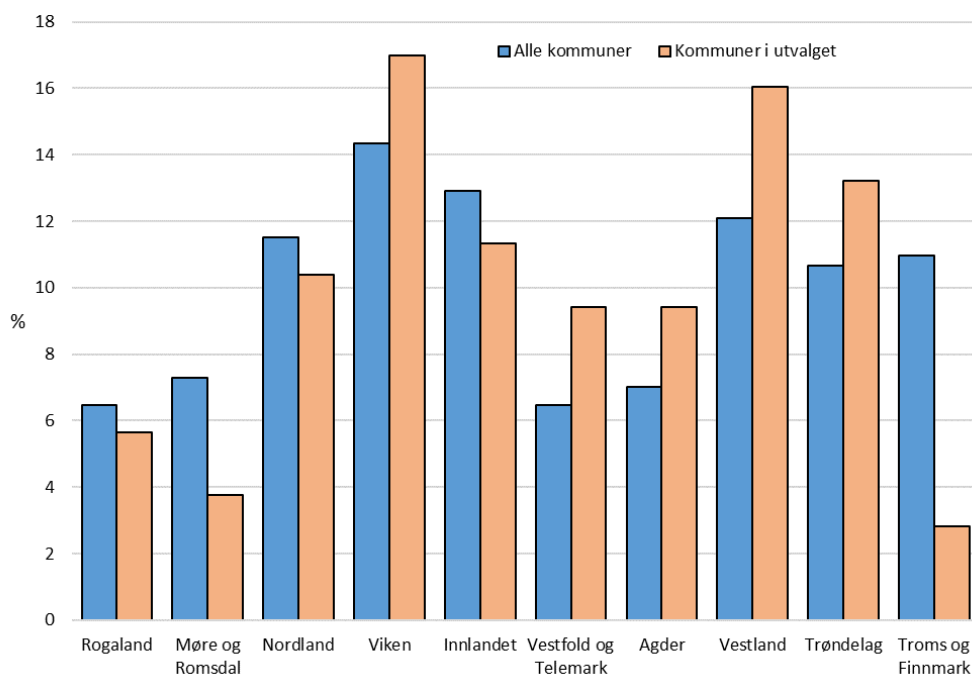
I tabell 2.1 ser man at en slik variasjon i stort er fanget opp i utvalget. Snittverdiene for, og spredningen i (gitt ved standardavviket, std.avv., samt minimums- og maksimumsverdiene), for ulike kommunekarakteristika i utvalget ser ut til å ligge nært de tilsvarende målene i kommune-Norge som sådan, selv om en ser en svak tendens til at det er de større kommunene som svarer i undersøkelsen. Det er høyere snitt for "antall innbyggere" i utvalget, noe som er vanlig i denne typen undersøkelser, men som ikke vil gi større utslag i hovedtendensene som vi presenterer i fortsettelsen.

Tabell 2.1: Kommunekaraktetika i utvalget (N=106) og i kommune-Norge (N=356).

	Min.	Gjn.sn.	Maks.	Std.avv.
Alle kommuner:				
Antall innbyggere	192	15144	697010	44587
Sentralitetsindeks	295	643	1000	143
Andel 65 år og eldre	0,12	0,22	0,34	0,04
Andel 80år og eldre	0,02	0,06	0,10	0,01
Kommuner i utvalget:				
Antall innbyggere	459	27706	697010	76564
Sentralitetsindeks	383	686	1000	144
Andel 65 år og eldre	0,13	0,21	0,31	0,04
Andel 80år og eldre	0,03	0,05	0,10	0,01

Også når kommunene grupperes etter fylkestilhørighet ser det ut til at bredden i kommune-Norge i stort fanges opp (tabell 2.2). I det store og hele følger mønsteret i fylkesfordelingen i utvalget det tilsvarende i kommune-Norge, selv om kommuner fra enkelte fylker er overrepresentert i utvalget (for eksempel kommuner fra Vestland som utgjør 12 prosent av kommune-Norge og 16 prosent i utvalget) og andre er underrepresentert (for eksempel Troms og Finnmark med tilsvarende andeler på 11 og 3 prosent). Uansett ser en også her at "bredden" i variasjonen er ivaretatt i utvalget, slik at hovedtendensene i kommunenes svar kan gi et godt bilde på mønstre i kommune-Norge som sådan.

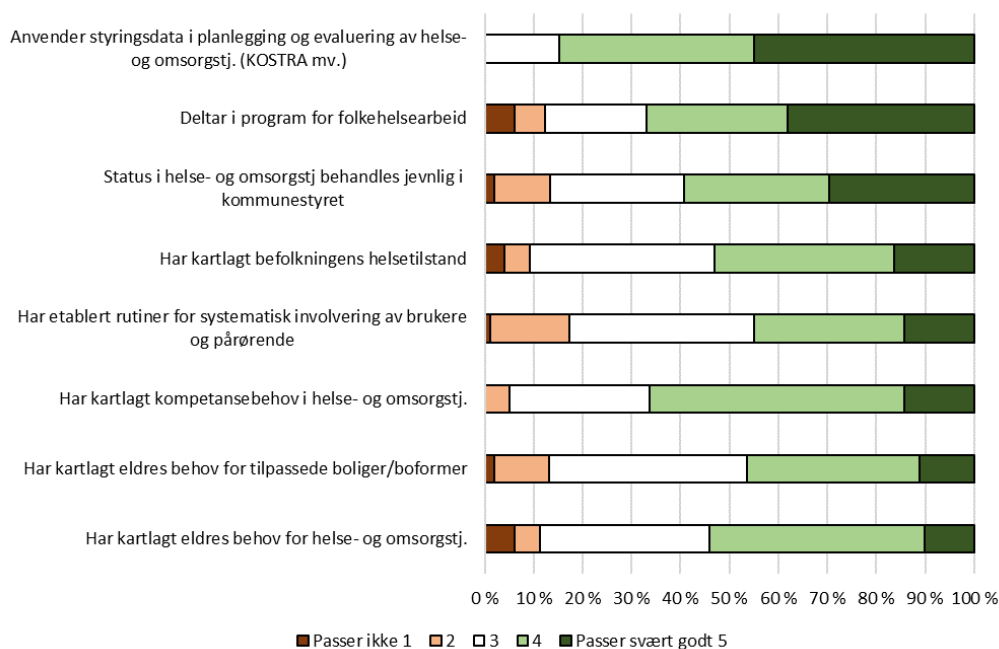
Tabell 2.2: Kommuner i utvalget (N=106) og i kommune-Norge (N=356). Etter fylke.



2.1 Generelt om helse- og omsorgstjenesten

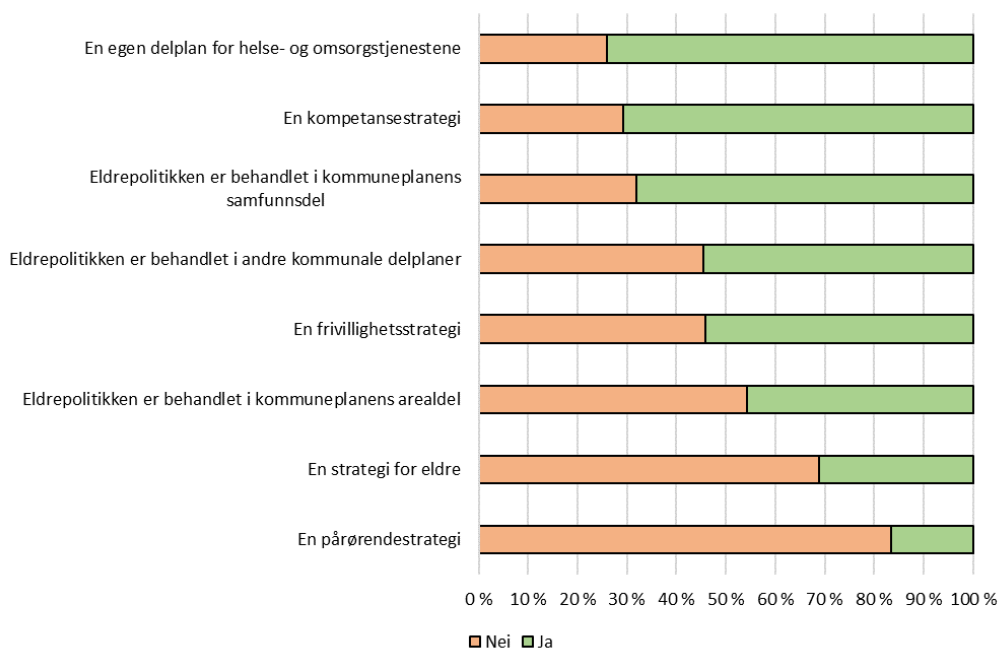
Mange kommuner «benytter styringsdata i planlegging og evaluering av helse- og omsorgstjenesten (KOSTRA mv.)» (se figur 2.1): Nær 85 prosent svarer at dette passer svært godt, eller nært dette, som beskrivelse av kommunens arbeid (som ikke er overraskende). Rundt 70 prosent svarer at deltagelse i program for folkehelsearbeid og kartlegging av behov i helse- og omsorgstjenestene er en over middels god beskrivelse av kommunens arbeid. Færre beskriver etablering av rutiner for involvering av brukere og pårørende samt kartlegging av behov for eldres boliger/boformer som en passende beskrivelse (mindre enn 50 prosent mener at dette er en over middels god beskrivelse).

Figur 2.1: Utsagn som beskriver kommunens arbeid med helse- og omsorgstjenestene (spm. 1). N=97-98.



I figur 2.2 ser vi at kun noe over 30 prosent av kommunene har innført en egen strategi for eldre og færre enn 20 prosent har på plass en pårørendestrategi. Dette kan sammenholdes med et større fokus på strategier for andre områder, der 70 prosent av kommunene har en kompetansestrategi og 55 prosent har en frivillighetsstrategi. Mindre spesifikt behandles eldrepolitikk likefullt av mange kommuner (55-70 prosent) i kommuneplanens samfunnsdel eller i andre delplaner, mens det er mindre vanlig at den tas opp i kommuneplanens arealdel (45 prosent).

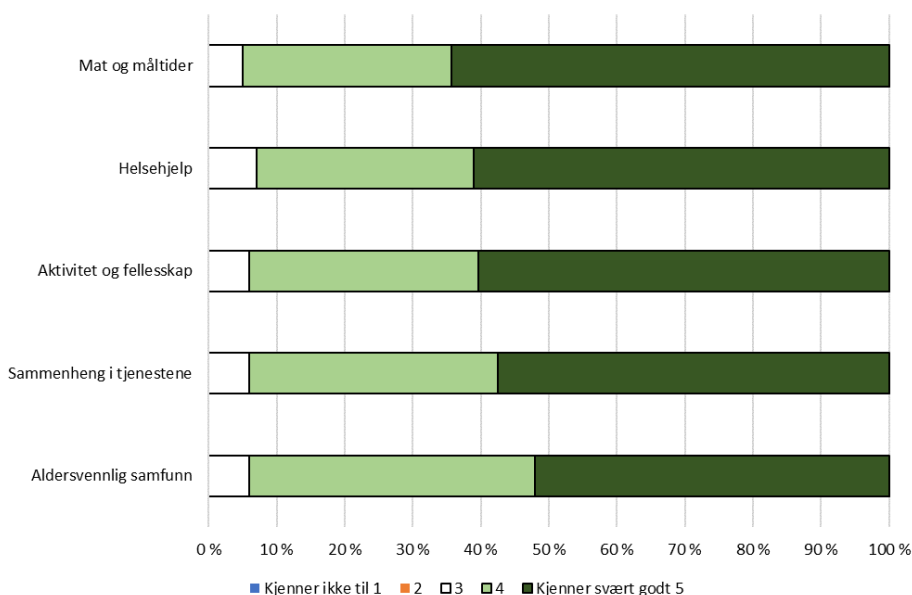
Figur 2.2: Tiltak som kommunen har vedtatt/gjennomført (spm. 2). N=96-100.



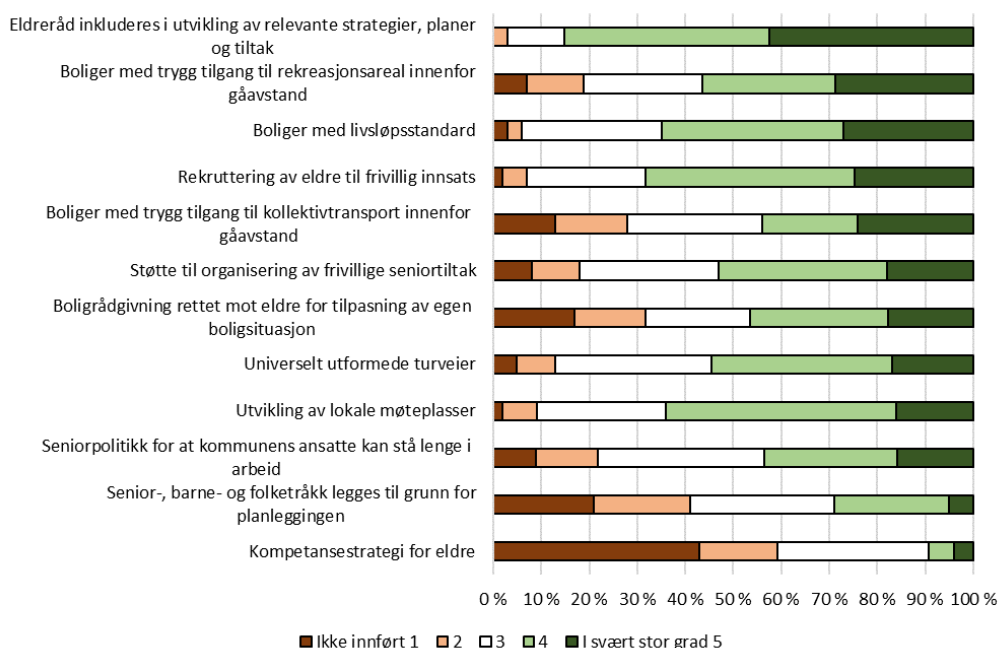
Inntrykket er at «eldrepolitikk» ikke kommer like mye frem som egne, konkrete og forpliktende felt i egne plandeler eller strategier, i alle fall ikke så mye som vi ser på andre områder.

Når det gjelder spesifikke sider ved eldrepolitikk spesielt viser det seg at kommunene kjenner godt til innsatsområdene i reformen (figur 2.3). Dessuten har mange kommuner innført en del mer eller mindre konkrete *aldersvennlige tiltak* (figur 2.4; generelt gjelder dette rundt eller over halvparten av kommunene). Mens elderrådet involveres (i utviklingen av strategier, planer og tiltak) av nærmere nitti prosent av kommunene i over «middels grad», er det langt færre som oppgir at man har innført mer *spesifikke* tiltak: Kun 30 prosent av kommunene har innført «senior-, barne- og folketrakk» i planleggingen og kun ti prosent har en egne kompetansestrategi for eldre.

Figur 2.3: Kjennskap til innsatsområder i Leve hele livet (spm. 4). N=100-101.

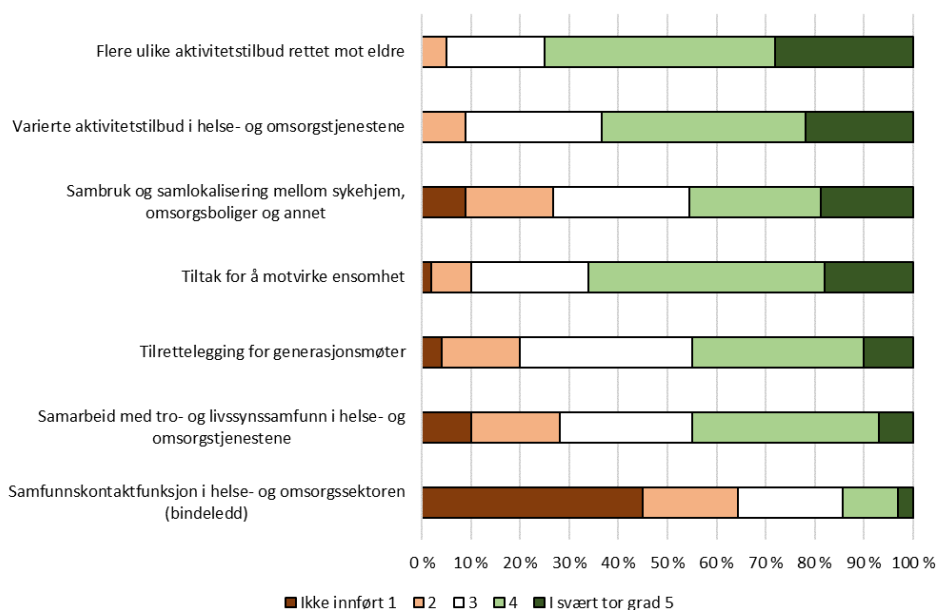


Figur 2.4: Innføring av ulike aldersvennlige tiltak (spm. 5). N=98-101.



Det samme inntrykket gjelder for tiltak rettet mot økt aktivitet og fellesskap. Mens «aktivitetstilbud» og tiltak «for å motvirke ensomhet» oppgis innført i over middels stor grad blant 65-75 prosent av kommunene (figur 2.5), er det for eksempel svært få som oppgir at de i noen grad har innført «samfunnskontaktfunksjon» (15 prosent av kommunene), samtidig som 45 prosent oppgir at en slik funksjon ikke er opprettet i det hele tatt.

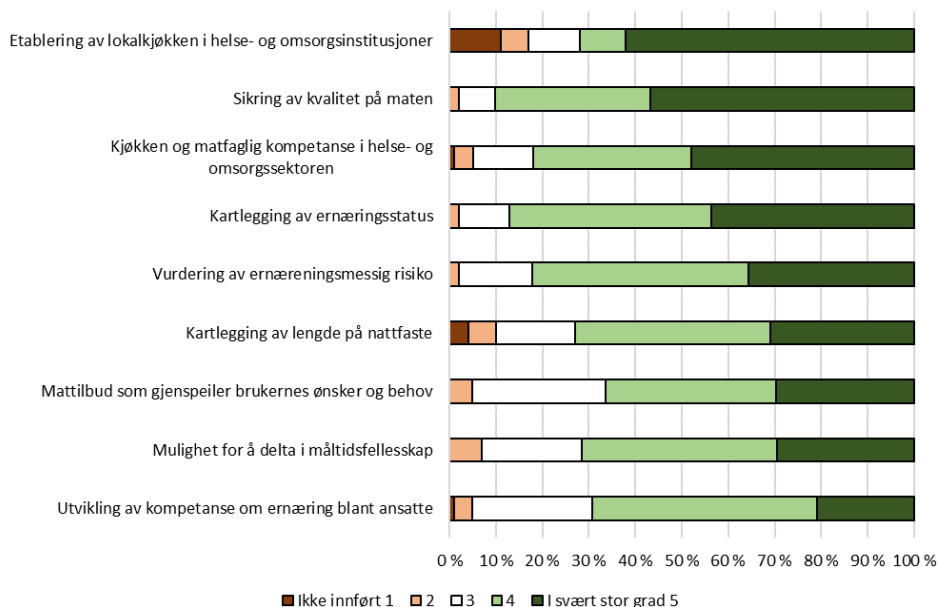
Figur 2.5: Innføring av ulike tiltak for aktivitet og fellesskap for eldre (spm. 10). N=98-101.



Innføring av tiltak for gode opplevelser rundt måltider oppgis av de fleste kommuner – 65-90 prosent av kommunene oppgir at de har innført et eller annet tiltak i mer enn «middels grad» (figur

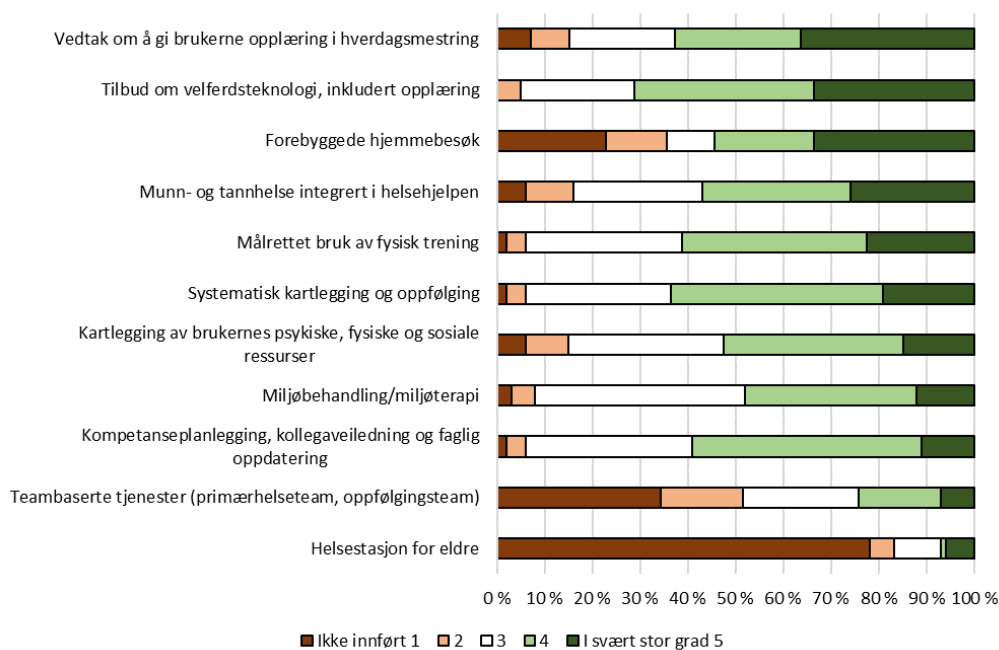
2.6). Samtidig er det svært få kommuner som oppgir at man *ikke* har et av de aktuelle tiltakene. Unntaket er «etablering av lokalkjøkken i institusjoner», der ti prosent oppgir at slikt ikke er innført.

Figur 2.6: *Innføring av ulike tiltak for gode opplevelser rundt måltider og forebygging/reduksjon av underernæring blant eldre (spm. 14). N=100-102.*



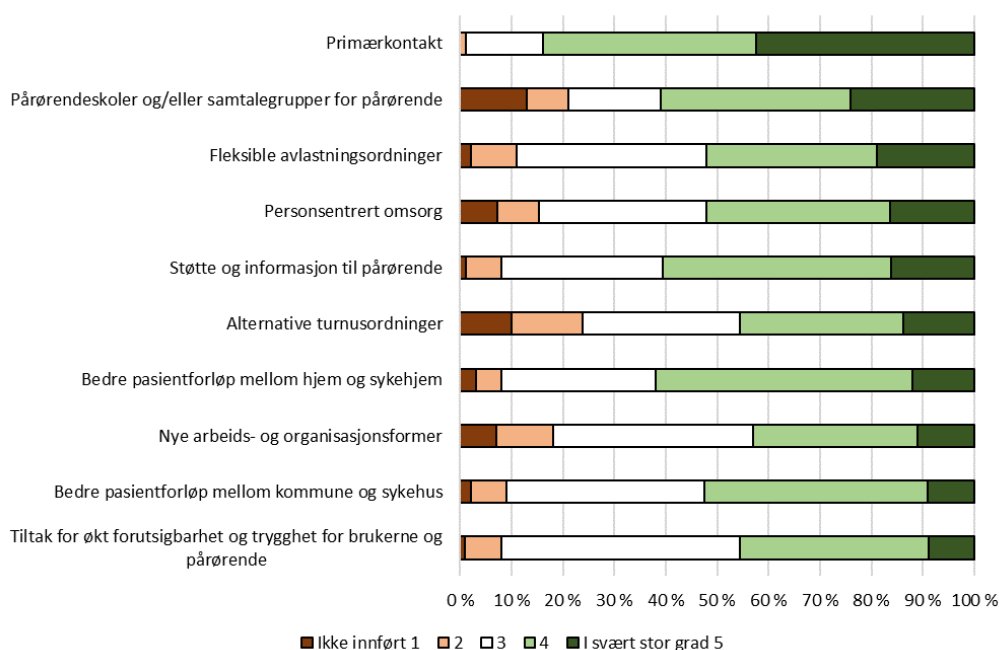
Tiltak som er rettet mot *eldre med funksjonssvikt* er også innført blant de aller fleste kommuner (50-70 prosent, se figur 2.7). Men også her er enkelte mer spesifikke tiltak relativt sjeldne. Dette gjelder «teambaserte tjenester» og «helsestasjon for eldre», der kun noe over 20 prosent har innført førstnevnte i mer enn middels grad og kun sju prosent har innført sistnevnte. Rundt 80 prosent av kommunene har ikke innført «helsestasjon for eldre».

Figur 2.7: *Innføring av ulike tiltak for hverdagsmestring blant eldre med funksjonssvikt/sykdom (spm. 18). N=98-102.*



I figur 2.8 ser man at tiltak for å sikre *sammenheng i tjenestene* også har en viss utbredelse, med få tiltak der flere kommuner *ikke* har innført et aktuelt tiltak (som oftest gjelder dette færre enn ti prosent kommunene). Dessuten gjelder for alle aktuelle tiltak at de er innført av 80 prosent av kommunene i «middels grad eller mer» (mens de er innført i «mer enn middels grad» av 45-85 prosent). Primærkontakt er det konkrete tiltaket som er mest utbredt, med 85 prosent av kommunene som har innført ordningen i «mer enn middels grad».

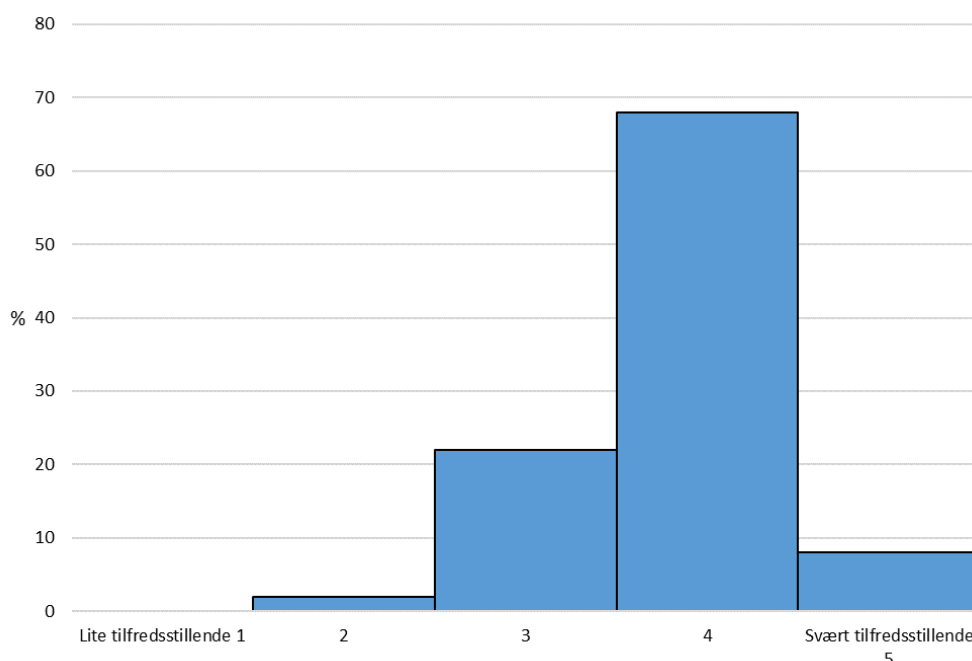
Figur 2.8: Innføring av ulike tiltak for å sikre sammenheng i tjenestene og støtte til pårørende (spm. 22). N=98-101.



Inntrykket en sitter igjen med fra denne gjennomgangen er at kommunene i et visst monn innfører et bredt spekter av tiltak i eldrepolitikken, selv om det også finnes en del variasjon. Særlig tiltak rettet mot *gode opplevelser rundt måltider* synes utbredt. En slik variasjon er også i tråd med svarmønsteret ellers (se figur 2.2 og 2.3) og kan tyde på at «eldrepolitikk» har et potensial for å etablere seg tydeligere i kommunepolitikken. I hovedsak viser gjennomgangen altså at kommunene *allerede*, altså før reformen, har på plass et bredt spekter av tiltak – noe som kan bidra til å forklare at deltagelsen i reformen ikke på langt nær er universell (som diskuteres mer inngående i neste kapittel).

Dessuten kan det se ut som kommunene i stort er tilfredse med sitt samlede tilbud til eldre. Som vist i figur 2.9 er hele 76 prosent av kommunene enten «svært tilfreds» eller noe nær dette, og nærmest ingen (to prosent) er mindre enn «middels» tilfreds med eget tilbud. Samtidig er det allikevel under ti prosent av kommunene som er «svært fornøyd», slik at det kan pekes på et potensial for ytterligere forbedring.

Figur 2.9: Kommunens vurdering av det samlede tilbudet til eldre (spm. 26). N=100.



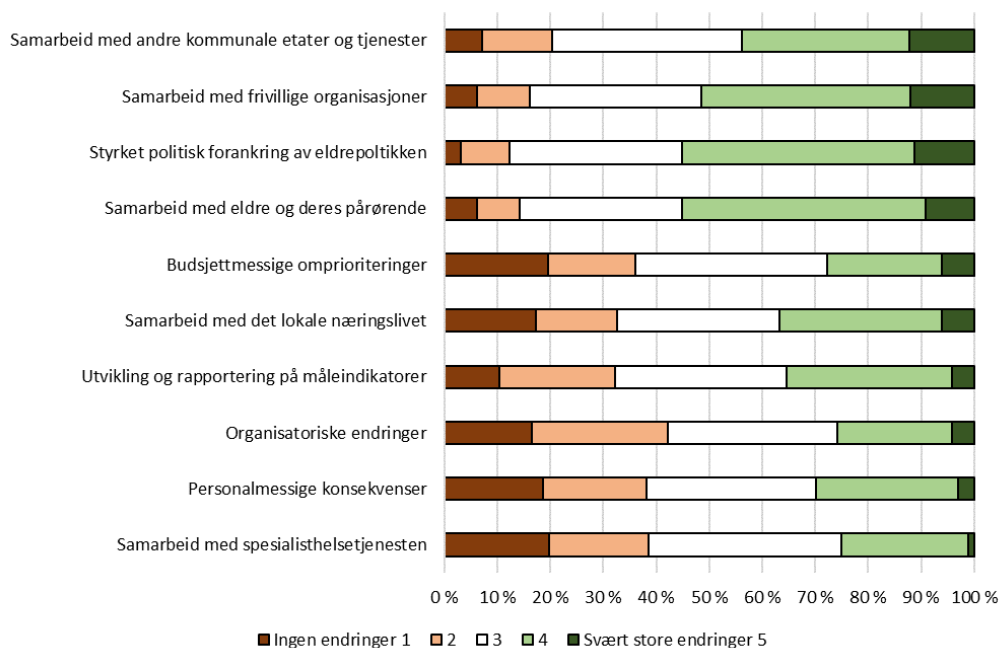
2.2 Kommunenes arbeid med *Leve hele livet*

I det følgende skal vi se på kommunenes arbeid med reformen *Leve hele livet* spesifikt, slik at vi i gjennomgangen videre kun ser på kommunene som enten har vedtatt (55 prosent) eller planlegger å vedta (43 prosent) deltagelse i reformen. I vårt materiale gjelder dette altså *alle* kommuner så nær som to.²

Figur 2.10 viser at reformen i stor grad og typisk innebærer endringer i samarbeidet med andre *lokale* aktører: 45-55 prosent av kommunene rapporterer om at samarbeid med andre kommunale tjenester, frivillige organisasjoner, politisk ledelse og pårørende endres i over middels grad som følge av reformen (mens samarbeid med spesialisthelsetjenesten ikke endres i samme grad). Kommunene rapporterer i mindre grad om endringer når det gjelder organisasjons-, personalmessige eller budsjettmessige konsekvenser (25-45 prosent oppgir at det skjer over middels endringer her, samtidig som relativt fler også oppgir at det ikke skjer nevneverdige endringer). Selv om det ikke spørres eksplisitt om retningen i endringene her, er det rimelig å tolke dette som at reformen innebærer økt samarbeid. Dette tyder på at reformen i stort oppfattes som et forsøk på å bedre *forholdet, eller samarbeidsrelasjonene, til omgivelsene eller internt* i kommunen (med en mulig tilhørende rolle for et støtteapparat, se nedenfor) mer enn en formell reform organisatorisk reform (med tilhørende økonomiske virkemidler).

² Andelene som henholdsvis svarer at man «har vedtak» og «planlegger vedtak» om deltagelse i reformen svarer ellers godt til andre funn (se kapittel 3). Vi presenterer ikke forskjeller mellom kommuner som «planlegger vedtak» og kommuner som «har vedtak». For det første gjelder de generelle motforestillingene mot slike sammenligninger (i et tynt materiale) også her. For det andre hersker det tvil om hvorvidt spørsmålet om vedtak i det hele tatt kan fange opp mulige skiller mellom kommuner som har *ulik interesse* for reformen: Skillet mellom de to kategoriene («har» vs. «planlegger vedtak») kan tenkes å være noe tilfeldig siden det er en kort periode kommunene svarer innenfor, og siden det ikke trenger å være samsvar med svartidspunkt og tidspunktet for et mulig vedtak (vi har ikke opplysninger om vedtakstidspunktet). Dessuten viser andre undersøkelser at svaret på et slikt enkelt spørsmål ikke nødvendigvis forstås «riktig» av alle (se kapittel 3).

Figur 2.10: Endringer og/eller nye tiltak som følge av deltagelse i *Leve hele livet* (spm. 29). N=96-99.



En kan også spørre om det nevnte mønsteret er *gjennomgående*, altså om ikke et slik «samarbeidsfokus» er overordnet i større eller mindre grad. For eksempel kan det være slik at enkelte typer kommuner allikevel vil oppfatte sitt behov og reformens mål som mer «(intern)organisatorisk» enn andre. Eller at det altså heller er slik at de aller fleste kommuner som har oppfatninger om reformen ser den som «samarbeidsfokusert» først og fremst og kun i noen grad som en «organisatorisk» reform. Dette er et spørsmål om sammenhengene mellom de ulike endringene som oppleves (i figur 2.10), og en enkel måte å undersøke dette på er ved hjelp av varianter av såkalt *faktoranalyse*. I tabell 2.3 viser en slik analyse at det nettopp er *sammenheng* mellom oppfatninger av endringer, vist ved høye ladninger på en enkelt dimensjon eller faktor (F1 eller F2). F1 sammenfatter en dimensjon som handler om samarbeidsrelasjoner med ulike aktører i omgivelsene: Kommuner som opplever endringer i en samarbeidsrelasjon opplever typisk dette også i andre samarbeidsrelasjoner, slik det er markert innenfor rektangelet under F1. En slik dimensjon kan rimeligvis sies å fange opp et visst fokus på *Leve hele livet* som *samfunnsreform* (som behandles mer inngående i neste kapittel). Analysen viser samtidig at det er holdepunkter for en *selvstendig* oppfatning også om reformen som en organisatorisk reform, eller *sektorreform*, vist ved høye ladninger innenfor rektangelet under F2, der det mest er ulike endringer innenfor organisasjonen som fanges opp (selv om sammenhengen mellom «dimensjonene» også er relativt betydelig, jf. korrelasjonsmålet nederst i tabellen). Inntrykket er altså at det finnes *flere* oppfatninger om reformen *Leve hele livet* – én som dreier seg om at den vil ha effekter på samarbeid i en større kontekst (samfunnsreform) og én som dreier seg om ulike effekter i intern organisering (sektorreform).

Tabell 2.3: Ulike endringsfokus i Leve hele livet (spm. 29). Faktoranalyse. N=94.

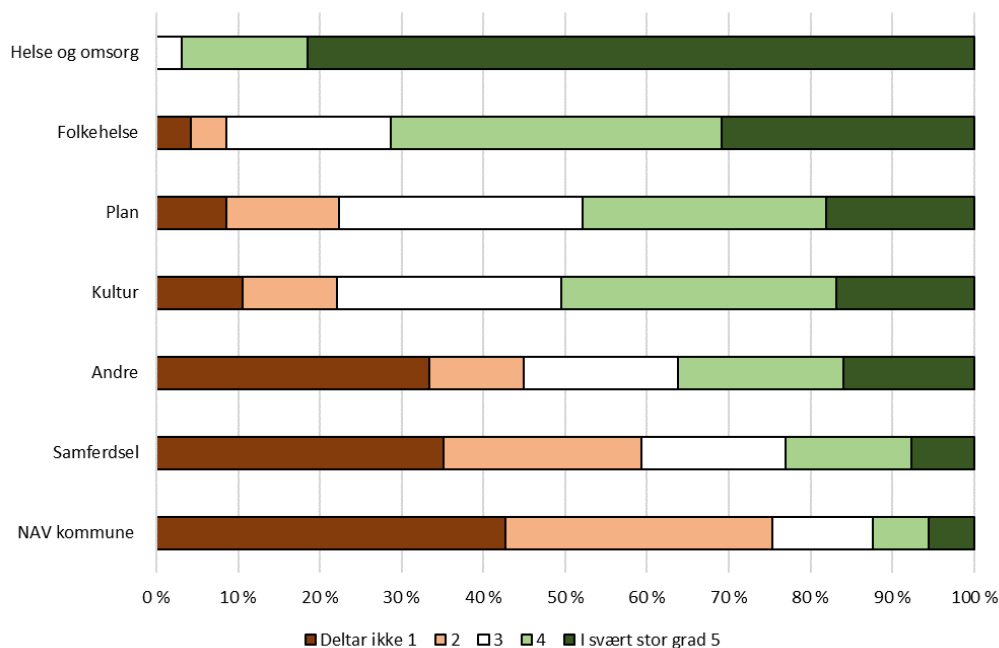
	F1	F2
Samarbeid med andre kommunale etater og tjenester	0,86	-0,18
Samarbeid med frivillige organisasjoner	0,82	0,09
Utvikling og rapportering på måleindikatorer	0,76	0,03
Samarbeid med eldre og deres pårørende	0,76	0,08
Styrket politisk forankring av eldrepolitikken	0,65	0,03
Samarbeid med det lokale næringslivet	0,50	0,40
Organisatoriske endringer	-0,10	0,98
Personalmessige konsekvenser	0,01	0,88
Budsjettmessige omprioriteringer	0,04	0,80
Samarbeid med spesialisthelsetjenesten	0,33	0,47
Korrelasjon mellom faktorer:	0,49	

Principal components med *Oblimin*-rotasjon. Basert på polykoriske Faktorer med eigenverdi > 1 beholdt. Faktorladninger > 0,4 er markert.

På spørsmål om hvilke områder eller tjenester som «deltar» i gjennomføringen av reformen svarer kommunene overveiende (over 95 prosent) at «helse- og omsorg» er «med» i reformen i over middels grad (figur 2.11). Også «folkehelse» oppgis som sentralt område i reformen (drøye 70 prosent svarer at dette området er «med» i over middels grad). På tilsvarende vis som ovenfor (for oppfatninger om endringer som følge av reformen) kan man se på sammenhengene mellom oppfatningene om hvilke områder/tjenester som er «med» i reformen fra kommunens side.³

³ For ikke å begrense analysen utelater vi i denne og de påfølgende faktoranalysene de uspesifiserte spørsmålene om «Andre», siden dette, ikke overraskende, kun er besvart av 69 kommuner.

Figur 2.11: Områder/enheter/tjenester som deltar i gjennomføringen av *Leve hele livet* (spm. 30). N=69-97.



Også her kommer det frem et skille mellom ulike fokus. I tabell 2.4, som viser resultater fra en tilsvarende faktoranalyse som ovenfor (tabell 2.3), ser en at ett fokus går ut på at ulike (relevante) sektorer er «med» i reformen *uten* at dette nødvendigvis samtidig involverer «helse- og omsorgsområdet» (F1; sistnevnte har lav ladning) og at et annet fokus er at «helse- og omsorg» ses i sammenheng med «folkehelse». Dette betyr at det også er holdepunkter for at det finnes ulike oppfatninger om hvordan reformen bør gjennomføres med hensyn til intern organisering. Også her er det nærliggende å se det sistnevnte fokuset som et eksempel på at *Leve hele livet* ses som en sektorreform (innenfor helse- og omsorgssektoren), mens førstnevnte, med vekt på et bredere sektorsamarbeid, heller ser reformen som en samfunnsreform.

Tabell 2.4: Ulike fokus på deltagende områder/enheter/tjenester i *Leve hele livet* (spm. 30). Faktoranalyse. N=88.

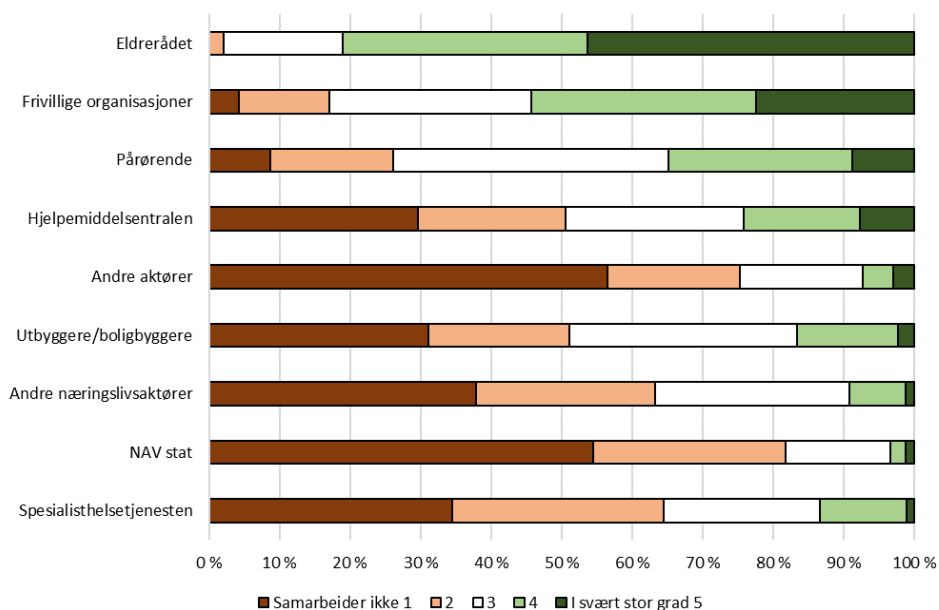
	F1	F2
Samferdsel	0,91	-0,06
NAV kommune	0,86	-0,21
Kultur	0,82	0,10
Plan	0,69	0,32
Folkehelse	0,57	0,54
Helse og omsorg	-0,06	0,95

Korrelasjon mellom faktorer: 0,30

Principal components med *Oblimin*-rotasjon. Basert på polykoriske Faktorer med eigenverdi > 1 beholdt. Faktorladninger > 0,4 er markert.

I et påfølgende spørsmål spørres det etter hvilke eksterne aktører som det samarbeides med i gjennomføringen av reformen (figur 2.12). Eldrerådet involveres i mer enn middels grad av drøye 80 prosent av kommunene, mens frivillige organisasjoner involveres tilsvarende av drøye 50 prosent og pårørende trekkes inn i samme grad av drøye 35 prosent av kommunene. Færre kommuner oppgir at det samarbeides i større grad med andre aktører i forbindelse med gjennomføringen av reformen (5-25 prosent av kommunene), slike som hjelpemiddelsentralen, Nav stat, spesialisthelsetjenesten og ulike private aktører, og et betydelig antall oppgir også at det *ikke* samarbeides i nevneverdig grad med slike.

Figur 2.12: Eksterne aktører som deltar i gjennomføringen av Leve hele livet (spm. 33). N=69-95.



Her kan man også se tendenser til ulike fokus i organiseringen av samarbeidet med eksterne aktører, jf. faktoranalysen i tabell 2.5: Ett fokus som vektlegger samarbeidet med nevnte «andre» aktører *uten* at man samtidig systematisk involverer eldrerådet og frivillige organisasjoner (F1) og ett fokus som involverer de to sistnevnte (F2). Samtidig er det en tendens til at flere kommuner har begge fokus, jf. relativt betydelig korrelasjon mellom F1 og F2. Dette tyder på at det i tillegg til et vanlig og «vidt» samarbeidsfokus for gjennomføring av reformen også finnes en «tradisjonell» organisering av «eldrepolitikken» (der eldreråd og frivilligheten involveres).

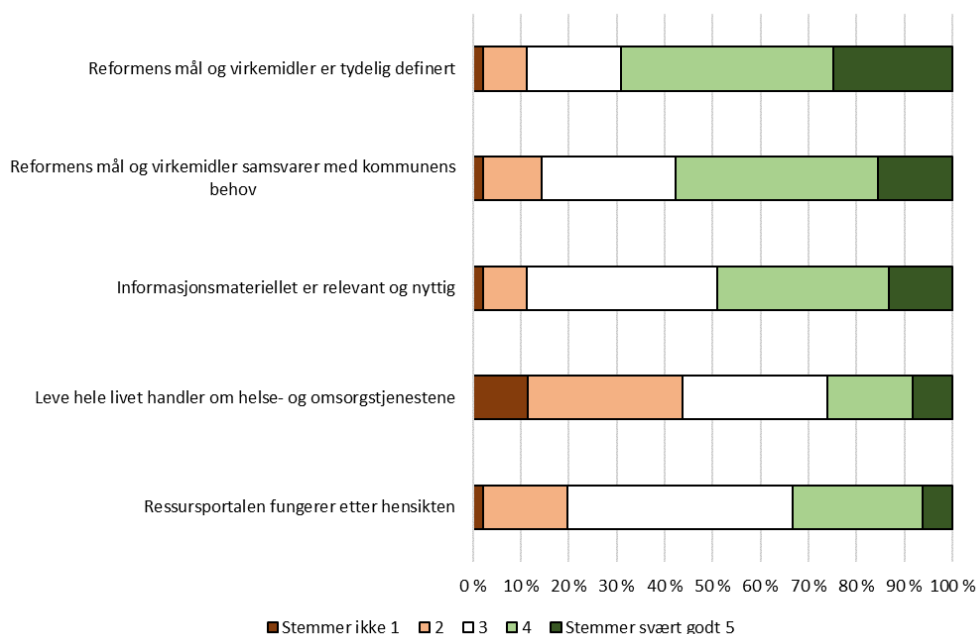
Tabell 2.5: Ulike fokus på deltagende eksterne aktører i Leve hele livet (spm. 33). Faktoranalyse. N=85.

	F1	F2
NAV stat	0,88	-0,11
Spesialisthelsetjenesten	0,87	-0,12
Hjelpemiddelsentralen	0,86	-0,05
Pårørende	0,67	0,32
Utbyggere/boligbyggere	0,58	0,19
Andre næringslivsaktører	0,56	0,36
Eldrerådet	-0,11	0,87
Frivillige organisasjoner	0,27	0,75
Korrelasjon mellom faktorer:	0,41	

Principal components med Oblimin-rotasjon. Basert på polykoriske Faktorer med eigenverdi > 1 beholdt. Faktorladninger > 0,4 er markert.

Kommunenes samlede vurdering av reformen kommer frem i figur 3.13. Mens de aller fleste (70 prosent) synes at mål og virkemidler er mer enn middels godt definert, og også at reformens virkemidler samsvarer med egne behov (60 prosent) og at informasjonsmateriellet er nyttig (50 prosent), er det langt færre som sier seg enige i at reformen handler om helse- og omsorgstjenestene. Her svarer kun 25 prosent at dette stemmer i mer enn middels grad, og drøye 40 prosent mener at det i stor grad *ikke* stemmer. Dette kan ses i kontrast til oppfatningen om hvilke «områder eller tjenester» som kommunene mener berøres av reformen (se figur 3.11), og understreker at helse- og omsorgsområdet strekker seg lenger enn de faktiske tjenestene som benevnes som sådan.

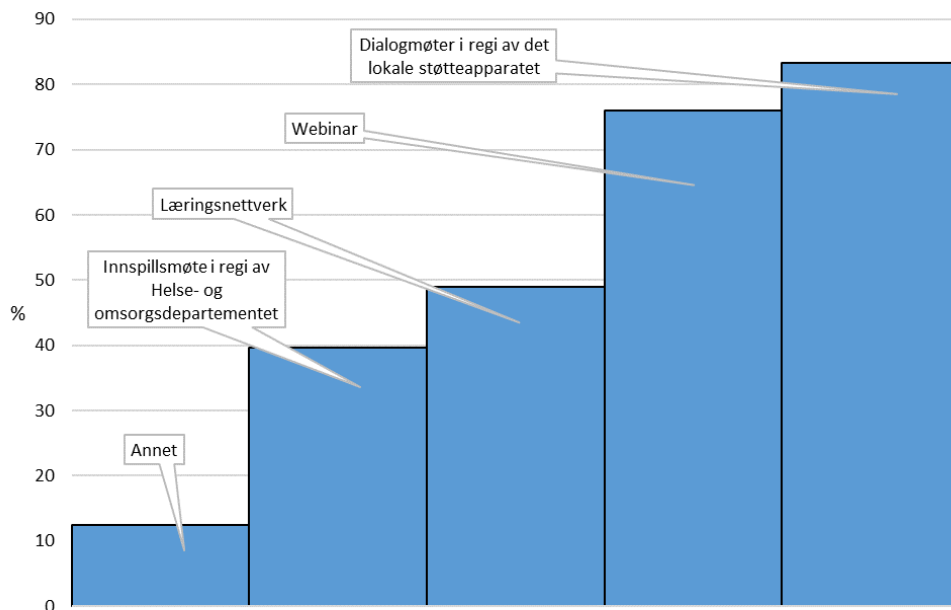
Figur 2.13: Påstander om reformen Leve hele livet (spm. 35). N=96-98.



2.3 Kommunenes bruk av støtteapparatet i reformen *Leve hele livet*

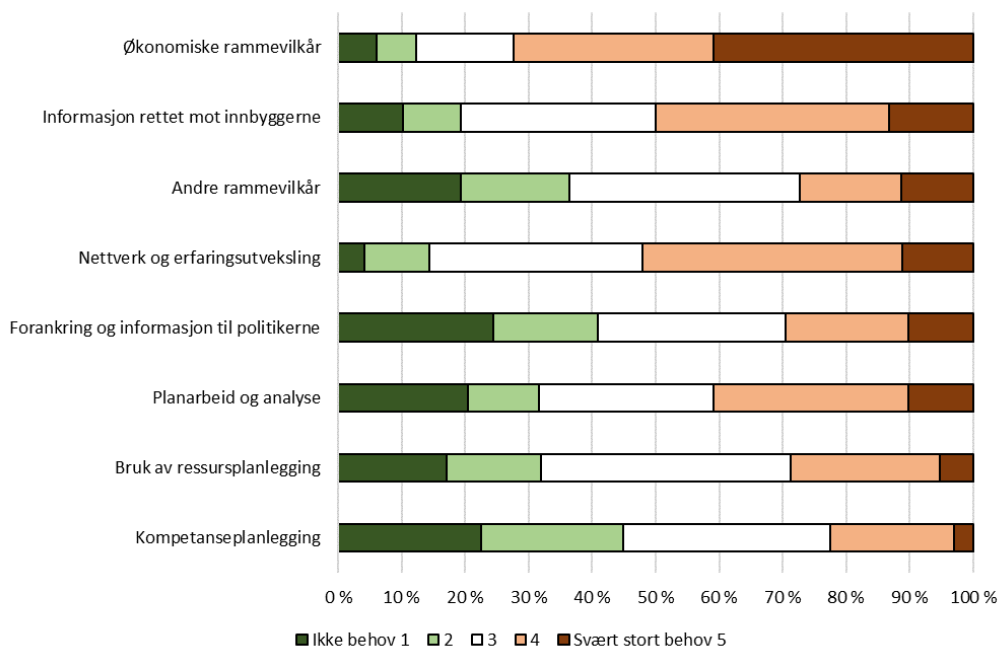
I et spørsmål om kommunenes deltagelse i ulike fora svarer de aller fleste at de har deltatt i dialogmøter i regi av det regionale støtteapparatet (85 prosent, som faktisk er noe hyppigere enn deltagelse i uspesifiserte «webinarer», jf. figur 2.14; spm36). Deltagelse i ulike læringsnettverk (50 prosent) og innspillsmøter med Helse- og omsorgsdepartementet (40 prosent) er også vanlig.

Figur 2.14: *Kommuneansattes deltagelse i ulike arrangementer (spm. 36). N=96.*



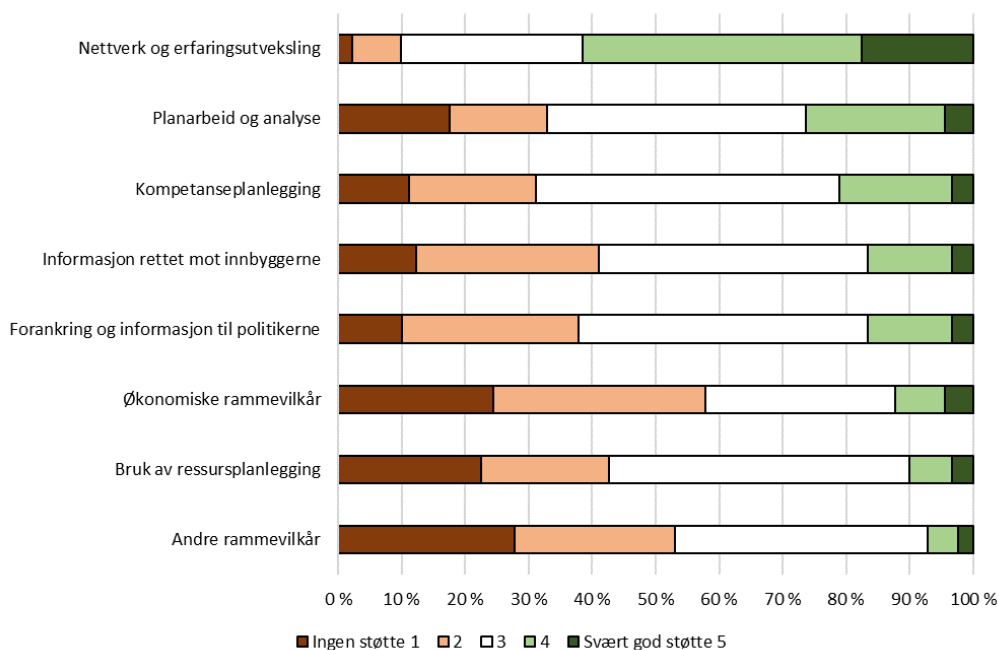
Kommunenes behov for støtte i iverksettingen av reformen på ulike områder fremstilles i figur 2.15 (spm38). Kommunen synes å ha svært store behov for støtte når det gjelder «økonomiske rammevilkår»; drøye 70 prosent oppgir et over middels stort behov på dette området. Også når det gjelder støtte til «nettverk og erfaringsutveksling» rapporteres det om et større behov (hos drøye 50 prosent av kommunene).

Figur 2.15: Ulike behov for støtte i iverksettingen av reformen *Leve hele livet* (spm. 38). N=88-98.



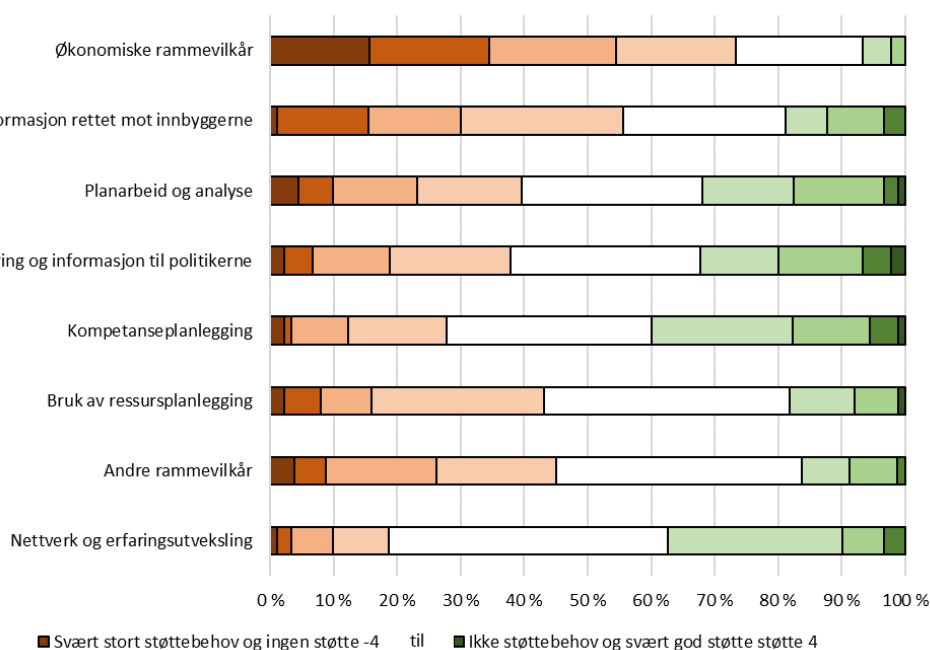
Når kommunenes opplevelse av *tilbudet* om støtte spørres om, langs de samme områdene, er bildet annerledes (se figur 2.16). Her opplever man for eksempel at det tilbys god støtte for «nettverk og erfaringsutveksling» blant 60 prosent av kommunene, mens støttetilbudet når det gjelder «økonomiske rammevilkår» ikke synes å være innfridd.

Figur 2.16: Opplevelse av tilbud om støtte fra det regionale støtteapparatet (spm. 39). N=83-91.



De to foregående spørsmålene kan sammenfattes i et enklere mål for samsvaret mellom behov og tilbud om støtte. I figur 2.17 fremstilles differansen mellom skårene på de to spørsmålene (som går fra 1 til 5). For eksempel vil et opplevet svært godt tilbud om støtte på et område, dvs. tilbudsskåre=5, og et stort behov, behovsskåre=5, gi en differanse på tilbudsskåre - behovsskåre = 5 - 5 = 0, dvs. et behov som er «akkurat» tilfredsstilt. Tilsvarende vil et dårlig tilbud sammen med et lite behov også gi en differanse nær null. Dersom behovet er mye større enn tilbudet gir det en negativ differanse (minimum -4), og dersom det forholder seg omvendt gir det en positiv differanse (maksimum 4, som betyr at behovet er «overinnfridd»). Som ses i figuren er det på de fleste områdene slik at et visst behov er «akkurat» tilfredsstilt: For de fleste områder vil de fleste kommuner hverken være «over- eller undertilfredsstilt» når det gjelder støtte ut fra eget behov. Særlig gjelder dette området «nettverk og erfaringsutveksling» – som også er det området der det meldes inn størst behov (se figur 2.17) – der langt de fleste (hvit del av søylen) er «akkurat» tilfredsstilt. Her ser en altså at reformen svarer godt til kommunenes forventninger på et sentralt virkemiddelområde. På den annen side ser en at kommunene er særlig «undertilfredsstilt» på området «økonomiske rammevilkår». Her har over 70 prosent av kommunene et støttebehov som «overstiger» tilbudet om støtte. Dette understreker mest sannsynlig at aktivitet/ending i forbindelse med en reform uansett koster.

Figur 2.17: Behov og tilbud om støtte fra det regionale støtteapparatet (spm. 38 og 39). N=80-91.



2.4 Oppsummering

Resultatene fra spørreundersøkelsen tyder på at kommunene allerede har igangsatt prosesser eller tiltak på flere av *Leve hele livets* områder, men at kommunene synes å ha kommet noe kortere når det gjelder involvering av brukere og pårørende, og kartlegging av eldre boliger og boligformer. Stort sett synes kommunene å være tilfredse med sitt samlede tilbud til eldre.

Når det gjelder kommunenes forståelse og vurdering av *Leve hele livet*, kan det se ut som om kommunene i første rekke oppfattes som et forsøk på å forbedre kommunens interne og eksterne samarbeidsrelasjoner. Helse- og omsorgssektoren er den sektor som oftest er representert i

kommunenes arbeid, likevel svarer flere kommuner at reformen er en samfunns- og ikke en sektorreform..

Et stort flertall av kommunene har deltatt på ulike aktiviteter i regi av de regionale støtteapparatene, og opplever at tilbudet i stor grad samsvarer med behovet. Unntaket er økonomiske rammevilkår, hvor et stort flertall av kommunene melder at behovet overstiger tilbudet.

3 Kommunale vedtak og planer

Kapittelet undersøker hvordan *Leve hele livet* omtales i kommunenes saksframlegg og planverk. Formålet er todelt: Å kartlegge hvilket gjennomslag *Leve hele livet* har hatt i kommunene, og å undersøke hvordan kommunene vurderer og arbeider med *Leve hele livet*. Deltakelse i *Leve hele livet* er frivillig for kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018), og det er få krav til hvordan reformen skal iverksettes i kommunene. Kommunene står i utgangspunktet fritt til å tilpasse arbeidet til lokale prioriteringer og behov, men et krav er absolutt: Kommuner som deltar i *Leve hele livet* skal utarbeide et forslag til hvordan de skal jobbe med reformen, og at dette forslaget skal resultere i et politisk vedtak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Kravet presiseres i budsjettproposisjonen for 2021, hvor det står at kommuner som ikke har fattet et slikt vedtak innen utgangen av 2021 ikke vil prioriteres i tildelingen av statlige tilskudd (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Videre er det en forventning om at kommunene skal innarbeide *Leve hele livet* i sitt planverk, i første rekke forstått som handlings- og økonomiplaner, planstrategier og eventuelt delplaner for helse og omsorg dersom kommunen har slike delplaner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Budsjettproposisjonen for 2021 presiserer denne forventningen ytterligere, og uttrykker at kommunene også «skal synliggjøre hvordan de vil inkorporere *Leve hele livet* i kommuneplanens samfunnsdel» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, p. 201).

Det er derfor interessant å undersøke hvor mange kommuner som har fattet eller planlegger å fatte vedtak om deltakelse i *Leve hele livet*, og hvordan de omtaler *Leve hele livet* i sine saksframlegg og planer. Vi har gjennomført en kvantitativ og kvalitativ innholdsanalyse av kommunale planer for å gi et svar på følgende spørsmål:

- I hvilken grad deltar kommunene i *Leve hele livet*?
- Hvordan organiserer kommunene arbeidet med *Leve hele livet*?
- Hvordan forstår og vurderer kommunene *Leve hele livet*?

Kapittelet er organisert i tre deler. Del 1 er en analyse av det kommunale planverket, hvor vi ser på hvorvidt og hvordan *Leve hele livet* omtales i ulike kommunale planer. I del 2 ser vi på kommunenes saksframlegg for å identifisere hvordan de organiserer arbeidet med *Leve hele livet*. Del 3 er en innholdsanalyse av kommunale saksframlegg hvor vi undersøker kommunenes forståelse av *Leve hele livet* som henholdsvis en samfunns- og en tjenestereform.

3.1 *Leve hele livet* i det kommunale planverket

For å få en oversikt over hvordan kommunene ligger an med arbeidet med reformen har vi gått gjennom saker som har vært oppe i kommunestyret og kommunale planer i alle kommuner i de tre fylkene Nordland, Innlandet og Agder. Planene vi har gått gjennom er den kommunale planstrategien, kommuneplan, og planer for økonomi- og budsjett. Vi har gått gjennom dokumenter som er offentlig tilgjengelige via kommunens nettsider til og med utgangen av november 2021.

I noen av de 112 kommunene har vi ikke funnet den informasjonen vi trenger for å vurdere i hvilken grad *Leve hele livet* er innarbeidet i planarbeidet. Hvor mange kommuner dette gjelder varierer mellom de ulike planene (se vedlegg 1).

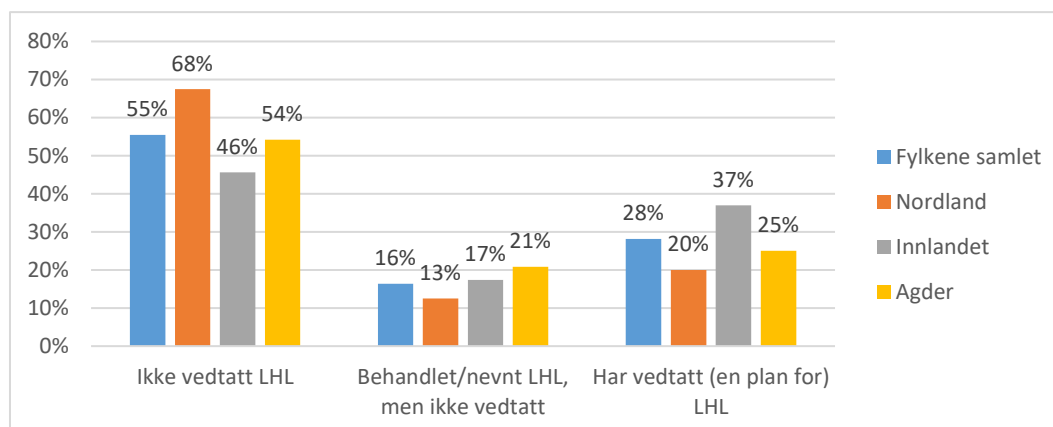
3.1.1 I hvilken grad er *Leve hele livet* tatt med i planarbeidet i kommunene?

Under en tredjedel av kommunene i de tre fylkene vi ser på har vedtatt en plan for arbeidet med *Leve hele livet* i kommunen (Figur 3.1). Når vi ser på de tre fylkene samlet finner vi at 28 prosent har vedtatt en plan for reformen, mens ytterligere 16 prosent har behandlet eller nevnt reformen i forbindelse med planarbeid, men ikke gjort noe vedtak. I litt over halvparten av kommunene (54 prosent) finner vi hverken noe vedtak eller spor etter behandling av reformen i de dokumentene vi

har sett på. For to av kommunene i disse fylkene mangler vi informasjon. Det betyr at vi ikke finner de relevante saksdokumentene vi trenger for å vurdere om det er gjort et vedtak.

Det ser ut til å være til dels stor variasjon mellom de tre fylkene. Andelen kommuner som har vedtatt en plan for arbeidet med reformen er høyest i Innlandet og lavest i Nordland. Blant kommunene i Innlandet har 37 prosent vedtatt en plan, og ytterligere 17 prosent har fattet vedtak om å vedta en plan. I Nordland er andelen kommuner som har vedtatt reformen 17 prosentpoeng lavere enn i Innlandet, og andelen som har behandlet eller nevnt reformen er også lavere, med 13 prosent.

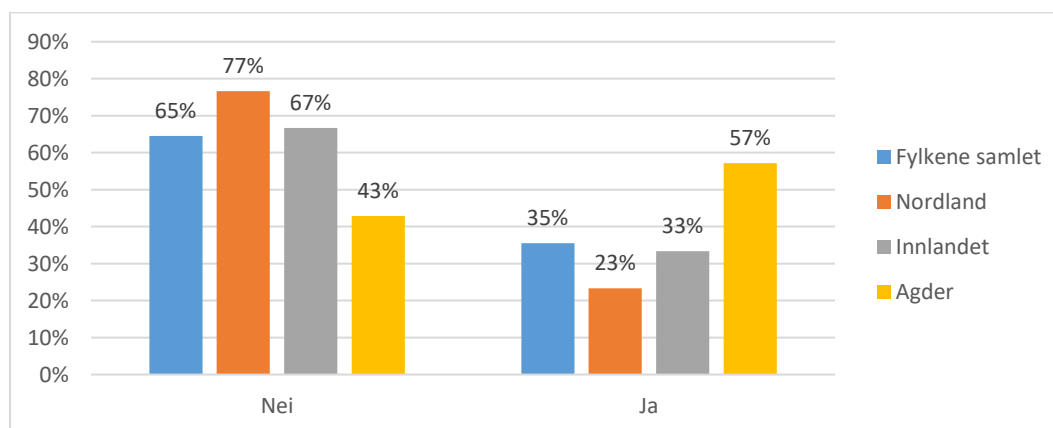
Figur 3.1: Oversikt over hvor stor andel av kommunene som har vedtatt *Leve hele livet* (N=110).



I planstrategien skal kommunene klargjøre hvilke planoppgaver kommunen skal prioritere i valgperioden for å oppnå ønsket utvikling. Den bør inneholde en drøfting av kommunens utfordringer og valg knyttet til samfunnsutvikling og arealbruk, og en vurdering av planbehovet for perioden (Miljøverndepartementet, 2011). En tredjedel, 35 prosent av planstrategiene vi har sett på nevner *Leve hele livet*, mens to tredjedeler ikke gjør det (Figur 3.2). I 19 av kommunene finner vi ikke en planstrategi for denne perioden, så det er relativt mange kommuner vi ikke har informasjon om. Disse tallene gir derfor bare en indikasjon på i hvilken grad kommunene anser *Leve hele livet* som en relevant reform å nevne i dette dokumentet.

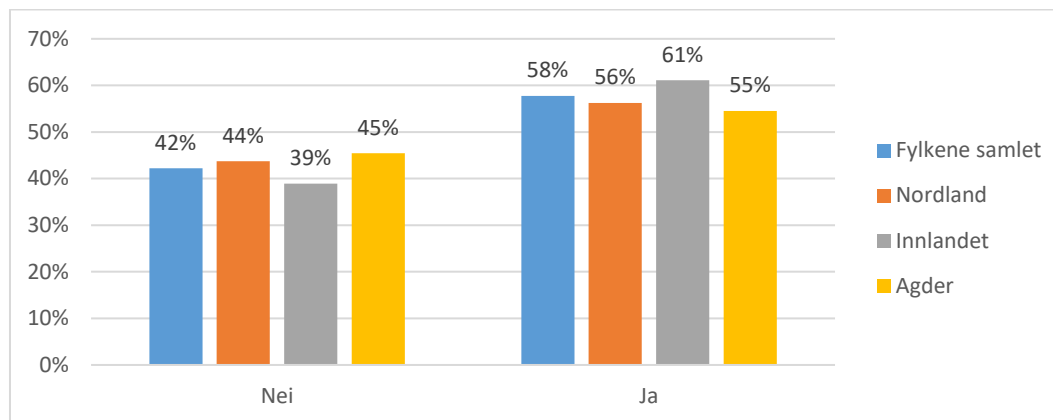
Også her er det en del variasjon mellom fylkene. Andelen kommuner som nevner reformen i planstrategien er høyest i Agder, med 57 prosent, mens den er lavest i Nordland, hvor bare 23 prosent nevner den.

Figur 3.2: Oversikt over hvor stor andel av kommunene som nevner *Leve hele livet* i sin planstrategi (N=93).



Den planen det er mest vanlig å nevne *Leve hele livet* i er økonomiplanen for kommunen (Figur 3.3). Blant de 90 økonomiplanene vi har sett på, er *Leve hele livet* nevnt i over halvparten, 58 prosent. Her er det liten variasjon mellom fylkene, og det er bare seks prosentpoeng som skiller Agder som har lavest andel og Innlandet som har høyest andel.

Figur 3.3: Oversikt over hvor stor andel av kommunene som nevner *Leve hele livet* i økonomiplanen (N=90).



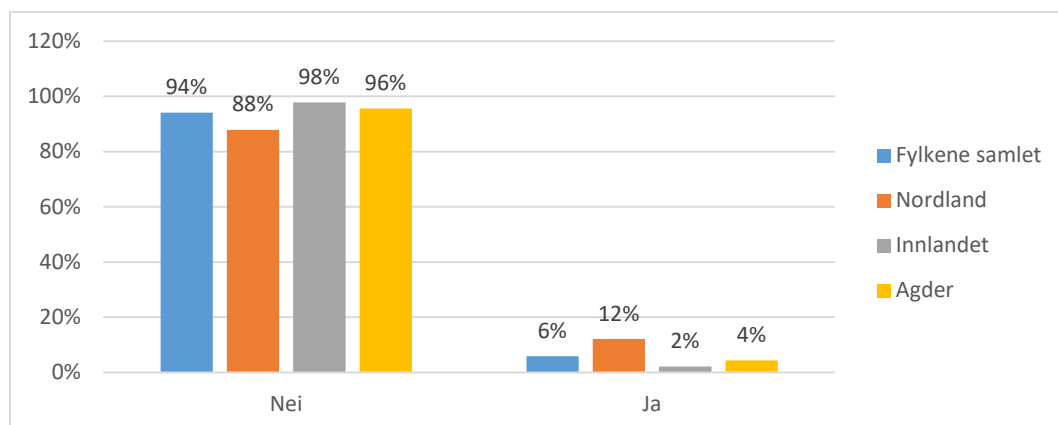
Omtalen av *Leve hele livet* i kommunenes økonomiplan er stort sett holdt i knappe ordelag og til dels med henvisning til andre dokumenter, som har mer utfyllende og detaljerte beskrivelser av arbeidet med reformen. Omtalen i økonomiplanen, som også er en handlingsplan for de neste fire årene, viser til tross for begrenset omtale, retningen for implementering av reformen. De fleste kommunene, som har nevnt *Leve hele livet* i økonomiplanen, omtaler reformen som grunnlag for utvikling av eldreomsorgen. Der *Leve hele livet* er nevnt, reflekterer omtalen at kommunene ser på *Leve hele livet* primært som en omsorgsreform. I samtlige av disse planene er reformen omtalt under kapittelet for helse og omsorg (med noe variasjon i begrepsbruken, f.eks. omsorg og pleie). Noen få kommuner viser i tillegg til planer, som ikke spesifikt omhandler omsorgssektoren, og som er relevante for *Leve hele livet*. Tre kommuner nevner utredning/plan for boligbehov inkludert behov for omsorgsboliger sammen med reformen.

En rekke planer nevner implementering av de nasjonale innsatsområdene i *Leve hele livet*, aktivitet og fellesskap, mat og ernæring, helsehjelp og sammenheng i tjenestene. Det sentrale temaet er behovet for utvikling av tjenestene, fra institusjonsbaserte til hjemmetjenester og generell tilrettelegging for å redusere behovet for institusjonsplasser. To undertemaer utmerker seg. Det ene er aktivisering både på et overordnet nivå, ved å legge opp til mer aktive liv og mer sosial deltakelse for og blant eldre som gruppe, og på individuelt brukernivå med for eksempel å øke stillingsbrøken til eller ansette aktivitør. Det andre temaet som utmerker seg, er mat og ernæring. En rekke økonomiplaner viser til arbeid med ernæring og økt matglede i institusjonene og blant eldre generelt som et viktig område. *Leve hele livet* nevnes sjeldnere i forbindelse med mer overordnede politiske temaer som aldersvennlig samfunn og folkehelse. Kun i et par av de gjennomgåtte planene avsettes det midler spesifikt til implementering av *Leve hele livet*. På den andre siden må det tas med at omsorgssektoren er en svært stor post i de kommunale budsjettene, og reformen legges som nevnt til grunn for planlegging og utvikling innen eldreomsorgen i mange kommuner.

Omtalen av *Leve hele livet* i økonomiplanene indikerer at kommunene i stor grad innretter reformen mot de eldste gruppene i befolkningen, de gruppene som allerede har behov for til dels omfattende tjenester, og som i dag tar en stor andel av budsjettet i omsorgssektoren. Forebygging og tilrettelegging for aldersvennlig lokalsamfunn er lite framme i økonomiplanene, som er kommunenes dokument for å angi prioriteringene for de neste årene.

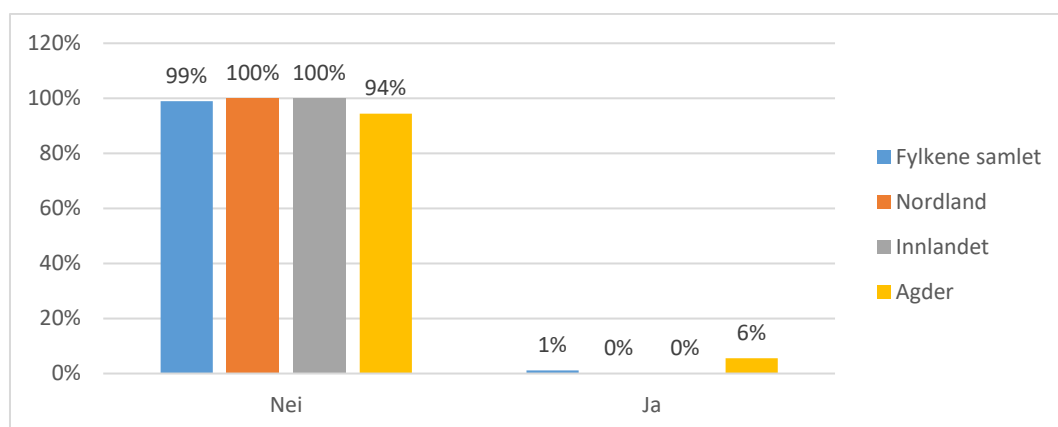
Svært få kommuner nevner *Leve hele livet* i samfunnsdelen av kommuneplanen (Figur 3.4). Av de 102 delplanene vi har sett på nevnes reformen i bare seks. Dette utgjør en andel på 6 prosent. Det er noe variasjon mellom kommunene. De fleste kommunene som nevner *Leve hele livet* i samfunnsdelen er i Nordland. Men siden tallene er så små vil vi ikke legge vekt på denne forskjellen.

Figur 3.4: Oversikt over hvor stor andel av kommunene som nevner *Leve hele livet* i samfunnsdelen (N=102).



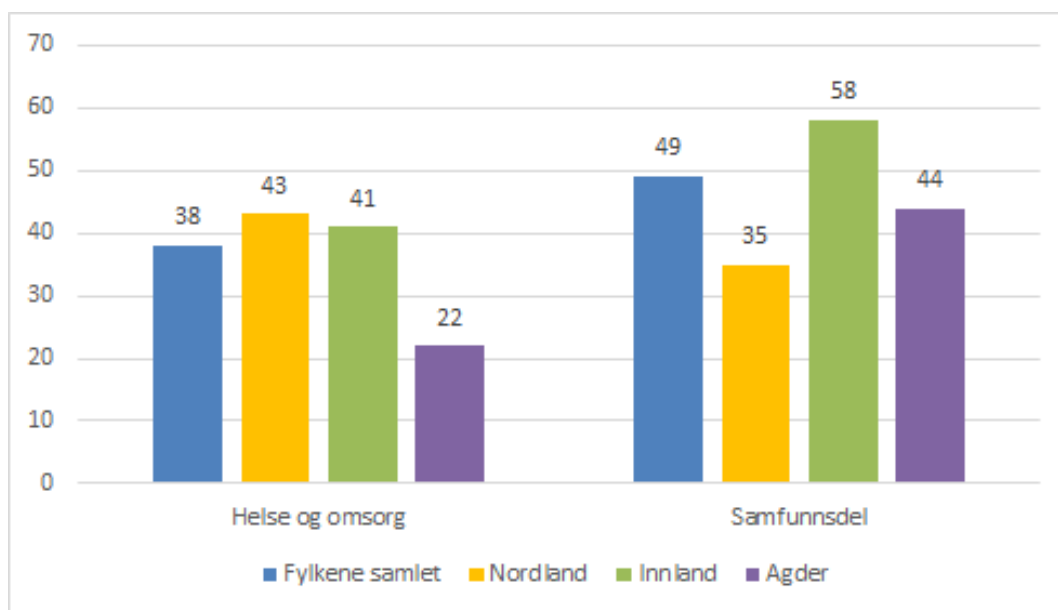
Enda færre nevner *Leve hele livet* i den delen av kommuneplanen som handler om areal (Figur 3.5). Av de 91 arealplanene vi har sett på er det bare én kommune i Agder som nevner reformen.

Figur 3.5: Oversikt over hvor stor andel av kommunene som nevner *Leve hele livet* i arealdelen (N=91).



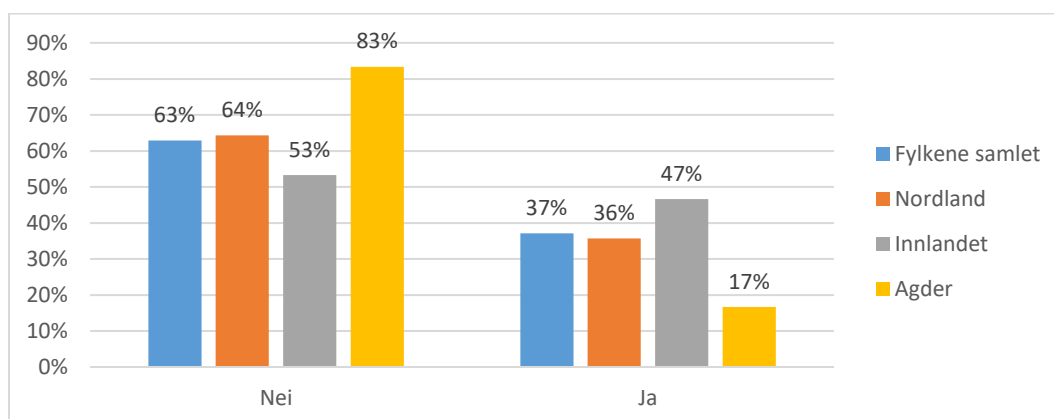
At flere av planene i vårt utvalg er fra 2018 eller tidligere, er en forklaring på at såpass få kommuner omtaler *Leve hele livet* i sine samfunns- eller areal. Ser vi kun på planer som er vedtatt i 2019 eller senere finner vi at seks av 25 kommuner nevner *Leve hele livet* i kommuneplanens samfunnsdel, og en av 29 i kommuneplanens arealdel. Vi har også sett på hvordan kommunene omtaler sine planer for rullering av planverket i saksframlegg i *Leve hele livet*. Av de 47 saksframleggene vi har sett på, viser 18 kommuner (38 prosent) til at *Leve hele livet* enten ligger i helse- og omsorgsplanen eller skal innlemmes. Halvparten av kommunene, 49 prosent, viser i framlegget til at reformen er en del av kommunens samfunnsplan eller bør tas inn i planen. Figur 3.6 viser at det er betydelige forskjeller mellom fylkene.

Figur 3.6: Andel kommuner som har viser til at *Leve hele livet* skal inn i delplan for helse og omsorg og/eller kommuneplanens samfunnsdel. Prosent. (N=91).



I tillegg til de overnevnte planene har vi sett etter andre relevante planer. Det er primært delplan for helse- og omsorg som er relevant her, men vi har også sett i andre planer (for eksempel handlingsplan for samfunnsutvikling og folkehelse). Vi finner relevante planer i kun 35 kommuner, og blant disse er det 37 prosent som har en plan som nevner *Leve hele livet* (3.7). Også her er det noe variasjon mellom fylkene. En høyere andel av kommunene i Innlandet har nevnt *Leve hele livet* sammenliknet med i Agder, men siden antall planer vi har sett gjennom er så lavt, er ikke dette en forskjell vi vil legge mye vekt på. Kun 10 av planene er fra 2019 eller senere, og *Leve hele livet* omtales i åtte av disse.

Figur 3.7: Oversikt over hvor stor andel av kommunene som nevner *Leve hele livet* i en annen aktuell delplan (N=35).



3.1.2 Hvordan varierer implementering av *Leve hele livet* med grad av aldring i kommunene?

Økende forventet levealder og lav fruktbarhet fører til økt aldring av befolkningen over tid. Det er stor variasjon mellom fylker og kommuner i Norge. Mens Oslo forventes å ha en relativt høy andel

unge i tiden fremover, er situasjonen en annen i Innlandet og Nordland. Statistisk sentralbyrå har gjort en befolkningsframskriving for kommunene for perioden 2020 til 2050, hvor de blant annet bruker når antall personer på 65 år og eldre passerer antallet personer under 20 år som et mål på aldring i befolkningen (SSB, 2020a). Innlandet passerte dette punktet allerede i 2019, og Nordland forventes å nå punktet i 2022. I Agder er det forventet at dette skjer først litt etter 2030, og i Oslo først i 2045. To av fylkene vi har med i denne analysen består altså av kommuner med høy grad av aldring sammenliknet med resten av landet.

Et annet mål på aldring er *forsørgerbrøk* for eldre. Dette er antall eldre (65 år og eldre) relativt til befolkningen i typisk arbeidsfør alder (20-64 år). For landet sett under ett var forsørgerbrøken på 0,3 i 2020 (SSB, 2020b). En forsørgerbrøk på litt under én tredjedel betyr at det i 2020 var i underkant av én eldre per tre personer i typisk arbeidsfør alder i Norge. Det er stor variasjon mellom kommuner i Norge. En typisk trend er at forsørgerbrøken for eldre er større jo mindre sentralt en kommune er (SSB, 2020a). I Oslo kommune var for eksempel forsørgerbrøken på 0,19 i 2020, mens den for eksempel i Rendalen var på 0,59.

I alle de tre fylkene vi ser på, er gjennomsnittlig forsørgerbrøk for kommunene høyere enn snittet for landet, både i 2020 og framskrevet for 2050 (Tabell 3.1). Blant kommunene i Nordland og Innlandet var snittet i 2020 på henholdsvis 0,44 og 0,43, mens den i Agder var betraktelig lavere med 0,34. I tråd med at aldringen av befolkningen øker er det også forventet at denne brøken øker over tid, og i 2050 forventes det at disse brøkene ligger på 0,69 i Nordland, 0,70 i Innlandet og 0,62 i Agder. I Norge sett under ett er det forventet at den egr på 0,51, som betyr at det for hver person på 65+ er det to personer i arbeidsfør alder.

Tabell 3.1: Gjennomsnittlig framskrevet forsørgerbrøk for eldre i kommunene i 2020 og 2050.

Fylke	2020	2050
Nordland	0,44	0,69
Innlandet	0,43	0,70
Agder	0,34	0,62
Norge*	0,30	0,51

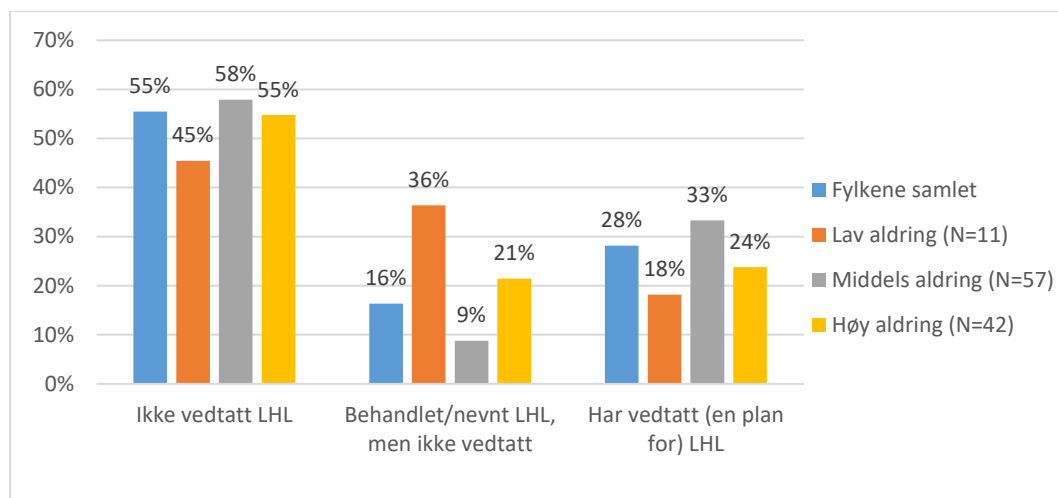
Kilde: SSB (2020b). *Dette er snittet for befolkningen i Norge, mens de øvrige tallene er snittet for kommunene i de enkelte fylkene.

Aldring av befolkningen i kommunen har implikasjoner for blant annet hvor mye arbeidskraft som vil være tilgjengelig i fremtiden, og etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester. Det er naturlig å tenke seg at kommuner som allerede har eller forventer stor grad av aldring av befolkningen planlegger for dette. For å undersøke om det er forskjell i implementeringen av *Leve hele livet* mellom kommuner avhengig av aldringsgrad, har vi kategorisert kommunene avhengig av forsørgerbrøk for eldre. De kommunene som har en forsørgerbrøk under gjennomsnittet for Norge kategoriseres som kommuner med lav aldring, mens de som har en forsørgerbrøk blant de 30 prosent høyeste i Norge kategoriseres som kommuner med høy aldring. I 2020 var dette en forsørgerbrøk på 0,43 og høyere, og i 2050 på 0,71 og høyere. De kommunene som har over gjennomsnittet i Norge, men under de 30 prosent høyeste, kategoriseres som kommuner med middels aldring.

Det er få kommuner med lav aldring i utvalget vårt, og i 2020 er det kun 11 som faller i denne kategorien (3.8). Blant de 57 kommunene som har middels grad av aldring er det en høyere andel som ikke har vedtatt *Leve hele livet*, og heller ikke nevnt det (58 prosent), men det er ikke en stor forskjell fra kommunene med høy aldring (55 prosent). Blant kommunene med lav grad av aldring er det en lavere andel som har vedtatt en plan for *Leve hele livet* sammenliknet med kommunene

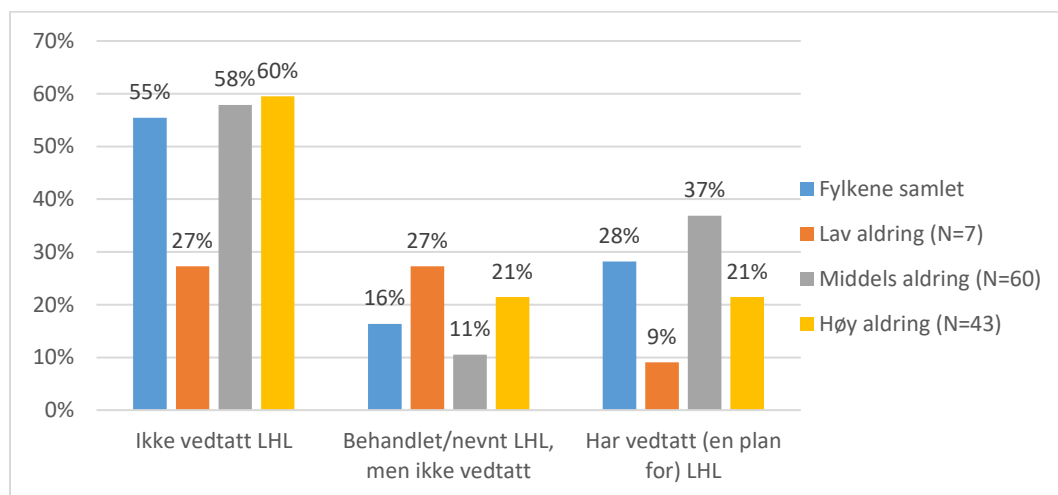
med middels og høy grad av aldring (18 prosent mot henholdsvis 33 og 24 prosent), men en høyere andel har behandlet eller nevnt reformen.

Figur 3.8: Oversikt over hvor stor andel av kommunene som har vedtatt *Leve hele livet*, etter grad av aldring i kommunen i 2020 (N=110).



Befolkningsframskrivninger som dette er framskrivninger kommunene tar med seg inn i planarbeidet, og vi har derfor sett på hvordan dette fordeler seg når vi kategoriserer kommuner basert på framskrevet aldring i kommunene (Figur 3.9). Det er bare sju kommuner som er forventet å ha lav grad av aldring i disse tre fylkene i 2050, men om vi fokuserer på kommuner med middels og høy grad av aldring er det også liten forskjell. 60 prosent av kommunene som er forventet å ha en høy grad av aldring i 2050 har hverken vedtatt eller behandlet/nevnt *Leve hele livet* i sine planarbeider eller saksdokumenter. Blant kommunene med middels aldring er andelen bare 2 prosentpoeng lavere.

Figur 3.9: Oversikt over hvor stor andel av kommunene som har vedtatt *Leve hele livet*, etter grad av aldring i kommunen i 2050 (N=110).



Basert på det vi finner i Figur 3.8 og Figur 3.9, er det ingen grunn til å tro at kommuner som har eller forventer å ha høyere grad av aldring har kommet lenger i arbeidet med å gjennomføre *Leve hele livet* i sin kommune.

3.1.3 Oppsummering

Innen midten av desember 2021, hadde 49 av de 112 kommunene i vårt utvalg fremmet og behandlet enten kommunens handlingsplan for *Leve hele livet* eller beskrevet en prosess for hvordan og når en slik plan skal vedtas.⁴ Vi vet ikke om de øvrige kommunene har intensjoner om å delta i *Leve hele livet*. Som vi vil se i kapittel 5, er det kommuner som har intensjoner om å arbeide med *Leve hele livet*, og som har deltatt på samlinger og lignende, men som ikke har eller kommer til å ha vedtatt en plan innen utgangen av 2021. At under halvparten av kommunene i utvalget har fattet et vedtak forteller oss likevel at svært mange kommuner i beste fall er forsinket i arbeidet med reformen.

Av de tre fylkene vi har sett på, har Innlandet den høyeste andelen kommune som har behandlet *Leve hele livet* politisk, mens Nordland har den laveste andelen. En tredjedel, 35 prosent av planstrategiene vi har sett på nevner *Leve hele livet*, mens to tredjedeler ikke gjør det. Også her er det en del variasjon mellom fylkene. Andelen kommuner som nevner reformen i planstrategien er høyest i Agder, med 57 prosent, mens den er lavest i Nordland, hvor bare 23 prosent nevner den. Det er imidlertid relativt mange kommuner vi ikke har informasjon om, slik at tallene kun gir en indikasjon på hvorvidt kommunene anser at det er relevant å nevne *Leve hele livet* i planstrategien. Handlings- og økonomiplanen er den planen hvor kommunene er mest tilbøyelige til å nevne *Leve hele livet*, og her er det også liten variasjon mellom kommunene.

3.2 Kommunenes organisering av arbeidet

I denne delen vil vi konsentrere oss om de kommunene som har fattet et vedtak. Først vil vi se på hvordan kommunene vurderer *Leve hele livet*, hvordan de beskriver sine aktiviteter, og hvordan de organiserer arbeidet.

3.2.1 Kommunenes forståelse og vurdering av *Leve hele livet*

Mens Stortingsmeldingen beskriver *Leve hele livet* som en «annerledes reform» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018), er det flere, også i reformens støtteapparat, som verken oppfatter *Leve hele livet* som «annerledes» eller som en «reform», men tvert imot som en videreføring av tankegodset fra tidligere statlige satsninger og initiativ (Zeiner et al., 2021). Gjennomgangen av kommunenes saksframlegg viser at heller ikke i kommunene blir *Leve hele livet* nødvendigvis oppfattet som en reform. I fire av saksfremleggene i vårt utvalg blir denne vurderingen gjort eksplisitt, og følgende sitat er illustrerende:

Mange mener at Leve hele livet ikke er en reform, men mer en erfaringsdeling der gode ideer kan nyttiggjøres av andre (Folldal kommune, 2021).

I de fleste tilfellene nøyter imidlertid administrasjonen seg med å vise til hvordan *Leve hele livet* passer inn i allerede eksisterende tiltak og satsinger. 21 av 49 saksfremlegg fremstiller *Leve hele livet* som en videreføring av kommunens arbeid på området, og enda flere saksfremlegg inneholder henvisninger til pågående tiltak eller satsinger som passer inn i *Leve hele livet*-tankegangen. I noen tilfeller viser saksfremleggene til andre statlige satsinger og initiativ, i andre tilfeller handler det om lokale initiativ. Ofte dreier det seg om ett eller flere tiltak som har sitt utspring i samme tankegang som Stortingsmeldingen om *Leve hele livet*, men noen ganger vises det også til at Stortingsmeldingen allerede har «en god forankring i de kommunale planene» (Hamar kommune, 2021). Flere kommuner viser til at *Leve hele livet* kan inngå i allerede igangsatte prosesser eller prosjekt. Dette gjelder blant annet prosjektene *Framtidas helse- og omsorgstjenester* i Gausdal

⁴ Kommunenes løsninger for innsyn i politiske saker er ulike, og vi tar forbehold om at vi ikke har klart å identifisere alle kommunene som har gjort slike vedtak.

kommune, *Livsmestring hele livet* i Kongsvinger kommune, *Ny velferd 2040* i Østre Toten kommune, og *Bærekraftige helse- og omsorgstjenester i Østre Agder* hvor kommunene Åmli, Vegårshei, Gjerstad, Froland, Tvedestrand, Risør, Arendal og Grimstad deltar.

Når færre enn halvparten av kommunene har vedtatt en plan for *Leve hele livet* innen utgangen av november 2021, kan kommunenes opplevelse av at dette er noe de allerede har satt på agendaen og jobber med være en del av forklaringen. I en hverdag preget av pandemi, stramme rammer og prioriteringer, kan det være vanskelig å finne rom for å starte et utviklingsarbeid basert på statlige føringer som ikke er bindende og som man allerede oppfatter å være godt i gang med. I tillegg viser flere kommuner til at pandemien og håndteringen av denne har medført forsinkelser, og noen få viser også til at en presset kommuneøkonomi har gjort det vanskelig å prioritere arbeidet med *Leve hele livet*.

De kommunene som har vedtatt enten et handlingsprogram eller oppstart av arbeid med en slik handlingsplan uttrykker på ulike måter at de støtter opp om de tanker og ideer som ligger til grunn for Stortingsmeldingen. I sine overordnede vurderinger av *Leve hele livet* kan kommunene deles inn i to kategorier. For det første, kommuner som først og fremst synes å betrakte *Leve hele livet* som en kokebok som de kan konsultere i søken etter nye ideer til tiltak eller tilnærminger. For det andre, kommuner som ser *Leve hele livet* som en anledning til å systematisere og strukturere kommunens arbeid. Senere i kapittelet vil vi se nærmere på hvilke sektorer kommunene tenker bør inngå i dette planleggings- og strukturingsarbeidet. Først vil vi imidlertid undersøke om kommunene oppfatter at det stilles krav om nye tiltak i det lokale arbeidet med *Leve hele livet*, og gjennom hvilke prosesser eventuelle nye tiltak identifiseres og utformes.

3.2.2 Kommunenes beskrivelse sine aktiviteter

Utgangspunktet for *Leve hele livet* er at det er kommunene selv som skal identifisere innsatsområder, tiltak og virkemidler. Samtidig er det noen forventninger til hvordan kommunene skal gjøre dette. For det første legger Stortingsmeldingen til grunn at kommunene skal gjennomgå en kartlegging av status på reformens områder, og på grunnlag av denne kartleggingen identifisere aktuelle tiltak og virkemidler. For det andre forutsetter Stortingsmeldingen at kommunene skal legge til rette for at kommunens seniorer og elderråd skal ha mulighet til å medvirke i implementeringen av *Leve hele livet*. Til sist, er det en forventning om at kommunene skal delta i aktiviteter i regi av det regionale støtteapparatet. I det følgende vil vi se hvordan kommunene beskriver disse aktivitetene.

Kartleggingsaktiviteter

Færre enn halvparten av saksfremlegg og øvrige dokument omtaler kommunens planlagte eller gjennomførte kartleggingsarbeid. Det betyr imidlertid ikke at de øvrige kommunene ikke har gjennomført eller planlegger å gjennomføre en slik kartlegging, kun at kartleggingen ikke er nærmere omtalt i det aktuelle saksfremlegget. Mens enkelte kommuner har valgt å konsentrere seg om å kartlegge helse- og omsorgstjenestene, har andre også inkludert kartlegging av kommunens planverk. Først og fremst er det kommunens tjenestetilbud som vies oppmerksomhet. Utsagn som kommunen har tatt «en grundig gjennomgang på dagens tjenesteområder» (Folldal kommune, 2021), kommunen har «arbeidet målrettet med å kartlegge tjenestebehov» (Kongsvinger kommune, 2021), eller det ble «foretatt en kartlegging i sektor for helse og omsorg» (Kvinesdal kommune, 2021). Kun unntaksvis inneholder saksfremleggene en grundig gjennomgang av kommunens status som «aldersvennlig lokalsamfunn» (se for eksempel Etnedal kommune, 2020; Lesja kommune, 2021).

Formålet med kartleggingen er todelt. På den ene side, handler det om hvordan kommunen i dag arbeider på *Leve hele livets* innsatsområder. På den andre side, skal kartleggingen avdekke områder hvor det er behov for en ekstra innsats for å realisere målene i *Leve hele livet*. Omtalen av kartleggingsprosessene styrker inntrykket av at kommunene oppfatter *Leve hele livet* som en

forlengelse av allerede igangsatte prosesser og tiltak. Følgende utsagn gir et godt inntrykk av kommunens utgangspunkt:

Evenes kommune har iverksatt en rekke tiltak som kan forankres i Stortingsmeldingen, men som ikke har sitt opphav i denne (Evenes kommune, 2021).

Innsatsområdene i overordnet strategi for helse- og omsorgstjenestene fra 2012 «forebygging og mestring» støtter opp om de fleste av temaene og intensjonene i stortingsmeldingen (Ringsaker kommune, 2021).

Noen av kommunene er tydelige på at *Leve hele livet* ikke vil medføre større endringer i kommunene. I saksfremlegget til Sør-Odal kommune heter det for eksempel at «[m]ålsetningene og retningen vi jobber etter endres ikke» (Sør-Odal kommune, 2021), mens Trysil kommune legger til grunn at det er «viktigere å fokusere på den videre gjennomføring av de planer som allerede er vedtatt og arbeide ut fra de vedtatte plattformer» (Trysil kommune, 2020). Selv om de øvrige kommunene i vårt utvalg ikke uttaler seg like bastant, fremstår følgende sitat fra Evje og Hornes kommunes saksfremlegg som typisk for kommunenes vurderinger: «Kartleggingen har vist at det jobbes godt på mange områder og en del anbefalinger handler derfor om å videreføre etablert praksis» (Evje og Hornes kommune, 2021).

Medvirkning

I Stortingsmeldingen forutsettes det at lokal implementering av *Leve hele livet* skal skje «med sterk medvirkning fra elderrådene og den eldre befolkning» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, p. 168). I flere av saksframleggene beskriver kommunene hvilke medvirkningsprosesser de har lagt opp til i forkant av den politiske behandlingen. Flere av kommunene beskriver at de har gått bredt ut, og involvert pårørende og brukere, ansatte i tjenestene, frivillige organisasjoner og andre sivilsamfunnsaktører, i tillegg til de eldre selv. En del kommuner har også inkludert innbyggere under 65. Våler kommuner begrunner behovet for en bred involvering slik: «Planen skal lages for, av og med nåværende og fremtidige seniorinnbyggere. Det er viktig at de det gjelder deltar aktivt i planlegging og gjennomføring av tiltakene» (Våler kommune (Innlandet), 2021).

Samtidig beskriver mange at Covid-19 har medført store endringer både i planlagte og gjennomførte medvirkningsaktiviteter. På den ene side handler det om at håndteringen av pandemien legger bånd på kommunens ressurser. Hamar kommune viser for eksempel til at koronasituasjonen «setter begrensninger både i forhold til kapasitet og måten kartleggingen kan gjennomføres på» (Hamar kommune, 2021). I stedet for å gjennomføre en «kartlegging som innhenter informasjon om hva de eldre innbyggerne i Hamar selv mener er viktig» (Hamar kommune, 2021), legger kommunen til grunn at de «aktuelle rådene bør kunne anses som de eldre innbyggernes talspersoner» (Hamar kommune, 2021). På den annen side handler det om at koronarestriksjoner legger begrensninger på kommunenes muligheter til å arrangere folkemøter og andre medvirkningsprosesser. For noen har løsningen vært å gå over til digitale former for medvirkning. Dette gjelder blant annet Evenes kommune som har gjennomført «digitale møter med ansattegrupper (sic!)», samt en «digital spørreundersøkelse for å gi innbyggerne en mulighet for å komme med innspill» (Evenes kommune, 2021).

Regionale samlinger og nettverksaktiviteter

Til sist uttrykker Stortingsmeldingen en forventning om at kommunene skal delta på møter og samlinger i regi av de regionale støtteapparatene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Sammen med det nasjonale støtteapparatet, er de regionale støtteapparatene på mange måter det viktigste statlige virkemiddelet i *Leve hele livet* (Zeiner et al., 2021). Det er derfor interessant å se hvorvidt og hvordan dette virkemiddelet beskrives og vurderes i de kommunale saksfremleggene. Det nasjonale støtteapparatet omtales i svært begrenset grad i saksfremleggene, selv om ressursportalen trekkes fram av tre kommuner som et viktig virkemiddel (Hamar kommune, 2021;

Ringsaker kommune, 2021; Rødøy kommune, 2021). To kommuner trekker fram at de har deltatt i innspillsrundene som ledet opp til Stortingsmeldingen, og to kommuner var til stedet på lanseringen av planen. Gitt at det er de regionale støtteapparatene som først og fremst har oppgaver rettet mot kommunene er det ikke overraskende at omtalen av de nasjonale støtteapparatenes arbeid er begrenset.

Det er de regionale støtteapparatene som har den direkte kontakten med kommunene, og skal formidle statlige føringer til kommunene (Zeiner et al., 2021).¹⁶ av 49 saksfremlegg inneholder en omtale av de regionale støtteapparatene. I første rekke dreier det seg om mer eller mindre detaljerte opplysninger av ulike arrangement i regi av det aktuelle støtteapparatet. Noen er svært detaljerte, og gir en oversikt over all kontakt mellom kommunen og det regionale støtteapparatet (se for eksempel Alvdal kommune, 2021), Andre nøyer seg med å konstatere at det har vært kontakt mellom kommunen og støtteapparatet. Det er rimelig å anta at omtalen i stor grad er knyttet til det forsterkede plankravet, slik det kommer til uttrykk i budsjettproposisjonen for 2021 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Kun to saksfremlegg peker på konkret veiledning som kommunen har mottatt fra støtteapparatet. I begge tilfellen handler det om medvirkning: brukermedvirkning (Alvdal kommune, 2021) og gjennomføring av digitale medvirkningsprosesser (Evenes kommune, 2021). Også kontakten med det regionale støtteapparatet er påvirket av pandemien. Det handler på den ene siden om arrangement og møter som er blitt avlyst eller utsatt, og på den andre siden om at ressursituasjonen i kommunene har ført til begrenset deltakelse på fysiske og digitale arrangement (se blant annet Alvdal kommune, 2021).

Leve hele livet har også vært tema i andre, mer lokale nettverk som kommunene deltar i. Det kan dreie seg om konkrete prosjekter som kommunene deltar i, for eksempel forskningsprosjekt (Kristiansand kommune, 2021) eller prosjekter knyttet til innføring av nye metoder eller ny teknologi, så som prosjektet «Innføring av velferdsteknologi Agder» (Froland kommune, 2021). Enkelte kommuner fremhever også mer permanente interkommunale samarbeidsstrukturer, så som Lister helsenettverk (Farsund kommune, 2021; Kvinesdal kommune, 2021), Helsenettverket i Setesdal (Evje og Hornes kommune, 2021), RKK Vefsn (Hattfjelldal kommune, 2021), og RKK Salten (Saltdal kommune, 2021).

Vurdering av kommunenes beskrivelse av sine aktiviteter

Gjennomgangen viser at kommunene har gjennomført eller planlegger en del aktiviteter som et ledd i arbeidet med *Leve hele livet*. Kartlegging av innbyggernes behov for helse- og omsorgstjenester og kommunenes tiltak er den aktiviteten som oftest nevnes, mens ulike medvirkningsprosesser og deltakelse i ulike nettverksaktiviteter nevnes noe sjeldnere. Det er viktig å merke seg at saksfremleggene ikke er utformet etter en felles mal. Dette betyr blant annet at de først og fremst bør forstås som uttrykk for hvordan administrasjonen tolker kommunestyret eller andre politiske utvalgs informasjonsbehov. At et saksfremlegg ikke viser til deltakelse i ulike nettverksaktiviteter betyr dermed ikke at kommunen ikke har deltatt i slike aktiviteter.

Likevel er det påfallende at færre enn halvparten av saksfremleggene inneholder en omtale av kommunens kartleggingsaktiviteter. Etter planen skulle hovedaktivitetene i perioden 2019-2020 være kartlegging, planlegging og beslutninger. Kommunene skulle i denne perioden «ta stilling til løsningene i reformen og planlegge hvordan de vil utforme og gjennomføre dem lokalt» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, p. 170). Som et ledd i dette arbeidet skulle kommunene kartlegge egne behov og utfordringer, og deretter ta stilling til forslagene i *Leve hele livet*. At under halvparten av kommunene i vårt utvalg har fattet vedtak om enten en plan for arbeidet eller for arbeidets oppstart, og under halvparten av saksfremleggene inneholder en omtale av kommunens kartlegging, er en tydelig indikasjon på at kommunene er på etterskudd i dette arbeidet.

Pandemien er en nærliggende forklaring. Flere kommuner viser til at koronahåndteringen har medført at *Leve hele livet* er satt på vent, og Helsedirektoratet besluttet å forlenge reformperioden med et år. Smittesporing, vaksinerings, økt sykefravær og endrede rutiner har satt allerede pressede kommunale helse- og omsorgstjenester under enda større press. Da er det både forutsigbart og

ønskelig at det er utviklingsoppgavene som må vike. Samtidig tyder vår gjennomgang på at kommunenes tolkning av *Leve hele livet* også kan forklare manglende fremdrift i arbeidet. Vi ser at flere av kommunene betrakter *Leve hele livet* som en videreføring av allerede igangsatte tiltak og prosesser. Det kan tenkes at opplevelsen av at «dette gjør vi allerede» er en forklaring på hvorfor arbeidet med *Leve hele livet* ikke er kommet skikkelig i gang i mange kommuner.

I Statsbudsjettet for 2021 ble det lagt føringer for tildeling av tilskudd, hvor kommuner som omstiller seg i tråd med *Leve hele livet* skal bli prioritert (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Vi har ikke undersøkt om denne føringen har innvirket på kommunenes arbeid, men noterer oss at mange av saksfremleggene viser til at kommunene må fatte vedtak om *Leve hele livet* for å kunne søke tilskudd (Eidskog kommune, 2021; Elverum kommune, 2021; Evenes kommune, 2021; Evje og Hornes kommune, 2021; Folldal kommune, 2021; Gjerstad kommune, 2021; Gjøvik kommune, 2021; Hattfjelldal kommune, 2021; Kongsvinger kommune, 2021; Ringsaker kommune, 2021; Saltdal kommune, 2021; Sør-Fron kommune, 2021; Sør-Odal kommune, 2021; Tynset kommune, 2020; Vang kommune, 2021; Vegårshei kommune, 2021; Vestvågøy kommune, 2021; Våler kommune (Innlandet), 2021). Slik vi ser det, ville det være interessant å se nærmere på hvordan denne føringen påvirker kommunenes innstilling til og arbeid med *Leve hele livet*.

3.2.3 Organisering og forankring

Stortingsmeldingen om *Leve hele livet* kan leses både som en samfunnsreform og en reform av helse- og omsorgstjenestene (Zeiner et al., 2021). Hvordan kommunene organiserer arbeidet med *Leve hele livet* kan gi viktig informasjon om hvordan de tolker og forholder seg til *Leve hele livet* som henholdsvis rettet mot helse- og omsorgstjenestene og mot lokalsamfunnet mer generelt. Som vi har sett, peker omtalen av *Leve hele livet* i planverk og saksfremlegg i retning av at kommunene først og fremst oppfatter at dette er noe som angår helse- og omsorgstjenestene. I det følgende vil vi se om dette også gir seg utslag i hvordan saksfremleggene beskriver organisering og forankring av arbeidet. Først vil vi se på hvordan kommunene vil forankre *Leve hele livet* politisk, dernest hvor i organisasjonen ansvar for gjennomføring av reformen er plassert.

Politisk forankring

Stortingsmeldingen forutsetter «at kommunene gjennom politisk behandling tar stilling til forslagene i reformen» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, p. 11). De politiske saksfremleggene er i seg selv et uttrykk for hvorvidt og i hvilken grad kommunene i vårt utvalg har rettet seg etter denne føringen. Som vi har vist i dette kapittelet, har et knapt flertall av kommunene i vårt utvalg ikke vedtatt en plan for *Leve hele livet*. Det betyr at de heller ikke har tatt stilling til forslagene i *Leve hele livet* gjennom politisk behandling.

Ser vi på de kommunene som har vedtatt enten en plan for *Leve hele livet* eller oppstart av arbeidet med *Leve hele livet*, legger de opp til politisk involvering også på senere stadier i arbeidet. Det er hovedsakelig tre modeller for hvordan slik involvering skal skje. Etnedal kommune kan stå som eksempel på den første modellen:

- *Kommunestyret tar saken til orientering.*
- *Kommunestyret forventer at reformen og stortingsmeldingen tas med i videre forbedringsarbeid i kommunen.*
- *Kommunestyret ber om oppsummering/evaluering i løpet av 2023 i tråd med reformens tidslinje (Etnedal kommune, 2020).*

Her legges det altså opp til involvering ved arbeidets oppstart og avslutning. Den andre modellen legger opp til at kommunestyret eller andre politiske utvalg skal være noe mer involvert, ved at kommunestyret involveres ved behov. Hemnes kommune uttrykker det slik: «Tiltak som er av

prinsipielle karakter, eller utløser behov for finansiering, behandles i kommunestyret fortløpende i prosjektperioden» (Hemnes kommune, 2021).

Den tredje modellen legger opp til mer omfattende og kontinuerlig involvering, særlig av elderråd og/eller hovedutvalg for helse og omsorg. Lødingen kommune vil for eksempel oppnevne en arbeidsgruppe bestående av «en politisk representant, representanter fra elderrådet og rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne i tillegg til ledere og tillitsvalgte fra sektor for helse, pleie og omsorg» (Lødingen kommune, 2021). Også Grimstad kommune vektlegger politisk deltakelse, og vurderer «involvering av elderrådet og helse og omsorgsutvalget (...) som viktig i den videre planleggingen» (Grimstad kommune, 2019). De kommunene som har valgt denne modellen for politisk involvering og forankring, legger som hovedregel opp til at det er elderrådet og hovedutvalget for helse og omsorg som skal involveres i arbeidet. Vegårshei kommune har imidlertid valgt en litt annen tilnærming. Her skal politisk «forankring av prosessen rundt eldreforamen foretas gjennom vedtak og orientering i planutvalget og kommunestyret» (Vegårshei kommune, 2021). Likevel er hovedinntrykket at *Leve hele livet* primært er forstått som noe som angår den eldre delen av befolkningen samt helse- og omsorgstjenestene.

Organisering av arbeidet med *Leve hele livet*

Inntrykket forsterkes ved at det gjerne er kommunalsjef for helse og omsorg eller enheter innenfor helse- og omsorgssektoren som har ansvar for gjennomføringen av *Leve hele livet*. Riktignok understreker flere behovet for å jobbe tverrfaglig (se for eksempel Eidskog kommune, 2021; Folldal kommune, 2021; Gjøvik kommune, 2021; Hattfjelldal kommune, 2021; Kristiansand kommune, 2021; Sør-Fron kommune, 2021). Det kan dreie seg om tverrfaglig sammensatte arbeidsgrupper (Elverum kommune, 2021; Froland kommune, 2021; Gjøvik kommune, 2021; Kristiansand kommune, 2021; Våler kommune (Innlandet), 2021), for eksempel bestående av representanter for ulike sektorer i kommunen, elderråd og/eller pensjonistforeningen, og frivillig sektor. Enkelte kommuner oppretter også styringsgrupper ledet av for eksempel kommunedirektørens ledergruppe (Gjerstad kommune, 2021; Hamar kommune, 2021; Sør-Fron kommune, 2021) eller kommunens folkehelsesteam (Eidskog kommune, 2021). Likevel er hovedregelen at det er helse og omsorg som er gitt ansvaret for ledelse og fremdrift.⁵

Over tid synes det å være et skifte i forståelsen av hva *Leve hele livet* er og bør være (Zeiner et al., 2021). Mens Stortingsmeldingen legger mest vekt på forebygging og kvalitetsutvikling innenfor helse- og omsorgstjenesten, har de regionale støtteapparatene vært mer opptatt av aldersbæreevne og samfunnsplanlegging, et syn som omtalen av *Leve hele livet* i budsjettproposisjonen for 2021 også bærer preg av (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). At ansvaret for *Leve hele livet* plasseres i sektor for helse og omsorg, er en indikasjon på at kommunene først og fremst oppfatter at *Leve hele livet* er noe som angår de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Ut fra saksframleggene er det ikke mulig å fastslå om dette skyldes uenighet om hva som bør vektlegges eller vektlegges, eller om kommunene ikke har fanget opp signalene fra støtteapparatene. Det er imidlertid verdt å merke seg at ansvaret for *Leve hele livet* i utgangspunktet også har vært plassert i avdeling for helse og omsorg også i de regionale støtteapparatene (Zeiner et al., 2021).

Tidligere intervjuer med nasjonalt og regionalt støtteapparat gir et bilde av *Leve hele livet* som et arbeid i støpeskjeen. Flere av informantene i de regionale støtteapparatene så et behov for å vri innsatsen fra helse- og omsorgstjenestene mot et aldersvennlig samfunn (Zeiner et al., 2021), men beskrev dette som et krevende budskap å formidle til kommunene. Problemet, slik de beskrev det, er den tette koblingen mellom helsemyndighetene og *Leve hele livet*. Stortingsmeldingen kommer fra Helse- og omsorgsdepartementet, arbeidet nasjonalt ledes av Helsedirektoratet, og

⁵ Se blant annet: Elverum kommune (2021), Evenes kommune (2021), Farsund kommune (2021), Froland kommune (2021), Gjerstad kommune (2021) Hadsel kommune (2021), Hamar kommune (2021), Hattfjelldal kommune (2021), Kristiansand kommune (2021), Kvinesdal kommune (2021), Trysil kommune (2020), Vegårshei kommune (2021).

medlemmene i de regionale støtteapparatene har i all hovedsak sin bakgrunn fra helse- og omsorgstjenesten. Denne organiseringen medførte at arbeidet kom skjevt ut fra starten. Det var ikke nok bevissthet om hvor *Leve hele livet* burde ha sin organisatoriske forankring, og vanskelig å overbevise kommunene om at de i motsetning til støtteapparatene burde velge en tverrfaglig tilnærming. Samtidig var aktørene i de regionale støtteapparatene opptatt av å formidle at *Leve hele livet* først og fremst er en samfunnsreform. I neste del vil vi se nærmere på hvordan kommunene forholder seg til *Leve hele livet* som henholdsvis en samfunns- og en tjenestereform.

3.3 Innholdsanalyse av saksfremlegg

Vi har gjort en kvalitativ innholdsanalyse av kommunenes saksframlegg. Løst basert på Malteruds (2012) metode for systematisk tekstkondensering, har vi gjennomført analysen i fire steg: I steg en har vi lest gjennom saksframleggene for å identifisere overordnede rammeverk og fellestrekk mellom dem. I steg to har vi identifisert og sortert teksten i meningsdannende enheter, som i dette tilfelle dreier seg om *Leve hele livet* som henholdsvis en samfunns- og en sektorreform. I praksis innebærer dette steget at vi har laget et kodetre i NVivo, og deretter brukt dette til å kode data. I steg tre har vi kondensert data gjennom å identifisere og oppsummere distinkte enheter eller aspekter innenfor de ulike kodegruppene. I steg fire setter vi igjen sammen de kondenserte enhetene for å identifisere og konseptualisere elementene i *Leve hele livet*. I det følgende vil vi presentere først forståelsen av *Leve hele livet* som en samfunnsreform, og deretter som en sektorreform.

3.3.1 *Leve hele livet* som en samfunnsreform

Aldersvennlige lokalsamfunn er et av innsatsområdene i *Leve hele livet* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Begrepet «aldersvennlige samfunn» har hatt stort gjennomslag, men er gitt noe ulik betydning av ulike aktører (Lui et al., 2009; Torku et al., 2021). Stortingsmeldingen lener seg på Verdens helseorganisasjon (WHO), og fremhever noen indikatorer for å vurdere «aldersvennlighet» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, p. 71):

1. utendørsområder og bebyggelse
2. transport
3. bolig
4. sosial deltakelse
5. respekt og sosial inkludering
6. deltakelse i samfunns- og arbeidslivet
7. kommunikasjon og informasjon
8. helse- og omsorgstjenester

Videre presiserer Stortingsmeldingen noen prosessuelle mål for «aldersvennlighet». Disse dreier seg blant annet om økte forventninger til at eldre selv skal ta ansvar for å planlegge for egen alderdom, at kommunene bør involvere eldre i planlegging og utforming av nærmiljø og lokalsamfunn, partnerskap på tvers av sektorer, satsing på seniorressursen, samt at kommuner knytter seg til WHO's nettverk for aldersvennlige byer og lokalsamfunn (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, p. 12). I det følgende vil vi se på hva kommunen vektlegger i sine saksfremlegg. Først vil vi imidlertid undersøke kommunenes mer generelle innstilling til ideen om aldersvennlige lokalsamfunn.

Betydningen av aldersvennlige lokalsamfunn

Som vi har sett, har mange av kommunene valgt å plassere ansvaret for *Leve hele livet* i sektor for helse og omsorg. Likevel er det få, om noen, kommuner som mener at intensjonen i Stortingsmeldingen kan oppfylles i helse- og omsorgssektoren alene. Følgende sitat fra Kongsvinger kommunes saksfremlegg eksemplifiserer denne holdningen:

Et aldersvennlig Kongsvinger skal legge til rette for at den enkelte skal kunne utnytte sin ressurs (sic!) og ha mulighet til å leve selvstendige og aktive liv. Dette innebærer tiltak som gir de eldre hverdagsmestring og god livskvalitet. Et aldersvennlig Kongsvinger har et inkluderende og tilgjengelig miljø som fremmer aktiv aldring. Utvikling av et aldersvennlig Kongsvingersamfunn krever tverrsektoriell innsats. Innbyggerinvolvering og samskaping står sentralt i utviklingen av det aldersvennlig (sic!) samfunnet, det fokuseres på de miljømessige, sosiale og økonomiske faktorene som påvirker voksnes helse og trivsel (Kongsvinger kommune, 2021).

Enkelte begrenser diskusjonen til å handle om eldre og aldring, og hvordan kommunen og dens eldre innbyggere kan og bør samarbeide om å skape gode betingelser for en aktiv alderdom. I Sør-Aurdal kommune handler det for eksempel om «hvordan innbyggerne i kommunen kan forbedre sin egen alderdom, hvordan aktivitet kan tilrettelegges ikke bare med kommunens bistand, men også på eget initiativ» (Sør-Aurdal kommune, 2021).

Andre setter aldersvennlige lokalsamfunn inn i en større kontekst. I Sør-Odal kommune heter det at et «aldersvennlig samfunn er også et samfunn som er vennlig for alle» (Sør-Odal kommune, 2021). Lengst går kanskje Arendal kommune som slår fast at:

Gjennom kompetanseutvikling og holdningsarbeid skal kommunen bidra til at ressursene mangfoldet representerer forvaltes på en god måte i barnehager, skoler, lag og foreninger og på arbeidsplasser. Det er et mål at by- og samfunnsutvikling legger til rette for at alle skal kunne delta i utvikling av sitt lokalsamfunn uavhengig av kulturell, politisk eller religiøs tilhørighet og/eller funksjonsevne (Arendal kommune, 2021).

Aldersvennlige lokalsamfunn knyttes her til debatten om bærekraftige lokalsamfunn, og krav om rettferdig og likeverdig tilgjengelighet til tjenester, tilbud og deltakelse (Hofstad, 2021).

Fysiske og sosiale indikatorer på aldersvennlighet

Sosial deltakelse, bolig, kommunikasjon, utendørsområder og transport er de tema som oftest går igjen i kommunenes saksfremlegg. Gjennomgående er fremstillingen av disse temaene svært overordnet, som følgende sitat fra Vegårshei kommunes saksfremlegg:

Samtidig må kommunen bidra til å bygge et samfunn hvor det er godt å eldes. Dette betyr fokus på flere sentrumsnære boligtyper, et godt tjenestetilbud og tilgjengelige tilrettelagte møteplasser (Vegårshei kommune, 2021).

Andre eksempler på slike generelle utsagn er:

Utfordringer ved ensomhet, utenforskap og alderisme, vurdere å gjøre befolkningsundersøkelser om hva eldre er opptatt av og ønsker (Ringsaker kommune, 2021).

Vi må legge til rette for sosiale møteplasser, aktivitet og fellesskap (Våler kommune (Innlandet), 2021).

Dersom flere ønsker å bo i egne hjem, kan det bli behov for transport til ulike aktiviteter, handleturer og eventuelle legebekker og andre velferdstjenester. Pr. i dag er det få tilbud med offentlig transport og det er begrenset med avgangstider. I spørreundersøkelsen oppgir de fleste at de har mulighet for transport til ulike aktiviteter, men dette kan endre seg på sikt (Lesja kommune, 2021).

Det er langt mellom de mer konkrete forslagene til hvordan lokalsamfunnet kan bli mer aldersvennlig.

Noen forslag til tiltak peker seg ut. Det første er Lesja kommunes arbeid med ny frivilligsentral, som selv om den ikke har sitt utspring i *Leve hele livet*, bygger på samme tankegodt:

Det har i mange år vært jobbet med å få på plass en frivilligsentral. Oppvekst og kultur fikk ansvar for en utredning og laget en rapport i 2019. Bakgrunn for oppdraget og rapporten, er et vedtak i kommunestyre (desember 2015, sak 121/15) og en politisk bestilling fra Livsløpstyret (januar 2019). En frivilligsentral er etterspurt i mange år og anses som viktig for den aldrende befolkningen. En frivilligsentral kan være en viktig sosial møteplass med felles aktiviteter, mulighet for kjøp av måltider og at man kan få bistand til å utføre enkle gjøremål av frivillige. En frivilligsentral krever god organisering og tilrettelegging, avklaring med lokaler, samt at vi trenger frivillige og en ildsjel som kan ha det daglige ansvaret (Lesja kommune, 2021).

Det andre er Kristiansand og Arendal kommuners arbeid med aldersvennlige lokalsamfunn i forbindelse med kommuneplanens arealdel. Kristiansand kommune skriver følgende:

Arealdelen skal legge til rette for styrking av senterområdene med varierte boligtilbud i tilknytning til disse i alle bydeler. Dette vil styrke muligheten til å bli boende i eget nærmiljø når seniorer ønsker å flytte til en mindre eller mer tilrettelagt bolig i senere livsfase. Utvikling av gode senterområder, variert bolig- og leilighetsbygging i tilknytning til sentrene, gode utearealer, parkarealer og sosiale møteplasser er viktige elementer i byutviklingen for å styrke det aldersvennlige samfunn (Kristiansand kommune, 2021).

Arendal kommune er mer konkrete og retter seg mot private utbyggere:

Kommunen bør stimulere Arendal boligbyggelag, andre boligbyggelag og private interessenter til å bygge seniorboliger eller bygg for Omsorg+. Slike leiligheter kan tilbys til leie eller til markedspris. Grunnen til at kommunen bør stimulere til slik boligbygging er at hensiktsmessige og trygge boliger for seniorer vil gjøre det lettere for personer med sykdom å bo hjemme (Arendal kommune, 2021).

Mest konkret er kommunene naturlig nok i omtalen av tiltak som allerede er i gang. Kristiansand kommune nevner flere initiativ, blant annet prosjektet «Fra hjem for eldre til et inkluderende bomiljø for alle typer mennesker» i regi av Stiftelsen Kongens senter, Aktiv senior som tilbyr «aktiviteter, kurs og sosiale møteplasser for 60+ befolkningen», og «matgledeuke for aldersgruppen 65+ (...) [som] er et samarbeid mellom restaurantbransjen, taxinæringen, Kvadraturforeningen og Kristiansand kommune» (Kristiansand kommune, 2021). I Gjøvik gjennomfører kommunen «en holdningsskapende kommunikasjonskampanje rettet mot innbyggerne med tema 'Bo lenger hjemme'» (Gjøvik kommune, 2021), mens Frivilligsentralen i Farsund gir eldre «tilbud om hjelp til å kunne benytte digital samhandling med nettverket sitt» (Farsund kommune, 2021). Andre tiltak som omtales er mer i kategorien «bra for alle aldre», så som Lesja kommunes beskrivelse av tilrettelegging «for at folk i alle aldersgrupper skal kunne være fysisk aktive» inkludert «gang og

sykkelvei gjennomstore (sic!) deler av bygda, flere turmål i grendene med lett adkomst og spinning og styrkerom» (Lesja kommune, 2021).

Medvirkning og deltakelse

Som beskrevet tidligere i dette kapittelet, har Covid-19 medført at innbyggerne har deltatt mindre enn planlagt i kartlegging og utformingen av de kommunale planene for *Leve hele livet*. Likevel er medvirkning – indirekte og direkte – et gjennomgangstema i flere saksframlegg. Flere av kommunene legger opp til at *Leve hele livet* skal innlemmes i kommunens planverk, med de krav til medvirkning som følger av Plan- og bygningsloven (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014; Plan- og bygningsloven, 2008). Som Eidskog kommune bemerker har kommunen etter Plan og bygningsloven § 5-1

et særlig ansvar for å sikre aktiv medvirkning av grupper som krever spesiell tilrettelegging. Grupper og interesser som ikke er i stand til å delta direkte skal sikres gode muligheter for medvirkning på annen måte. (Eidskog kommune, 2021).

Diskusjonene om medvirkning går imidlertid ut over de formelle lovkravene til påvirkning. Flere kommuner viser til at innbyggerinvolvering og samskaping er viktige virkemidler for å realisere det aldersvennlige samfunnet (Hamar kommune, 2021; Kongsvinger kommune, 2021; Sør-Fron kommune, 2021). I Træna er målet at *Leve hele livet* skal

Bidra til å dreie kommunen fra å være en servicekommune til å bli en samskappingskommune, der den enkelte innbygger, kommunen, frivilligheten og næringslivet sammen skal bestemme hva og hvordan felleskapet (sic!) skal fungere (Træna kommune, 2021).

I Arendal er «målet å skape en 'bry deg kultur' hvor alle utfordres til å skape gode nærmiljø og et varmere samfunn» (Arendal kommune, 2021).

En ambisjon mer enn en konkret plan?

Gjennomgangen av de kommunale saksframleggene viser at mange av kommunene har fanget opp at *Leve hele livet* også handler om tilbud og tjenester utenfor helse- og omsorgssektoren. Samtidig bærer diskusjonen om aldersvennlige samfunn mer preg av idealer og ambisjoner enn en konkret plan. Derfor vil det være interessant å følge kommunenes arbeid videre, for å se om ambisjonene oversettes i konkrete tiltak. Særlig interessant er det om kommunene klarer å få til et godt tverrfaglig samarbeid internt i kommunen, og da særlig mellom planavdelingen og de ulike sektorområdene, og samarbeid med sivilsamfunnsaktører.

3.3.2 Leve hele livet som en sektorreform

I Stortingsmeldingen står det at reformen «er særlig rettet mot helse- og omsorgssektoren» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, p. 10), noe flere av kommunene også vektlegger (se blant annet Gjerstad kommune, 2021; Grimstad kommune, 2019; Hattfjelldal kommune, 2021). Bærekraftige helse- og omsorgstjenester er et gjennomgangstema i mange saksframlegg, og handler om å sikre balanse mellom tilbud og etterspørsel. For mange av kommunene handler dette om en «tydeligere bruk av omsorgstrappen» (Sørfold kommune, 2021), hvor kommunen skal «forebygge mer og reparere mindre» (Arendal kommune, 2021). På den ene siden krever dette at kommunen har strategier for «dimensjonering av tilbud i omsorgstrappa, nivå på tjenestetilbud og tildelingskriterier, [inkludert en oversikt over] behovet for omsorgsboliger, rehabilitering og andre korttidsplasser (Alvdal kommune, 2021). På den annen side dreier det seg om at kommunen må dreie tilbudet sitt til «mindre ressurskrevende og riktigere tjenester lavere i Omsorgstrappen» (Sør-Odal kommune, 2021). Dette betyr økt innsats på de nederste trinnene i omsorgstrappen (Arendal kommune, 2021).

Det første elementet – dimensjonering, nivå og tildeling av tjenester – får relativt lite oppmerksomhet i saksframleggene. Det er langt mellom saksframleggene som tematiserer dimensjonering av kommunens omsorgstjenester. I den grad temaet bringes på baner, er det gjerne som en oppfordring til handling, for eksempel slik som her:

Vi kommer ikke utenom at den største utfordringen innen helse og omsorg i kommunen i årene framover er å tilpasse og dimensjonere eldreomsorgen til et økende antall eldre som vil ha behov for tjenester. Demografien tilsier også at tilgangen til arbeidskraft vil bli redusert og de offentlige budsjettene strammere. Den store kapasitetsutfordringen må løses på en rimeligere måte og sannsynligvis med færre hender (Gjerstad kommune, 2021).

Det andre elementet – omsorgstrappen og tidlig innsats – bringes til gjengjeld ofte opp i saksframleggene. Det handler om folkehelse, om endringsarbeid i tjenestene og om samskaping.

Folkehelse

Flere av saksframleggene har som budskap at de demografiske endringene krever økt innsats for å bedre folkehelsen, både innenfor og utenfor helse- og omsorgstjenesten. Det handler, for det første, om forebyggende tiltak rettet mot (den eldre) befolkningen som helhet. I tråd med innsatsområdene i *Leve hele livet*, peker flere på trening, ernæring og aktivisering som viktige satsinger. Følgende sitater illustrerer denne tankegangen godt:

[Trening] vil verke positivt på helsetilstand, funksjonsevne og forhåpentligvis kor lenge eldre kan bu heime» (Lesja kommune, 2021)

God mat er grunnleggende for god helse og livskvalitet gjennom hele livet (Kongsvinger kommune, 2021).

Langvarig ensomhet hos eldre er forbundet med svekket funksjonsnivå -både fysisk og mentalt- og redusert livskvalitet. Svekket funksjonsnivå påvirker ensomhetsopplevelsen og kan skape selvforsterkende onde sirkler (Kongsvinger kommune, 2021).

Tiltakene er rettet mot de eldre selv, sivilsamfunnet og kommunen. Det handler om «den enkeltes ansvar for å trene og holde seg fysisk aktiv» (Farsund kommune, 2021), at private aktører – frivillige, foreninger og treningsentre – bør tilby «treningsopplegg og aktiviteter tilpasset eldre» (Lesja kommune, 2021), at fastleger «må ha større fokus på helseatferd, kosthold, trening og fysisk aktivitet, - også for eldre» (Farsund kommune, 2021), og at kommunen må tilrettelegge for fysisk aktivitet, for eksempel gjennom frisklivstilbud, ruslevn eller andre tiltak (Kristiansand kommune, 2021; Lesja kommune, 2021). Lignende forventninger finner vi i diskusjoner om mat og ernæring og forebygging av ensomhet. Gjennomgangstemaet er, som Kongsvinger kommune uttrykker det at kommunen «ønsker å nå flere eldre med begynnende funksjonsfall før de kommer i den fasen at de blir sittende hjemme» (Kongsvinger kommune, 2021).

Mange av de mer generelle tiltakene er rettet mot den eldre befolkningen som helhet, men de mer spesifikke tiltakene er gjerne rettet mot den gruppen som mottar eller har behov for helse- og omsorgstjenester. Igjen er det trening, ernæring og sosiale tiltak som går igjen. Det kan dreie seg om fallkurs for brukere «med fallfare/falltendens» (Farsund kommune, 2021), rehabiliterende tjenester til eldre «som av ulike grunner har redusert funksjonsnivå» (Folldal kommune, 2021), aktivitetstilbud i omsorgssentre (Kristiansand kommune, 2021), institusjonskjøkken og deltakelse i matlaging (Sørfold kommune, 2021). Felles for tiltakene rettet mot sårbare eldre er at de enten er iverksatt allerede (Grimstad kommune, 2019; Kristiansand kommune, 2021; Lesja kommune, 2021), eller er hentet fra Stortingsmeldingen. Sørfold kommune kombinerer de to tilnærmingene. I saksframlegget går kommunen gjennom sine tiltak innenfor de fem satsingsområdene og

identifiserer eksisterende tiltak som er i tråd med Stortingsmeldingens målsettinger, og dernest hvilke nye tiltak som kan være aktuelle og tilhørende kompetansebehov (Sørfold kommune, 2021).

Helsestasjon for eldre eller oppsøkende hjemmebesøk er tiltak som skiller seg ut ved at de på samme tid retter seg mot den eldre befolkningen som helhet og mot sårbare eldre. Begge er rettet mot eldre innbyggere som ikke nødvendigvis mottar kommunale tjenester, men helsestasjon er et tilbud de eldre selv må oppsøke mens ved hjemmebesøk er det kommunen som oppsøker sine eldre innbyggere. I begge tilfeller gir det kommunen en anledning til å komme i kontakt med den eldre delen av befolkningen og diskutere ulike tema, som «sikkerhet i hjemmet, fysisk helse, psykisk helse, boforhold, selvhjelpenhet, ernæring, legemiddelbruk, sosiale nettverk, hjelpemidler og aktiviteter (Lesja kommune, 2021). Således kan både helsestasjon for eldre og oppsøkende hjemmebesøk være virkemidler for å kartlegge den eldre befolkningens behov og ønsker, og dermed bidra til tidlig innsats, «økt trygghet og at folk kan bo hjemme lenger» (Lesja kommune, 2021).

Samtidig gir slike lavterskeltilbud kommunene en mulighet til å komme i dialog med innbyggerne og til å tenke «nytt i forhold til behov, krav og fastsette felles forventninger for våre fremtidige tjenestetilbud» (Kongsvinger kommune, 2021). At flere skal bo hjemme lenger, vil bety at terskelen for å motta en institusjonsplass heves. Målet er å få til en forskyvning av kommunenes innsats, med større innsats lenger nede i omsorgstrappen. Likevel er det så å si ingen diskusjon om hvilke prioriteringer dette vil kreve fremover, hvilket nivå tjenesten skal ligge på og etter hvilke kriterier de skal tildeles. Det nærmeste vi kommer er en uttalelse fra Eldrerådet i Kongsvinger som uttrykker bekymring «for antall institusjonsplasser, avlastningstilbud og andre tiltak for de svakeste med vekt på demente hvor behovet øker» (Kongsvinger kommune, 2021), og Lesja kommune som viser til at «aktiviseringsressursen på sjukeheimen [ble] inndratt i 2015» som følge av krav om driftsreduksjon (Lesja kommune, 2021). Som hovedregel rettes oppmerksomheten enten mot behovet for forventningsavklaring hos mottakere av helse- og omsorgstjenester (Kongsvinger kommune, 2021; Ringebu kommune, 2021) eller mot mulighetene for å endre tjenestenes innretning og arbeidsform.

Endringsarbeid i tjenestene

Saksframleggene beskriver en lang rekke tiltak og satsinger som kan klassifiseres under overskriften «endringsarbeid i tjenestene». Vi kan skille mellom konkrete tiltak på den ene siden og innføring av nye arbeidsmetoder på den andre.

Mange av saksframleggene inneholder beskrivelser av nye og eksisterende tiltak innenfor helse- og omsorgstjenestene. Bruk av livsgledeskriterier (Kongsvinger kommune, 2021; Kristiansand kommune, 2021; Lødingen kommune, 2021; Narvik kommune, 2021), måltidsvenn (Kongsvinger kommune, 2021), ruslevenn (Kristiansand kommune, 2021), innføring av velferdsteknologi (Lesja kommune, 2021; Ringsaker kommune, 2021), trivselskoordinator (Kristiansand kommune, 2021) og musikk til pasienter med demens (Sørfold kommune, 2021) er bare noen av tiltakene som kommunene har eller ønsker å innføre. Felles for tiltakene er at de har til formål å bidra til en bedre og mer aktiv hverdag for eldre som mottar helse- og omsorgstjenester.

Samtidig er kommunene på ulike måte opptatt av mer systematisk arbeid og å endre innretningen på helse- og omsorgstjenestene. Det kan for eksempel handle om å arbeide for bedre koordinering av tjenestetilbudet til ulike brukergrupper, særlig brukere med omfattende og langvarige behov. Flere kommuner har en beskrivelse som minner om denne:

utvikle helse- og omsorgstjenestene slik at de fremstår helhetlige og sammenhengende både for brukere og pasienter, pårørende, tjenesteutøvere og samarbeidspartnere (Ringsaker kommune, 2021).

Dette er et mål som berører alle deler av helse- og omsorgstjenesten. Det handler om å skape en «[k]ultur for tverrfaglig samarbeid» (Hattfjelldal kommune, 2021), «[n]ærverksarbeid, heltidskultur

og turnuser som gir bedre tjenester og økt kontinuitet for pasientene» (Folldal kommune, 2021), «[styrke] kompetanse hos medarbeidere og ledere» (Kongsvinger kommune, 2021), «[ø]kt antall heltidsstillinger (...) og rom for alternative arbeidsordninger» (Hattfjelldal kommune, 2021), og andre, lignende tiltak for å heve tjenestenes kompetanse og kapasitet.

Kontinuitet i tjenester forstås dermed først og fremst som organisasjonskontinuitet. Det handler om «planlegging og koordinering av tjenester, ressursplanlegging og -styring, samt en sammenhengende tilnærming til ledelse av tjenester» (Sogstad & Bergland, 2021, p. 11). Kontinuitet kan bidra til økt kvalitet og kostnadskontroll i helse- og omsorgstjenestene (Barker et al., 2017; Gjevjon, 2015), og økt tilfredshet og trygghet for brukerne av tjenesten (Haggerty et al., 2013; Van Walraven et al., 2010). Hattfjelldal kommune oppsummerer det slik: Målet er å levere «kvalitative gode og forsvarlige tjenester innenfor tildelt ressursramme» (Hattfjelldal kommune, 2021).

Det enkelttiltaket som oftest nevnes er imidlertid personsentrert omsorg (se blant annet Folldal kommune, 2021; Hamar kommune, 2021; Hattfjelldal kommune, 2021; Løten kommune, 2021; Ringsaker kommune, 2021). Som Folldal kommune understreker, handler det om

en systematisk tilnærming for å endre en kultur som tradisjonelt sett har hatt fokus på «hva er i veien med deg» og «hva trenger du hjelp til». Spørsmålet «Hva er viktig for deg» må få ha en helt sentral verdi i den sammenheng. (Folldal kommune, 2021).

Personsentrert omsorg er del av et større ideologisk skifte innenfor tjenesteyting, hvor pasienter og brukere har gått fra å betraktes som passive mottakere til aktive brukere av tjenester (Kvæl, 2021). I forskningslitteraturen snakker man gjerne om samproduksjon av tjenester. På systemnivå innebærer samproduksjon et aktivt valg om å involvere brukere i planlegging, utvikling og revisjon av tjenestene, mens det på individnivå innebærer at brukere får et større ansvar for å bidra i egen behandling og tjenesten et større ansvar for å etterspørre og ta i bruk tjenestemottakernes kunnskap (Alford, 2016). Som enkelte kommuner er inne på, krever dette at tjenesteytere og -mottakere samarbeider for å identifisere «behov, krav og fastsette felles forventninger for våre fremtidige tjenestetilbud» (Kongsvinger kommune, 2021).

Gode tiltak eller gode system?

Som vi har sett, er bærekraftige tjenester et gjennomgangstema i mange av saksframleggene. Det handler om å utvikle og styrke de nederste trinnene i omsorgstrappen, og iverksette gode tiltak for å sikre samproduksjon både innenfor tjenestene og i det bredere folkehelsearbeidet. Samtidig er det viktig å understreke at ikke alle kommunene har en like bred tilnærming til *Leve hele livet* som sektorreform. Inntrykket er at noen kommuner har valgt en systematisk tilnærming til *Leve hele livet*, mens andre har vært mer opptatt av enkelttiltak innenfor reformens innsatsområder. Kommunenes hovedgrep kan strekke seg fra personsentrert omsorg og samproduksjon av tjenester til livsgledesertifisering på sykehjem. Felles for de ulike tilnærmingene er at de vektlegger at endringer i tjenesteyting skal bidra til bedre kvalitet og brukeropplevelser, mens kommunene synes å tillegge bærekraft og kostnadskontroll ulik vekt.

3.3.3 Mellom omsorg og deltakelse

Etter å ha lest og analysert kommunenes saksframlegg er hovedinntrykket at kommunene tillegger *Leve hele livet* som sektorreform mer vekt enn *Leve hele livet* som samfunnsreform. Saksframleggene bruker gjennomgående mer tid og plass på å presentere tiltak innenfor helse- og omsorgssektoren, og de foreslåtte tiltakene er mer konkrete og detaljerte. Kommunenes saksframlegg reflekterer i så måte Stortingsmeldingen, hvor beskrivelsen av fire av fem innsatsområder primært tar for seg arbeid og tiltak innenfor helse- og omsorgstjenestene. Hamar kommune oppsummerer Stortingsmeldingen slik:

Innsatsområde aldersvennlig samfunn kan i kommunal sammenheng forstås som lokalsamfunnets samlede innsats for et inkluderende og tilgjengelig miljø som fremmer aktiv aldring. Innsatsområdene aktivitet og fellesskap, mat og måltider, helsehjelp og sammenheng i tjenestetilbudet er mer spesifikke og har i stor grad helse- og omsorgstjenestens tilbud som utgangspunkt (Hamar kommune, 2021).

Samtidig ser vi at det er en glidende overgang mellom den sektorbaserte og den samfunnsbaserte tilnærmingen. Helse- og omsorg inngår som en indikator for aldersvennlige samfunn (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018), og aktivitet og deltakelse er en viktig dimensjon i arbeidet med å utvikle de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Når vi likevel finner at kommunene legger størst vekt på *Leve hele livet* som en sektorreform handler det derfor ikke om at aspekter knyttet til eldres muligheter for sosial deltakelse nedprioriteres, men at de tiltak og prosesser som planlegges i første rekke har sitt utspring i helse- og omsorgssektoren.

3.4 Oppsummering

Analysen av kommunenes planer og saksframlegg gir et tydelig signal om at kommunene ligger bak både Stortingsmeldingens opprinnelige fremdriftsplan og den justerte fremdriftsplanen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, 2020). At startpunktet for kommunenes kartleggings- og planleggingsarbeid er mer eller mindre sammenfallende med starten på koronahåndteringen i Norge er en nærliggende forklaring. Samtidig tyder våre analyser på at også andre forklaringer kan spille inn. For eksempel fremkommer det i de kommunale saksframleggene at mange kommuner opplever at de allerede jobber med problemstillinger og tiltak knyttet til *Leve hele livet*, noe som kan ha betydning for kommunenes prioriteringer i en hverdag som for mange var svært presset allerede før det første smittetilfellet dukket opp i Norge. Videre ser vi at det har vært en utvikling i statlige styringssignaler, hvor Stortingsmeldingens budskap om at *Leve hele livet* først og fremst er rettet mot helse- og omsorgssektoren gradvis er blitt nedtonet til fordel for et budskap om *Leve hele livet* som en mer tverrsektoriell samfunnsreform.

Vi finner at kommunene først og fremst oppfatter *Leve hele livet* som en bredt anlagt sektorreform, hvor folkehelse, bærekraft og endringsarbeid i tjenestene er sentrale tema. Dette gjenspeiler seg i hvordan *Leve hele livet* omtales i kommunenes saksframlegg og planverk, og da særlig i handlings- og økonomiplanene. Samtidig ser vi at om lag halvparten av kommunene i vårt utvalg tenker *Leve hele livet* integrert i kommuneplanens samfunnsdel. Interessant nok finner vi her regionale forskjeller, hvor kommuner i Nordland er mer tilbøyelige til å tenke *Leve hele livet* inn i delplan for helse og omsorg, mens seks av ti kommuner i Innlandet har planer om å behandle *Leve hele livet* i kommuneplanens samfunnsdel.

Samtidig ledes arbeidet med *Leve hele livet* i all hovedsak fra helse- og omsorgssektoren, selv om flere kommuner har eller planlegger å opprette tverrfaglige arbeidsgrupper. Analysen av saksframlegg og planer gir ikke grunnlag for å vurdere hvorvidt og i hvilken grad denne organiseringen legger begrensninger på kommunenes mulighet og evne til å få til et bredt, tverrfaglig samarbeid, men de regionale støtteapparatene rapporterer at det er vanskelig å løfte *Leve hele livet* ut av helse- og omsorgssektoren.

Medvirkningsprosesser kan være et virkemiddel for å engasjere aktører utenfor helse- og omsorgstjenesten, enten det dreier seg om kommunens eldre, frivillige organisasjoner eller næringslivsaktører. Koronarestriksjoner har ført til at gjennomføringen av medvirkningsprosesser i kommunene er blitt vanskeligere. Noe er gjennomført digitalt, men det er uklart i hvilken grad kommunene har nådd ut til målgruppen. Samtidig legger kommunene opp til medvirkning også i etterkant av sitt kartleggings- og planleggingsarbeid. Mens enkelte kommuner legger opp til samproduksjon på individ- og systemnivå, legger andre opp til bredere samskappingsprosesser som også involverer aktører utenfor tjenestene.

Basert på analysen av kommunale vedtak og planer, kan vi identifiserer to forhold som kan få betydning for den framtidige retningen til *Leve hele livet* i kommunene. Det første handler om kommunenes evne til å engasjere på tvers av kommuneorganisasjonen. I hvilken grad makter helse- og omsorgssektoren, hvor arbeidet med *Leve hele livet* i all hovedsak er forankret, å engasjere særlig kommunens planavdeling, men også andre relevante aktører innenfor kommuneorganisasjonen? Det andre handler om kommunens evne til å engasjere innbygger, næringsliv og frivillighet i arbeidet. I kapittel 5 vil vi se nærmere på hvordan politisk og administrativ ledelse, sammen med andre kommunalt ansatte i seks casekommuner jobber med *Leve hele livet*.

4 Arbeidet i de regionale støtteapparatene

Hvordan det nasjonale og regionale støtteapparatet forstår *Leve hele livet*, og hvordan støtteapparatet bidrar til å gi form og legitimitet til arbeidet med *Leve hele livet* ble grundig belyst i den første delrapporten fra evalueringen (Zeiner et al., 2021). I denne delen av evalueringen er tre regionale støtteapparat fulgt gjennom oppfølgende intervjuer (runde 2). Intervjuene i runde 2 ble gjennomført i løpet av november-desember 2021. Representanter fra statsforvalteren (koordinator for *Leve hele livet* og, i noen tilfeller, andre medarbeidere som jobber med reformen hos statsforvalteren), KS og USHT fra hvert av fylkene deltok på intervjuene. Til sammen ble det gjennomført 9 intervjuer (tre intervju per fylke). Intervjuene ble gjennomført digitalt (videokonferansemøter) etter en semistrukturert intervjuguide som ble sendt til informantene i forkant av samtalen.

Intervjuene var strukturert etter temaene: organisering og arbeid i det regionale støtteapparatet, gjennomførte aktiviteter og syn på innholdet i reformen. I denne underveisrapporten har vi lagt mest vekt på å formidle eventuelle endringer i det regionale støtteapparatet og hvordan støtteapparatet oppfatter kommunenes arbeid, utfordringer og behov for støtte så langt i reformen. Vi belyser også hvordan bærekraftdimensjonen ved *Leve hele livet* oppfattes i støtteapparatet og hvilke signaler støtteapparatet har fanget opp fra kommunene.

4.1 Organisering og arbeid i det regionale støtteapparatet

I løpet av det siste året er det flere som rapporterer om endringer og utskiftninger av nøkkelpersoner i det regionale støtteapparatet. Enkelte koordinatore er skiftet ut, og i ett av støtteapparatene har det vært endringer i ansvars- og oppgavefordelingen mellom aktørene. Håndteringen av koronaepidemien har i enkelte tilfeller ført til omdisponering av ressurser, mens andre ikke har vært direkte berørt av arbeidet med å håndtere pandemien.

I to av de tre fylkene er fylkeskommunen kommet med i det regionale støtteapparatet. Dette er også forsøkt i det tredje fylket der det er opprettet kontakt med fylkeskommunene uten at fylkeskommunen så langt har tatt en aktiv rolle i selve støtteapparatet. Fylkeskommunene vurderes som viktige for den delen av reformen som handler om samfunnsplanlegging:

veldig mye av de store sakene handler om samfunnsplanlegging og det å bygge boliger og bygge samfunn på en bedre måte der folk kan klare seg lenger hjemme selv. Det er ingen helseledere som bygger boliger i en kommune, det er jo en helt annen etat som driver med det. Vi har hele tiden sagt til kommunene at de må sitte i møte sammen med samfunnsplanleggingen og de som jobber med kultur (statsforvalterrepresentant i ett av støtteapparatene).

I tillegg har de regionale støtteapparatene knyttet til seg aktører som Husbanken, frivillighetssentraler og forskningsinstitusjoner. Disse aktørene har en løsere tilknytning og det varierer også hvilke aktører de ulike regionale støtteapparatene har involvert i arbeidet. Andre aktører, for eksempel NHO, inviteres ad hoc til å holde foredrag på møter og samlinger.

Samarbeidet internt i de regionale støtteapparatene vurderes av de fleste som positivt, men det vises også til enkelte utfordringer. På det strukturelle nivået vises det til at Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester (USHT), statsforvalteren og KS kan ha litt ulik tilnærming til gjennomføringen av reformen og hvilke deler av kommunen de arbeider mot. USHTene samarbeider eksempelvis med fagsykepleiere, men har ikke kontakt med personer som kan påvirke kommunebudsjettene. KS derimot, sitter tettere på kommunens ledere, mens statsforvalteren gjerne tar en mer strategisk rolle. Enkelte viser til uklar rolle- og ansvarsfordeling,

mens andre viser til knapphet på kapasitet, manglende forventningsavklaringer, ulikt ambisjonsnivå, utskiftninger av nøkkelpersoner og omprioriteringer som følge av pandemihåndteringen som forklaringer bak samarbeidsutfordringer. På tross av enkelte utfordringer, framstår likevel de regionale støtteapparatene som samlet der statsforvalteren, KS og USHTene utfyller hverandre. Det gis også inntrykk av en stor grad av sammenfallende oppfatninger av kommunenes utfordringer og behov.

Samtlige av de regionale støtteapparatene har vært opptatt av og tatt hensyn til kommunenes utfordringer og kapasitet til å følge opp *Leve hele livet* samtidig som de har måtte håndtere den pågående koronaepidemien. Kapasitetsbegrensninger som følge av koronaepidemien fremmes også som hovedårsaken til at arbeidet med *Leve hele livet* har gått langsommere enn planlagt i en god del kommuner. Enkelte kommuner «har tidvis ikke hatt tid til annet enn beredskap».

Kommunenes kapasitetsutfordringer er hensyntatt på ulike måter. I ett av de regionale støtteapparatene ble det eksempelvis valgt å avgrense innsatsen til to hovedfokusområder (forankring av reformen i kommunale planer og bærekraft).

Hvis ikke vi har tid til å lese hyggelige og spennende historier om en reform så har ikke helsearbeiderne og prosjektlederne i kommunen det heller. Hvis vi skulle kommet ut med informasjon som gjør at man egentlig opplever at vi lever i to forskjellige verdener så kunne det fort blitt et negativt fortegn rundt den informasjonen der alt som har med Leve hele livet å gjøre ble oppfattet som litt useriøs satsning. Man maser litt på kommunen om at man skal jobbe med det, men så mener man at de egentlig skal vaksinere. Vi har derfor valgt å fokusere på bærekraft og analyse og sagt til kommunene at det er det de først og fremst skal ha fokus på, så får de ta de mindre lavthengende fruktene som å ta eldre ut på en middag som mer er en happening enn reformarbeid når de har kapasitet til det (statsforvalterrepresentant i ett av støtteapparatene).

Dialog- eller veiledningsmøter med kommunene er en av de typiske aktivitetene som de regionale støtteapparatene har gjennomført i løpet av det siste året. Kommunene selv har i stor grad vært med på å definere innholdet i dialogmøtene. Gjennom møtene har kommunene fått mulighet til å stille spørsmål, melde om sine behov, og komme med innspill til temaer for videre oppfølging. Det rapporteres om deltagelse fra «noe over halvparten» av kommunene til «nær alle» på denne type møter.

Fremdriften i arbeidet med reformen varierer også på tvers av kommunene. Det synes å være en felles erfaring fra de regionale nettverkens side at det fremdeles er mange kommuner som arbeider med å forstå hva reformen handler om og hvordan den er knyttet til oppgaver og aktiviteter kommunen gjør. Mange kommuner sies å arbeide med reformen med utgangspunkt i at *Leve hele livet* er en helsereform. Andre kommuner sies å være kommet et skritt videre, og ber om støtte til å forankre reformen tverrsektorielt med større vekt på at den også er en samfunnsreform.

De fleste aktivitetene som er gjennomført det siste året foregikk helt eller delvis digitalt. For deltakere i regioner der avstandene er store, vurderes dette som en fordel. Men det merkes også at det har vært mer utfordrende å etablere kontakt med kommuner digitalt. Heldigitale og hybridmøter gjør kreative og uformelle samspill mer krevende, men har sin styrke i at det er enklere å delta fra kommuner som ellers ville hatt lang reisevei.

En av intervjudeltakere påpekte at måten arbeidet med reformen er organisert på – i den forstand at nøkkelpersoner i gjennomføringen av reformen er knyttet til «helselinja» - gjorde gjennomføringen spesielt sårbar for effekten av pandemien siden der er nettopp helseapparatet som er i frontlinjen av pandemihåndtering.

4.2 Vridning mot mer vekt på samfunnsdelen

Den mest markante endringen i oppfatning av reformen hos de ulike aktørene i de regionale støtteapparatene, er vridningen fra helse og omsorg som sentralt element i reformen til en mer tverrsektoriell tilnærming hvor særlig samfunnsplanlegging anses som et viktig fagområde. I en av regionene har denne forståelsen stått sterk fra start av mens samfunnsdelen synes å ha fått en større vekt i de to øvrige regionene gjennom året som er gått.

Vridningen viser seg gjennom ulike uttrykk, men er likevel gjennomgangene i samtlige intervjuer. Eksempelvis sier en representant fra KS at det regionale støtteapparatet er blitt flinkere til å inkludere andre fagpersoner og ressurser fra området. Den samme informantene understreker at det er blitt tydeligere at reformen egentlig er et verktøy for å jobbe med demografiutfordringer. En bredere involvering av flere fag og sektorer blir dermed en naturlig konsekvens av denne forståelsen. Det er også en felles oppfattelse i de ulike støtteapparatene at man på et generelt grunnlag er blitt flinkere til å snakke med andre aktører i sektorer utenfor helsesektoren.

I ett av de andre støtteapparatene uttrykker statsforvalterens representant å ha «fått en aha-opplevelse, og ser mer intensjonene ved reformen nå, og at det også er viktig at statsforvalteren arbeider mer tverrsektorielt». En KS-representant understreker viktigheten av tverrsektoriell satsning for å klare å drifte helsetjenestene framover der fokus må flyttes fra kvalitetsutvikling i eldreomsorgen til utvikling av et mer aldersvennlig samfunn. Den samme representantene mener også at det regionale støtteapparatet har vært med på dreie fokus, og at dette også er nødvendig for å lykkes med reformen. Fra andre støtteapparat bekreftes det også flere har tenkt satsning i forhold til samfunnsendringer og aldersvennlig samfunn egentlig er noe som gjelder for alle aldre. USTH-ene ser gjennomgående ut til å ha hatt et sterkere helsefokus enn eksempelvis KS, men også de har fått en større forståelse for kommunenes samlede behov og utfordringer. I et av støtteapparatene peker for øvrig USHT-representanten på at statsforvalterens manglende tverrsektorielle tilnærming som en utfordring for å få kommunene til å se at alt henger sammen. Det understekes samtidig at den tverrsektorielle tilnærmingen er blitt tydeligere etterhvert, men at kommunene trenger hjelp dersom de skal lykkes med det tverrsektorielle arbeidet. Dette synes kanskje særlig å gjelde der det er behov for å overføre ressurser fra andre sektorer eller å sikre en tilstrekkelig tilrettelegging for et aldersvennlig samfunn i kommunenes plan- og budsjettarbeid.

En annen endring i oppfatningen av reformen handler om at flere av aktørene i de regionale apparatene nå snakker om *Leve hele livet* som en «paraply» for de ulike satsingene og aktivitetene som har pågått siden før reformen ble satt i gang. I forrige intervjurunde med de regionale støtteapparatene fikk vi inntrykk av at det var vanskelig for aktørene å sortere de ulike initiativene og å skille de fra hverandre. Det fremstår som «paraply»-tilnærmingen er et svar på denne utfordringen det regionale støtteapparatet sto ovenfor den gangen.

USHT ser på Leve hele livet som paraply, men reformen er som en løk, det er mange lag, man oppdager stadig nye ting, så ikke nødvendigvis oversiktlig, men det har blitt klarere hva reformen går ut på (USHT-representant fra ett av de regionale støtteapparatene)

Leve hele livet er paraply for alt vi driver med, det var ikke så synlig i vår avdeling før (representant fra statsforvalteren i det samme støtteapparatet)

Fra å være reform med 5 innsatsområder utviklet seg til å være en paraply for mange innsatser innen forbedringsarbeid i kommunene, aldersvennlig samfunn (USHT-representant).

Noen påpeker også at formålet med reformen har blitt klarere for dem i løpet av det siste året. En av informantene nevnte at i løpet av perioden har de fått øyene opp for at reformen vil kreve en større innsats fra de som skal gjennomføre den enn det som opprinnelig ble kommunisert.

Reformen ble lansert som «light» reform: «fortsett å jobbe med de gode tingene dere gjør!». Etter hvert forsto man at denne reformen er et krevende kvalitetsarbeid – dette måtte bli signalisert tidligere! (USHT-representant)

4.2.1 Bærekraftdimensjonen og planarbeid

Bærekraftdimensjonen i helse- og omsorgstjenesten synes særlig å ha vært et tema i en av regionene, men nevnes også som tema i de andre støtteapparatene. Flere kommuner har meldt om nedgang i antall barn og unge kombinert med vekst i antall eldre. I tillegg til mangel på helsepersonell, rekrutteringsutfordringer, knappe budsjetter og flere eldre med ulike helseutfordringer, sies det at stadig flere kommuner er bekymret for en utvikling mot et todelt helsevesen med lavere standard i de kommunale tjenestene.

På regionalt nivå brukes denne type innspill og utfordringer som en bekreftelse på viktigheten av det tverrsektorielle perspektivet og at *Leve hele livet* må knyttes til kommuneplaner og budsjettarbeid. Flere etterlyser også en større forståelse på statlig nivå for kommunale prosesser og hvordan kommuner planlegger. Et vedtak om deltagelse i *Leve hele livet*, vil kanskje først få effekt når vedtaket følges opp i kommunenes budsjettarbeid og inkluderes i en kommuneplan.

Når det gjelder samfunnsdelen så er det sånn at det er kommuneplanprosessen som styrer det. Samfunnsdelen ligger i kommuneplanen. Det er ikke noe vi kan purre på. Vi kan presse på for å få lagt inn ting, men ikke når en kommuneplan fornyes. (Representant fra en statsforvalter)

Et av virkemidlene for å få kommunene til å fatte vedtak om deltagelse i *Leve hele livet*, er prioritering av kommuner som har fått *Leve hele livet* inn i kommuneplanen eller fattet vedtak om dette ved tildeling av tilskudd. Ifølge informantene fra det regionale støtteapparatet, kan bruk av tilskudd som virkemiddel i reformen være utfordrende. Kommuner søker ofte tilskudd i klynger (flere kommuner sender felles søknad om tilskudd) og kommuner i samme klynge kan ha ulik status i forhold til *Leve hele livet*. Det etterlyses også større klarhet rundt hva som kvalifiserer kommuner for et slikt tilskudd. Flere intervjudeltakere var skeptiske til dette virkemiddelet og det kom forslag om å erstatte tilskudd med frie midler.

Det stilles også spørsmål til Helsedirektoratets egen koordinering av ulike tilskuddsordninger. Det gis eksempler på kommuner som har henvendt seg til statsforvalteren for å spørre om ulike tilskudd inngår som en del av *Leve hele livet*. Med en bedre koordinering fra Helsedirektoratets side antas det at det også kan være mulig å utarbeide mer treffsikre tilskuddsordninger.

5 Arbeidet i kommunene

Vi har intervjuet seks kommuner i tre fylker for å få dybdekunnskap om hvordan kommunene arbeider med *Leve hele livet*, samt kommunenes vurdering av reformens innretning og virkemidler. I dette kapitlet presenterer vi funn fra denne undersøkelsen. Kapitlet gir en fremstilling av kommunenes mottakelse av *Leve hele livet*, hvordan de organiserer arbeidet, i hvilken grad de involverer eller har som ambisjon å involvere aktører utenfor kommuneorganisasjonen, og hvordan de vurderer virkemidlene i *Leve hele livet*. Vi starter imidlertid med en oversikt over de seks kommunene og deres beskrivelser av ulike aspekter knyttet til lokalsamfunnets aldring.

5.1 Oversikt over kommunene

Det er stor variasjon mellom kommunene i vårt utvalg. I utstrekning er den minste kommunen i utvalget under 200 kvadratkilometer, mens den største er over 1000. I innbyggertall har den minste under 1500 innbyggere, mens den største har over 30 000. Enkelte av kommunene har en romslig økonomi, mens andre har strammere rammer. Selv om seks kommuner vanskelig kan representere bredden i norske kommuner, er de ulike nok til at de viser noe av mangfoldet både i utfordringer og muligheter. Kommunene er imidlertid valgt ut fra to kriterier: grad av hjemmetjeneste versus institusjonsorientering i helse- og omsorgstjenestene, og om de tilhører et fylke med relativt høy eller relativt lav aldring. I utgangspunktet ønsket vi også å rekruttere relativt like kommuner i hvert fylke. Som det kommer frem av tabellen under, lyktes vi bare med det i et av fylkene.

I dette avsnittet, vil vi kort presentere kommunene. Omtalen av hver enkelt kommune er relativt generell for å unngå identifisering.

Tabell 5.1: Oversikt over casekommunene (Innbyggertall i parentes).

Hjemmetjenesteorientering (KOSTRA: Andel innbyggere 80 år og over som bruker hjemmetjenester)	Kommune 1A (3000 – 10 000)	Kommune 1B (<3000)	Kommune 1C (<3000)
Institusjonsorientering (KOSTRA: Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på sykehjem)	Kommune 2A (10 000 – 50 000)	Kommune 2B (<3000)	Kommune 2C (10 000 – 50 000)

Kommune 1A har over 5000 innbyggere, og vil, ifølge SSBs framskrivninger, få en svak vekst i innbyggertall fram mot 2050. Kommunene har en middels høy aldringsgrad, med en forsørgerbrøk – antall personer over 65 år delt på antall personer i aldersgruppen 20-64 år – som er lavere enn de de 30 prosent høyeste i Norge. Forsørgerbrøken vil øke de neste 30 årene, men kommunene vil sannsynligvis holde seg i kategorien middels høy aldringsgrad.

Økonomien i kommunen er anstrengt, og kommunen har igangsatt et arbeid for å sikre mer bærekraftige velferdstjenester fremover. Fra politisk hold har det tradisjonelt vært stor vilje til å bruke penger på kommunale tjenester, og det er ifølge informantene ikke uvanlig med budsjettoverskridelser innenfor helse- og omsorgstjenestene. Den nåværende politiske ledelsen er imidlertid opptatt av innstramminger, både i form av bedre kostnadskontroll og kutt i tjenestetilbudet.

Kommunen har i dag relativt god dekningsgrad på institusjonstjenester, og vurderer å legge ned noen plasser av hensyn til kommuneøkonomien. Samtidig har kommunens sykehjem og

omsorgsboliger en uhensiktsmessig plassering. Dette skyldes at kommunesentrum ble flyttet noen år etter at boligene var ferdigstilt, slik at de som nå bor i boligene ikke har fått det tilbudet i sitt nærmiljø som man hadde forutsatt.

Turisme er en viktig inntektskilde i kommunen, og skaper både utfordringer og muligheter for kommunens helse- og omsorgstjenester. Ikke bare kommunens innbyggere, men også kommunens hytteeiere blir eldre, og presset på helse- og omsorgstjenesten blir gjerne større i ferier og høgtider. Samtidig bidrar turistnæringen til at offentlig kommunikasjon inn og ut av kommunen er relativt godt utbygd, og kommunen undersøker også muligheten for samarbeid med taxi- og transportnæringen. Likevel er transport innad i kommunen i stor grad bilbasert.

Kommunen har ambisjoner om å delta i *Leve hele livet*, og ser for seg synergieffekter mellom *Leve hele livet* og kommunens egeninitierte prosjekt for å omorganisere og effektivisere tjenestene. Arbeidet er imidlertid forsinket, og kommunen ser for seg at de vil vedta en plan for *Leve hele livet* først våren 2022. Arbeidet er forankret i kommunens helse- og omsorgstjeneste, med en ansatt i tjenesten som har et særskilt ansvar for å arbeide med reformen.

Kommune 2A er en bykommune med over 10 000 innbyggere, og med en befolkning som ventes å øke de neste 30 årene. løpet av de 19 neste årene forventes antall eldre over 80 år å stige med ca. 7000 innbyggere. Samtidig vil andelen eldre med demens ifølge SSB bli høyere enn gjennomsnittet i landet ellers fram mot 2040. Men i motsetning til flertallet av norske kommuner, tilsier framskrivninger at kommunen vil ha en yngre befolkning i 2050 enn i 2020, og kommunen beveger seg fra kategorien middels aldring til lav aldring.

Kommunen har hovedsakelig basert seg på institusjonsbaserte tjenester, men vil fremover satse mer på hjemmebaserte tjenester. I tråd med målene i *Leve hele livet* har kommunen særlig satsing på å tilrettelegge gode bomiljøer med fellesskapsløsninger og med møteplasser i lokalmiljøet, der generasjonene kan bo om hverandre og ha mulighet for kontakt og frivillig hjelpe hverandre. Dette, sammen med bedre tilgang til tjenester og bruk av velferdsteknologi, skal gi bedre folkehelse og gjøre at folk bor lenger hjemme. Samtidig satser kommunen på flere kommunale omsorgssentre både i og utenfor sentrum.

Kommunen er med i flere samarbeidsnettverk i sin region, blant annet knyttet til boligkonsepter med fokus på universell utforming og sosial bærekraft med blanding av aldersgrupper både i sentrumsnære områder og tettsteder utenfor sentrum. I tillegg samarbeider kommunen med universitetet i byen.

Kommunen vedtok *Leve hele livet* i kommunestyret forsommeren 2021. Vedtaket skal sikre tverrsektoriell innsats for å fremme utvikling av kommunen som et aldersvennlig samfunn, og innsatsområdene skal inngå i ny Helse- og omsorgsplan. Et av tiltakene som kommunen har gjennomført i henhold til planen er en holdningsskapende kommunikasjonskampanje rettet mot innbyggerne om det å bo hjemme lenger.

Kommune 1B er en distriktskommune med svært spredtbygd befolkning, lange reiseveier og dårlige forbindelser mellom kommunens ulike sentra. Kommunen er blant de sju kommunene i fylket med høyest andel over 80 år som mottar hjemmetjenester, men beskriver selv at kommunens hjemmetjenester er lite utbygd og at lange reiseavstander og dårlig utbygd infrastruktur har medført at kommunen har en svært lav terskel for å tildele institusjonstjenester. Hver fjerde innbygger eller mer i kommunen er i alderen 65 eller over, og kommunen forventes å ha en høy aldringsgrad også i 2050. Ifølge SSB, vil kommunen oppleve en befolkningsnedgang fram mot 2050. Kommunen har mer enn 70 000 kr. i frie inntekter per innbygger, og både administrasjon og politikere beskriver en kommune med svært god økonomi.

Kommunen har valgt å yte tjenester der folk bor, og det er liten vilje hos politikerne til å sentralisere kommunens tjenester. Informantene i kommunen beskriver en situasjon hvor tjenester opprettholdes i lokalsamfunn selv om befolkningsgrunnlaget er svært tynt. Selv om kommunene i

dag har økonomi til å drive på denne måten, er det flere i administrasjonen som uttrykker bekymring for om denne modellen er bærekraftig i framtiden. Imidlertid anser kommunestyret at desentralisert tjenesteyting er nødvendig for å opprettholde bosettingen i kommunen, og den politiske viljen til å endre innretning er liten.

Både politikere og administrasjon er svært positive til *Leve hele livet*, og tolker reformen først og fremst som en kvalitetsreform for kommunens hjemmetjenester. Målet er å bygge ut tilbudet til hjemmeboende eldre, selv om dette antas å ville koste mer enn å fortsette dagens praksis i tildeling av institusjonstjenester. I likhet med flere av kommunene i vårt utvalg, har det vært et skifte av kommunalsjef for helse og omsorg i reformperioden. Til tider har kommunedirektøren fungert som kommunalsjef, og er derfor svært godt orientert om reformen og kommunens arbeid med denne. I påvente av at en ny kommunalsjef skulle tiltre, har kommunen utsatt arbeidet med *Leve hele livet*, og en plan for arbeidet forventes vedtatt i første halvdel av 2022.

Kommune 2B er en distriktskommune med få innbyggere. Kommunen er blant de sju kommunene i fylket med høyest andel innbyggere i alderen 80 år eller over på institusjon. Over 25 pst. av kommunens innbyggere er i målgruppen for *Leve hele livet*, altså 65 år eller eldre. Kommunen har den høyeste forsørgerbrøken i vårt utvalg, og er også forventet å være den av våre kommuner med høyest forsørgerbrøk i 2050. De neste 30 årene er det ventet en relativt stor befolkningsnedgang. Kommunen har over 70 000 kroner i frie inntekter per innbygger.

Kommunen har vedtatt en plan for *Leve hele livet*, men kommunalsjef for helse og omsorg beskriver en hverdag som ofte bærer preg av brannslukking, og hvor det kan være vanskelig å finne rom for langsiktig utviklingsarbeid. Kommunen har byttet helse- og omsorgssjef, og omorganisert. Tidligere leder har gått av med pensjon. Intervjuer med ulike aktører i kommunen kan tyde på at det har vært liten grad av kunnskapsoverføring mellom de to. Kommunens politikere, både i posisjon og opposisjon, uttrykker tilfredshet med kommunens helse- og omsorgstjenester, og opplever å være godt forberedt på den aldrende befolkningen.

Kommunen har til nå hovedsakelig basert seg på institusjonsbaserte tjenester. Folk bor veldig spredt med få naboer og med lange avstander og dårlig veiforbindelse, og det har derfor vært vanlig å komme på hjemmet for folk som blir eldre, «en trygghet og sikkerhet». Dette vil endre seg med stadig flere eldre og med andre preferanser, «mer moderne pensjonister» som ønsker å bo hjemme lenge. Derfor vurderes reformen som relevant.

Kommune 1C er en distriktskommune med relativt lange reiseavstander. Kommunen har en middels høy forsørgerbrøk. I likhet med mange kommuner i Norge, kan kommune 1C regne med at forsørgerbrøken vil øke i årene fram mot 2050, men ikke i samme takt som enkelte andre av kommunene i vårt utvalg. Kommunen vurderer kvaliteten i eldreomsorgen som god. Kommunen beskriver imidlertid selv at de har relativt mange unge med omsorgsbehov bosatt i kommunen, og at de sliter med å etablere et godt nok tjenestetilbud til denne gruppen. Ifølge SSB kan kommunen vente seg en svært beskjeden befolkningsvekst de neste 30 årene. I 2020 hadde kommunen over 70 000 kroner i frie inntekter per innbygger. Kommunen er blant de sju kommunene i fylket med høyest andel hjemmetjenestebrukere i aldersgruppen 80 år og over.

Selv om kommunen er en typisk distriktskommune, medfører gode kommunikasjonsmuligheter til andre kommunesentra at kommunen ikke opplever de samme utfordringene knyttet til rekruttering som mange andre småkommuner. Offentlig transport innad i kommunen er imidlertid dårlig utbygd, og reiser innad i kommunen skjer i all hovedsak med bil.

Politikerne i kommunen oppgir at de prioriterer eldreomsorg høyt, og administrasjonen rapporterer at det sjelden er noe problem dersom de har behov for ekstrabevilgninger. På sikt ser man at det er behov for større kostnadskontroll, og kommunen deltar i et prosjekt sammen med andre kommuner i regionen som har til hensikt å sikre mer bærekraftige tjenester i framtiden.

Både politikere og administrasjon omtaler *Leve hele livet* i positive ordelag, og er innstilt på å jobbe med reformen i årene framover. Det gjenstår imidlertid å fatte et vedtak om deltakelse. Arbeidet ledes av kommunalsjef for helse og omsorg.

Kommune 2C er en bykommune med over 10 000 innbyggere. Forsørgerbrøken i 2020 var på 0,29, noe som plasserer kommunen i kategorien kommuner med en ung befolkning. Selv om forsørgerbrøken er forventet å øke de neste 30 årene, vil kommunene også fremover kunne kategoriseres som en kommune med lav aldring. Kommunen er blant de sju kommunene i fylket med høyest andel innbyggere 80 år og over som er beboere på sykehjem.

I denne kommunen satser de fortsatt på utbygging av institusjonsplasser. Samtidig er de opptatt av å tilrettelegge for boliger som er tilpasset eldre. Kommunen har stor andel av eneboliger, og ser en utfordring i at eneboligene ikke når opp i pris sammenlignet med nyere leiligheter. De senere årene er boligutbyggere i større grad involvert i planleggingen av nye leiligheter mer tilpasset mindre hushold, med mindre areal.

I kommunen forstås *Leve hele livet* som en viktig reform som dekker kommunens utfordringsbilde, ikke bare knyttet til en økende andel eldre. Ifølge informantene omfatter reformen samfunnsplanlegging generelt, som både boligplanlegging, bruk av pårønderressurser og frivilligheten og forståelse av egen helse. Denne forståelsen gjenspeiles både i en tverrsektoriell arbeidsmåte i kommunen og blant politikere, og kommunen har vedtatt reformen i kommunestyret.

5.2 Kommunenes opplevelse av sin situasjon

Kommunene er valgt ut fra kriteriene hjemmetjeneste vs. institusjonsorientering og grad av aldring i deres respektive fylker, men som vi har sett varierer de langs mange andre viktige dimensjoner. Før vi ser nærmere på hvordan kommunene vurderer og arbeider med *Leve hele livet*, vil vi derfor kort diskutere hvordan kommunene beskriver og opplever sin situasjon, og hvilke fellestrekk og forskjeller vi kan identifisere i deres beskrivelser.

5.2.1 Demografi, aldring og innretning av tjenestetilbudet

Alle kommunene i utvalget er opptatt av aldring og hvordan aldringen vil påvirke kommunen i årene som kommer. Interessant nok synes det ikke å være en forskjell mellom kommuner med høy forventet aldring og kommuner med lavere forventet aldring. Sammenligner vi de to kommunene i utvalget med størst variasjon i aldersframskrivninger, ser vi at det ikke nødvendigvis er sammenheng mellom hvor mye befolkningen forventes å eldes, og hvor bekymret kommunens politiske og administrative ledelse synes å være for utviklingen. Kommune 2B er den kommunen i vårt utvalg som kan forvente seg den sterkeste aldringen i årene fremover. Kommunalsjefen i kommunen viser til at de er «fullstendig klare over den demografiske utviklingen», men at de likevel vurderer at de «er rimelig godt rigget» (Kommunalsjef kommune 2B). Til sammenligning er ordføreren i den eneste kommunen i utvalget som kan forvente en yngre befolkning fremover tilsynelatende mer bekymret:

På innbyggerstiden så ser vi jo på (...) demografiens søyler (...) at det er (...) ikke slik at vi buler ut på midten eller på tampen med de yngste, det er jo de eldste som kommer oppover (...), vi har vel enkelte deler av kommunen (...) som vi opplever at aldring allerede har startet i (Ordfører kommune 1B).

En kunne tenke seg at kommuner med høyere grad av institusjonsorientering var mer bekymret for aldring enn kommuner med hjemmetjenesteorientering, men vi finner ingen tendenser til dette i vårt utvalg. Dette kan henge sammen med at det er mer krevende og kostbart å bygge ut institusjonstilbudet, og at kommuner med høy grad av institusjonsorientering naturlig nok har bedre kapasitet i disse tjenestene enn kommuner som er mer hjemmetjenesteorienterte. Kommunalsjef

for helse- og omsorg i kommune 2B vurderer at mens «mens andre kommuner kanskje er i en fase der (...) de har for lite kapasitet, så har vi i dag rimelig grei kapasitet (Kommunalsjef kommune 2B). Kommunedirektøren i kommune 2C som også er en institusjonsorientert, men betydelig større, kommune sier at

Vi tilpasser kapasiteten på institusjonsplasser, heldøgns omsorg og hjemmetjenester gjennom budsjett- og økonomiplan, og vi har ganske store investeringsprosjekter også som går på (...) investering i ulike typer boliger og ja, institusjoner. Så det er en viktig del av det (Kommunedirektør kommune 2C).

På den annen side er kommuner som er mer hjemmetjenesteorienterte gjerne også mer oppmerksomme på de utfordringer som er knyttet til å yte tjenester i brukernes egne hjem. Det kan handle om dårlig utbygd kommunikasjon, noe følgende sitater fra to av kommunene som er hjemmetjenesteorienterte er eksempler på:

Vi har veldig lange avstander i bygdene og inn til sentrum, det som utfordrer oss da, det er jo å ha et transporttilbud for de som bor 4 mil herfra til å komme på de aktivitetene. Skal du ha et dagsenter, så er jo kommunen ansvarlig for å få dem til dagsenteret, men det å bruke tid i kjøring og henting og levering er faktisk nesten like mye som det å ha tiden til å drikke kaffe og ha aktiviteter på senteret (Kommunalsjef, kommune 1C).

Jeg mener at en stor utfordring, det er transport. Det vet jeg at andre landkommuner også sliter med (...) Vi har en buss for demente eller som har vedtak på demens, de har transporttjeneste i den, og så har vi jo et lavterskeltilbud. Men vi kan ikke kjøre, vi har ikke tid, da blir det ikke noe igjen på aktivitetstilbudet hvis bussen skal kjøre hele tiden, og det er begrenset hvor lenge de kan sitte i den bussen, så det stikker seg litt da (LHL-ansvarlig, kommune 1A).

Det handler imidlertid ikke bare om å få brukerne ut på ulike aktivitetstilbud, men også om at lange og kompliserte reiseruter for de ansatte i tjenestene gjør det vanskelig å opprettholde et godt hjemmetjenestetilbud. En kommunedirektør uttrykker det slik:

Jeg har hørt mye på Bærum og sånn som ikke oppretter flere institusjonsplasser. De lar folk bo hjemme selv når det er døgnkontinuerlig tilbud. Så lenge du bor innen 15 minutter fra en base, og det kan jo alle i Bærum gjøre, men det går rett og slett ikke her. Her er det snakk om timer og umulig, for det går faktisk ikke noe transportmiddel imellom (Kommunedirektør, kommune 1B).

De hjemmetjenesteorienterte kommunene har også erfart at det er en grense for hvor langt nedbygningen av institusjonstjenester kan gå:

Vi har bygd ned institusjonsplassene over mange år, og lykkes med det å få dreid tjenestene over mot hjemmetjenester, men vi er så små at nå har vi kommet til et skjæringspunkt (...) når de krever mer enn 20 timer i uken av hjelp, så lønner det seg faktisk å ta dem inn på institusjon. Så den typen planlegging og vurdering holder vi på med nå (Kommunalsjef, kommune 1C).

En annen av de små, hjemmetjenestebaserte kommunene oppsummerer det slik:

Hos oss så risikerer vi at vi øker kostnadene, faktisk, særlig når vi må ha responstjenester (...). Det kommer litt an på hva slags tjenester du trenger, men på grunn av reiseavstander (...) så kommer ikke vi til å tjene så veldig mye på at folk blir boende hjemme. Så for oss er det mer en kvalitets- og

kapasitetsvurdering enn en kostnadsvurdering (Kommunedirektør, kommune 1B).

Vi ser altså at selv om alle kommunene i utvalget er opptatt av aldring, vurderer de utfordringene noe ulikt. I noen grad henger kommunenes vurderinger sammen med hvordan de har innrettet tjenestetilbudet sitt, og i noen grad med kommunens innbyggertall og areal. Det er også et element av økonomiske vurderinger inne i bildet. I avsnittene under, vil vi se nærmere på hvordan andre strukturelle faktorer som kommuneøkonomi, tilgang til personell og interkommunale samarbeid spiller inn i deres vurderinger av egen situasjon.

5.2.2 Økonomi og politiske prioriteringer

Kommunene i utvalget har ulike økonomiske forutsetninger for å håndtere aldringens konsekvenser. To av kommunene beskriver at de opplever den økonomiske situasjonen som utfordrende, og en av kommunene er opptatt av å unngå Robek-listen. To av kommunene er i en svært heldig situasjon, med mer enn 70 000 kroner i frie inntekter per innbygger. De to siste kommunene uttrykker ingen spesielle bekymringer knyttet til sin økonomiske situasjon, selv om den ene av kommunene synes å være mer opptatt av kostnadskontroll enn de øvrige kommunene i utvalget.

Ikke overraskende synes kommunenes økonomi å ha betydning for hvordan kommunene prioriterer. Enkelte kommuner fordeler helse- og omsorgstjenester tilsynelatende uten hensyn til kostnader eller begrensede ressurser. I en av kommunene beskriver kommunalsjefen for helse- og omsorg en situasjon hvor

De eldre i [kommunen] har blitt prioritert hele tiden. Vi er en etat som aldri klarer å holde et budsjett. Vi går jo på smell gang på gang, kvartal på kvartal. Jeg påstår at ikke vi har et realistisk budsjett, men jeg får i alle fall penger [fra politikerne] når jeg trenger det (Kommunalsjef, kommune 1C).

Andre kommuner er opptatt av at all politikk, også fordeling av helse- og omsorgstjenester, handler om å omprioritere ressurser mellom ulike grupper eller mellom kommunens ulike tjenesteområder. I en av de minste kommunene i utvalget handler det ikke om økonomi, men om tjenestenes innhold og lokalisering:

Politisk sett så er det ikke (...) vilje [til] å legge ned noen ting, det er ikke vilje til sentralisering (...). Det hadde jo vært smart kanskje å legge ned det omsorgssenteret vi har ute på øyene, for rekruttering er jo utrolig vanskelig (...) der ute, og det er dyrt (Kommunalsjef, kommune 1B).

I andre kommuner handler det om økonomi, for eksempel kan det være en kultur for budsjett disiplin i kommunen, som dette sitatet fra en opposisjonspolitiker i en av de større kommunene i utvalget illustrerer:

Vi er en kommune som har et voldsomt fokus på budsjett disiplin, og det aller meste drukner i det fokuset spør du meg (Opposisjonspolitiker, kommune 2C).

Andre ganger handler det om at kommunen faktisk ikke har råd til å drive helse- og omsorgstjenestene etter distribusjonsprinsippet. En ordfører beskriver det slik: «Hva kan vi gjøre på kort sikt for å komme i balanse for (...) vi lekker vel sikkert 20 millioner i året, for [vår kommune] (...) er det veldig alvorlig» (Ordfører, kommune 1A).

Det er ikke nødvendigvis enighet innad i kommunene om prioriteringene. Ofte handler det om en administrasjon som prioriterer budsjett disiplin og kostnadseffektivitet og politikere som vegrer seg for å kutte i tjenester eller på andre måter omprioritere kommunens ressurser.

Jeg har jobbet lenge i kommunen, og fram til nå har alle tiltak bare vokst og vokst, og nå står vi på et vippepunkt hvor det kreves at vi må gjøre ting på andre måter, utsette behov for tjenester, og det er vanskelig å få med politikere til å fronte (...) tiltak som betyr at folk kanskje får avslag på tjenester (LHL-ansvarlig, kommune 2A).

Samtidig er inntrykket at når den økonomiske situasjonen blir prekær, så er det vilje til kutt også hos politikerne. Det kan handle om å omorganisere helse- og omsorgstjenesten, eller om å omprioritere mellom helse- og omsorgstjenesten og andre tjenestoområder. Som en studie av kostnadsvekst i de kommunale helse- og omsorgstjenestene viser, er kostnadsveksten i helse- og omsorgstjenester i stor grad finansiert gjennom omstilling av den kommunale virksomheten (Andrews et al., 2014).

5.2.3 Tilgang på personell og interkommunalt samarbeid

For flere av kommunene oppleves tilgangen på personell som mer prekær enn den økonomiske situasjonen. Det handler særlig om små kommuner i distriktene, hvor lange pendleravstander gjerne medfører at det er vanskelig å rekruttere personell bosatt i andre kommuner. I den minste kommunen i vårt utvalg beskriver kommunaldirektøren for helse- og omsorg en hverdag med «beinhard prioritering» og «masse (...) branner som skal slukkes» (Kommunalsjef, kommune 2B). Det handler om at det er vanskelig å rekruttere leger og annet personell, men også om at kommunens personellressurser er på strekk. Vikarer må hentes fra kommunens øvrige personell, og «det er begrenset der også hvor mye vi kan bruke dem, for det går utover andre ting» (Kommunalsjef, kommune 2B). Kommunedirektøren i en annen av de minste kommunene forteller en lignende historie:

Vi har ikke ansatte leger, bare vikarer, hatt i mange, mange år. Vi har enorme utgifter til vikarbyråer for sommerferieavvikling på omsorgssentrene (Kommunedirektør, kommune 1B).

Dette er to kommuner som har god økonomi, og med en uttalt politisk vilje til å satse på gode tjenester til innbyggerne. Som kommunedirektøren i en av kommunene oppsummerer det: «Jeg tror det er tilgang på personell som vil stoppe oss før pengene» (Kommunedirektør, kommune 1B).

Større kommuner eller kommuner som er del av en større bo- og arbeidsmarkedsregion opplever situasjonen som mindre alvorlig, selv om også de merker at etterspørselen etter helsepersonell er større enn tilbudet, noe som særlig gjelder fastleger, sykepleiere og til dels også faglærte helsearbeidere. Det er ingen store forskjeller mellom store og små kommuners tiltak for å rekruttere og beholde personell. Det handler om å tilby utdanning og videreutdanning til personell i kommunen (Kommunalsjef, kommune 1C), om å tenke nytt om oppgavefordeling mellom sykepleiere, faglært helsepersonell og ufaglærte (Kommunalsjef, kommune 2C), og om stillingsprosenter og heltidskultur (Kommunalsjef, kommune 2C, Kommunedirektør, kommune 1B). Igjen er det de minste kommunene, med de lengste reiseavstandene, som opplever å ha minst handlingsrom.

Mange i en liten kommune ønsker faktisk å ha deltidsstilling. Det er noen som har litt sånn strategi at de bor på en liten plass hvor det er billig å bo, rimeligere fritidstilbud og sånn, så de har lyst til å unne seg å ha deltidsstilling. (...) Så har vi prøvd å presse opp stillingsprosenten for man forutsetter at det er et ønske hos folk. Over alt så er jo det forutsatt, men her har det kanskje ikke vært det da. Og så ender vi opp med at alle er ansatt i så høy stilling at de ikke ønsker å ta vikarvakter. Så det er et stort problem (Kommunedirektør, kommune 1B).

Selv om kommunene har egne tiltak for å løse personellkrisen, er det flere som peker på betydningen av interkommunale samarbeid. De fleste kommunene inngår i ulike samarbeid. På spørsmål om samarbeid innenfor helse- og omsorgstjenestene, er det mange av kommunene som

peker på ulike former for interkommunale samarbeid innenfor barnevern, eller samarbeid knyttet til fagutvikling, digitalisering og velferdsteknologi. Videre er samarbeid om legevakt og andre legetjenester, samt helsesykepleier gjengangere i vårt utvalg. Samarbeid om omsorgstjenestene oppfattes som vanskeligere å få i stand. Det handler om avstander, men også om at nabokommunene også opplever at ressursene er på strekk. «Det er veldig vanskelig i forhold til ressurser, for nabokommunene sliter på samme måte som oss i forhold til å rekruttere. Så det har ikke vært enkelt» (Gruppeintervju tjenesteledere, kommune 1B). Enkelte kommuner peker likevel på at kommunene har mye å vinne på å spille på lag.

Vi er et felles bo- og arbeidsmarked [i fylket] (...), så det (...) at kommunene opptrer ordentlig seg imellom, at man ikke begynner å overby hverandre er også svært viktig, at man har en indre lojalitet til hverandre (Kommunalsjef, kommune 2C).

Oppsummeringsvis kan vi si at alle kommunene i utvalget opplever at det er vanskelig å rekruttere kvalifisert personell til helse- og omsorgstjenesten, og at de satser på interkommunale løsninger der de finner det hensiktsmessig. Det er også noen viktige regionale forskjeller i hvordan kommunene beskriver rekrutteringsutfordringene; forskjeller som særlig henger sammen med om kommunene er del av en større bo- og arbeidsmarkedsregion. Kommunene som ikke er del av en slik region, har oftere større problemer med å rekruttere helse- og omsorgspersonell, men færre problemer med å beholde dem når de først har bosatt seg i kommunen. Disse kommunene peker gjerne på arbeidsinnvandring som den mest åpenbare løsningen på helsepersonellmangelen. Kommuner som er del av en større bo- og arbeidsmarkedsregion har mindre problemer med å rekruttere, selv om det heller ikke her er uproblematisk, men sliter gjerne med å beholde arbeidstakerne og kan oppleve store utskiftninger i arbeidstokken.

5.2.4 Oppsummering

Vi ser at det er variasjon i hvordan kommunen beskriver sin situasjon, og at denne variasjonen ikke nødvendigvis sammenfaller med våre kriterier for valg av casekommuner. Opplevelsen av de demografiske utfordringene kommunen står overfor, henger til en viss grad sammen med de demografiske framskrivningene og forventet aldring og også i noen grad sammen med innretningen på de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Andre faktorer, som økonomi og geografi, samt kommunens politiske klima og tilgang til personell synes imidlertid å være like viktig. Dette er viktig bakgrunnsinformasjon når vi nå skal gå dypere inn i hvordan kommunene forstår, vurderer og arbeider med *Leve hele livet*.

5.3 Kommunenes arbeid med *Leve hele livet*

Fire av seks kommuner i utvalget har fattet et vedtak om deltakelse i *Leve hele livet*. To av kommunene har vedtatt en handlingsplan, mens de to andre har vedtatt å utarbeide en slik plan. I de to øvrige kommunene er det foreløpig ikke fattet noe politisk vedtak om *Leve hele livet*, selv om kommunenes politiske og administrative ledelse legger til grunn at kommunene skal delta i reformen. Interessant nok synes det ikke å være en sammenheng mellom hvor langt kommunene er kommet i å forankre arbeidet politisk og kommunenes engasjement og oppslutning om *Leve hele livet*. Dette kommer blant annet til uttrykk ved at de to kommunene som har vedtatt en handlingsplan, også er de to kommunene hvor interessen for reformen synes å være minst. I en av kommunene uttrykker tjenesteleder med ansvar for koordinering av *Leve hele livet* det slik:

Dette er ikke noe nytt (...). Jeg er lunken til denne reformen. (...) Jeg synes ikke det er en reform. Det er områder som vi uansett har jobbet med i mange år, og stadig holder på med i kraft av andre satsinger (LHL-ansvarlig, kommune 2A).

Til sammenligning uttrykker kommunalsjef for helse- og omsorg i en av kommunene som verken har vedtatt en handlingsplan eller et vedtak om å arbeide med *Leve hele livet* seg slik:

Det er en veldig bra reform. (...) Det er en reform som tar for seg (...) det vi (...) gjør i det daglige (...). Så det jeg ser at [er] at reformen er veldig 'spot on' på tjenesteleveringen, men likevel så er det områder i den reformen som kommunen ikke er god nok på eller kan gjøre bedre, som har gjort at vi synes at dette er en god reform (Kommunalsjef, kommune 1C).

Det synes heller ikke å være slik at de kommunene som har vedtatt en plan for arbeidet nødvendigvis har kommet lenger i gjennomføringen av *Leve hele livet* enn kommuner som ikke har vedtatt en slik plan. Blant våre casekommuner har den kommunen som har de mest konkrete planene for gjennomføring foreløpig ikke en politisk vedtatt handlingsplan for arbeidet.

I det følgende vil vi derfor ikke trekke et skarpt skille mellom kommuner som har og kommuner som ikke har vedtatt deltakelse i *Leve hele livet*. I stedet vil vi se på kommunenes helhetlige vurdering av *Leve hele livet*, hvordan og i hvilken grad kommunens politikere har et eierskap til reformen, og hvordan oppfølgingen av *Leve hele livet* er organisert i kommunene.

5.3.1 Kommunenes forståelse og vurdering av *Leve hele livet*

Som sitatene over illustrerer, er det et stort sprik i hvordan kommunene vurderer *Leve hele livet*, og det er også ulike vurderinger internt i kommunene. Her vil vi gå litt dypere inn i hva disse ulikhetene består i, og hvordan kommunene forholder seg til dem.

Blant casekommunene går det et skille mellom kommuner som oppfatter *Leve hele livet* som en sektorreform og kommuner som oppfatter den som en bredere samfunnsreform. To av kommunene har en utpreget sektortilnærming til *Leve hele livet*, hvor reformen først og fremst settes i sammenheng med en ambisjon om å vri tjenestetilbudet fra institusjonsbasert omsorg til mer hjemmetjenestebasert omsorg:

Vi kan jo ikke bygge institusjonsplasser til alle, for da kommer vi opp i en 50-60 institusjonsplasser, og det er jo heller ikke bærekraftig økonomisk. Det klarer vi ikke å drifte (...). Så vi må jo tenke litt nytt (Ordfører, kommune 2B).

Jeg er bare så veldig glad den reformen er der, for det er så greit å ha noe å vise til. Det er så bra, for det har man jo jobbet for i mange år, for at folk skal få være hjemme så lenge som mulig, og det er kommet en reform i 2018 som sier at det skal være sånn (Opposisjonspolitiker, kommune 1B).

To av kommunene forstår i større grad *Leve hele livet* som en bredere samfunnsreform, men med til dels svært ulike tilnærminger. Ytterpunktet er en av de største kommunene i utvalget, hvor flere av informantene i kommuneadministrasjonen synes å være særlig opptatt av de samfunnsmessige aspektene ved aldring. Kommunens kommunalsjef for helse- og omsorg uttrykker det slik:

Så er det sånn at hvis vi som samfunn skal klare å håndtere det som kommer, som veldig mange kommuner ser er på vei (...), så er ikke dette noe helse og omsorg alene kan løse. Dette må det være samfunnsplanleggere inne på, byplanleggere, utbyggingsforståelse, hva slags type bolig bygger vi, hvordan bruker vi pårønderressurs, hvordan bruker vi frivillig ressurs, hvordan håndterer vi vår egen helse, altså folkehelseforståelse (Kommunalsjef, kommune 2C).

Dette er også den eneste kommunen som formelt har involvert kommunens planressurser i arbeidet med *Leve hele livet*. Også den andre casekommunen i fylket er opptatt av de

samfunnsmessige aspektene, men her fremstår ønsket om å involvere planavdelingen foreløpig mer som en ambisjon enn en konkret plan.

I de to siste kommunene befinner seg i en slags mellomposisjon, hvor informantenes diskusjoner av de samfunnsmessige aspektene ved *Leve hele livet* synes å ha sitt utspring i at helse- og omsorgstjenestene er under press.

Jeg tenker at alt henger sammen med alt (...). Når vi ser på demografien, antall eldre, det forholdet mellom de som skal bidra inn i arbeidsfør alder kontra de eldre. Vi er nødt til å løse tjenestene våre på en helt annen måte. Om vi hadde øst inn penger, så hadde ikke det vært løsningen heller. Så det er dette vi må se på – helheten, frivilligheten (...) – vi er nødt til å få det til på en helt annen måte. (...) Det er det som er den store utfordringen de neste ti årene. Så i det perspektivet, så er vi nødt til å se på tvers av generasjoner og på tvers av sektorer, og på tvers av alt egentlig (Kommunalsjef, kommune 1A).

Så sier jeg at dette arbeidet handler om at vi i helse og omsorg skal få færrest mulig kunder. Helsefremmende og forebyggende strategier, det trengs mer kommunikasjon rund dette (LHL-ansvarlig, kommune 2A).

Skillelinjene synes å gå mellom regionene, heller enn innenfor regionene. Mens kommunene i fylke B legger hovedvekten på innretningen av tjenestetilbudet i fremtiden, er kommunene i fylke C mer opptatt av den sosiale og økonomiske bærekraften i møtet med en aldrende befolkning. Kommunene i fylke A er opptatt av den økonomiske bærekraften i helse- og omsorgstjenestene, men også av at kostnadsveksten innenfor tjenestene har innvirkning på kommunens samlede tilbud til sine innbyggere.

Forskjellene i tilnærming mellom regionene kan kanskje forklares med at de regionale støtteapparatene har hatt noe ulik tilnærming til *Leve hele livet*. Mens støtteapparatet i fylke C hele tiden har hatt et bærekraftperspektiv, og også opplever å ha vært en pådriver for å utvide reformens nedslagsfelt, har forståelsen av at reformen også bør sette bærekraft og de samfunnsmessige implikasjonene på agendaen vokst fram mer gradvis i de øvrige støtteapparatene i utvalget (se også Zeiner et al., 2021). I tillegg har flere av kommunene i fylke C deltatt i et regionalt samarbeid om bærekraft, slik at de allerede har en forståelse av hva bærekraft betyr i lokalsamfunnet og i tjenesteproduksjon. Kommunene i fylke A sitter på sin side med en opplevelse av bærekraftdiskusjonene i liten grad tar høyde for deres hverdag: Det blir «veldig abstrakt (...). Vi blir flere eldre, og færre hender, men vi skal gi bedre tjenester» (Kommunalsjef, kommune 1B). Problemet, slik enkelte ser det, er at *Leve hele livet* ikke tar høyde for distrikts-Norges spesielle utfordringer:

*Vi lurer på om vi må søke noen prosjektmidler, og komme i gang med å virkelig se større på dette her med distriktutfordringene (...) for jeg synes ikke *Leve hele livet* har svaret på det (Kommunedirektør, kommune 1B).*

Under ser vi nærmere på hvordan casekommunene vurderer virkemidlene i *Leve hele livet*, med særlig vekt på deres betraktninger rundt støtteapparatets arbeid.

5.3.2 Vurdering av reformens virkemidler

Støtteapparatet er på mange måter *Leve hele livets* viktigste virkemiddel, og fra spørreundersøkelsen vet vi at mange kommuner har deltatt på ulike aktiviteter i regi av de regionale støtteapparatene (se kapittel 2). Derfor er det overraskende at mange av informantene i casekommunene har svært begrenset eller ingen kunnskap om støtteapparatet og dets arbeid. På spørsmål om hvordan kommunen opplever det regionale støtteapparatets arbeid, er det flere av informantene som misforstår, og tror at spørsmålet handler om andre regionale samarbeidsfora hvor kommunen deltar. Andre igjen svarer et kontant nei på spørsmålet om de kjenner til det

regionale støtteapparatet. Her er det imidlertid større variasjon innad i kommunene enn det er mellom kommunene. I flere av kommunene er det en eller en gruppe personer som har fått særlig ansvar for å følge opp reformen, og som har deltatt på aktiviteter i regi av støtteapparatet. Disse personene har god kunnskap om støtteapparatets ulike aktiviteter, og flere vurderer både samlinger og støttemateriell positivt. At informantene har dårlig kjennskap til det regionale støtteapparatet kan dermed like gjerne være en indikasjon på at kommunenes arbeid med *Leve hele livet* i stor grad er begrenset til en liten gruppe personer, og at kommunene i liten grad har lyktes i å sikre en bredere forankring internt i kommunen.

Samtidig er det flere som har ulike innvendinger mot den sentrale rollen som støtteapparatene har fått. Det handler litt om økonomiske prioriteringer:

Ellers så har jeg hatt litt innvendinger mot det, (...) at det er det her Leve hele livet skal svi av pengene sine [på]. Det kommer ingen penger til oss (LHL-ansvarlig, kommune 2A).

Andre peker på at de har hatt større nytte av andre nettverk. Kommunalsjefen i en av kommunene som deltar i et regionalt samarbeid om bærekraftige tjenester forteller at det regionale samarbeidet «er nok det som gir oss mest» (Kommunalsjef, kommune 1C). Kommunalsjefen i en annen kommune er også mest opptatt av lokalt initierte samarbeid, og viser til et samarbeid med nabokommunen og KS i regionen, hvor kommunen er opptatt av å lære og «utnytte litt hva andre har gjort» (Kommunalsjef, kommune 1A). På direkte spørsmål, svarer en av informantene at «det hadde vært veldig lurt å bruke allerede etablerte kanaler til sånne nettverk» (Kommunedirektør, kommune 1B). Årsaken er ikke bare at kommunene i regionen deltar i veldig mange ulike nettverk, men også at kommunens administrative ledelse ofte deltar i de etablerte regionale nettverkene, noe som kan føre til bedre forankring, og dermed mer kontinuitet og kraft i de ulike satsingene.

Når det gjelder *Leve hele livets* øvrige virkemidler, er det særlig tilskuddsordninger og informasjonsmaterieil kommunene er opptatt av. Som vi allerede har sett, er det noen i kommunene som er opptatt av at midlene i reformen er kanalisert inn mot støtteapparatet, og ikke mot kommunene. En av kommunene i utvalget er opptatt av at det burde vært midler til å finansiere en prosjektstilling i kommunene.

Det hadde vært greit om (...) hver kommune kunne fått noen øremerkede midler til å drive dette. (...) Vi kunne hatt noen (...) prosjektleder som var gode samfunnsplanleggere. [Men] kommunene har ikke den type penger (...). Det er manglende ressurser (...). Vi har jo egne planleggere, men at de skal (...) holde fokus på Leve hele livet [som] en stor del av stillingen, der er vi dessverre ikke (Kommunalsjef, kommune 2C).

Dette er i tråd med støtteapparatets vurderinger av tilskuddsordningene, hvor flere har pekt på at kommunene i større grad burde fått støtte til å ansette en prosessveileder i stedet for støtte til ulike tiltak for beboere på sykehjem og omsorgsboliger (Zeiner et al., 2021). De minste kommunene oppfatter derimot ikke midler til en prosjektstilling som hensiktsmessig.

Du skal jo ha tak i (...) den rette personen, både som har engasjement og som har kompetanse, og det finnes ikke her [i kommunen] i alle fall. Så det å få noen utenfra, som er mindre enn 100 prosent stilling, det kan en bare glemme. Så det er nok nesten mer det at du må ha den rette personen og kompetanse, og det er nok, ja, så vi må jo bare bruke de ressursene vi har (Kommunalsjef, kommune 2B).

Dette er kanskje grunnen til at de minste kommunene synes å betrakte tilskuddene som kjærkomne bidrag til kommunekassen, snarere enn å vurdere hvordan tilskuddene kunne eller burde utformes for å sikre fremdrift i *Leve hele livet*.

Flere av informantene er opptatt av at informasjonen om reformen fra nasjonalt hold kunne vært bedre. Selv om kommunene stort sett er veldig fornøyde med det informasjonsmateriellet som er produsert, er det flere av informantene som savner mer informasjon som er direkte rettet mot innbyggerne. Dette gjelder særlig informasjon som handler om innbyggernes ansvar for egen alderdom. Følgende to sitater illustrerer bakgrunnen for dette ønsket:

Der den private velstanden øker, og de kommunale rammene er så små, så er det utfordrende å finne en balanse mellom hva vi kan gjøre og hva folk kan gjøre selv (LHL-ansvarlig kommune 2A).

Vi må ha hjelp fra toppen for å få hele befolkningen til å skjønne at dette her er ikke noe kommunen går ut med fordi vi har dårlig råd. Det er en nasjonal utfordring som må løses på sikt (LHL-ansvarlig, kommune 1A).

Poenget er at når innbyggerne får et større ansvar for egen alderdom, vil de også måtte justere sine forventninger til hva de kan forvente av det offentlige. Flere av informantene opplever at dette er et vanskelig budskap å selge inn, ikke bare til innbyggerne, men også til kommunepolitikere. I det følgende vil vi se nærmere på hvordan lokalpolitikere involveres i arbeidet med reformen.

5.3.3 Politisk forankring i kommunene

Involvering av kommunestyret er et viktig anliggende i Stortingsmeldingen og i etterfølgende politikkdokument (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Denne føringen begrunnes ikke nærmere i Stortingsmeldingen, men det er grunn til å anta at det handler om å sette prioriteringer knyttet til aldring, samfunns- og tjenesteutvikling på den lokalpolitiske agendaen. Ikke overraskende setter kommunenes politiske kontekst og tradisjoner sitt preg også på diskusjonene knyttet til *Leve hele livets* innsatsområder.

I flere av kommunene ser vi at det er et tydelig samsvar mellom hvordan politikere og administrasjonen omtaler forholdet mellom politikk og administrasjon. I en kommune handler det for eksempel om grensene mellom faglige og politiske vurderinger. Kommunens ordfører ordlegger seg slik:

Helse og omsorg er jo et område som vekker sterke følelser hos folk (...). Hvis du vil (...) tenne et stort engasjement, så er det jo nær sagt å vise litt dårlig behandling av eldre, så får du (...) oppslag og spalteplass og så videre. Og da oppfatter jeg også at helse og omsorg blir litt, at politikere skal (...) ikke trå for nære, det er liksom et domene som tilhører oss i tjenesten, for (...) det er faglige vurderinger, det er vi som vet hva som er brukernes beste (...). Så jeg tror at det (...) gir noen utfordringer for oss i samhandlingen (Ordfører, kommune 2A).

Tjenesteleder i kommunen, med ansvar for oppfølgingen av *Leve hele livet* sier på sin side:

Den tanken om å ha politikere med på at vi må jobbe annerledes, jeg opplever det som utfordrende (...). Jeg opplever at vi kanskje i større grad er i ferd med å innse at nå kommer denne demografiutviklingen (...) [og at det] er særlig aldersvennlig samfunn vi må jobbe med. Men det å få politikere med (...). I [kommunen] har det vært Arbeiderpartistyre i [x] år, men nå består posisjon av [x] og [y]. Så det er sånn 'endelig fikk vi brutt hegemoniet til Arbeiderpartiet. Så det å komme med kuttforslag i denne perioden, det er kjempevanskelig. Det er en del av en sånn setting, å være i det lokalpolitiske systemet (LHL-ansvarlig, kommune 2A).

I en annen kommune handler det om en politisk vilje til å tilby fullverdige tjenester i alle deler av kommunen som møter administrasjonens ønske om mer kostnadseffektive tjenester. Kommunens ordfører summerer det opp slik:

Det er en utfordring generelt for oss at vi er så desentralisert, men det har vært en veldig villet politikk fra kommunen i alle får. For det er jo et ønske om å bo der man bor. Det har ikke vært et ønske om å sentralisere, verken omsorgssenter (...), vi har også seks skoler (...) på [x] innbyggere. Sånn at det er litt det som er oss (Ordfører, kommune 1B).

I denne kommunen har administrasjonen, om enn noe motvillig, innsett at det ikke er rom for å gjøre endringer i kommunens desentraliserte struktur.

De første årene som rådmann så foreslo jeg strukturelle endringer hele tiden, men (...) det er ikke vits i lenger. (...) Det er de rett og slett ikke villige til å snakke om. Jeg nevner det jo i alle budsjetter og årsrapporteringer og sånn, at dette her er noe vi må se på sikt. Men de sier 'ja, vi hører hva du sier, men det er ikke vits å mase mer om det'. Så sånn sett så er det litt sånn avklart. Jeg tror de er veldig klar over problemene, for jeg nevner det i alle sammenhenger, men det ikke noen reell politisk diskusjon om å endre det (Kommunedirektør, kommune 1B).

Diskusjonene handler dermed ikke om bærekraft, om kommunen har økonomi og personell til å drive tjenestene slik den gjør, men om hvor tjenestene er lokalisert. «Det blir politiske drakamper mellom plasser (...) og det er så nært (...). Vi er bare [x] innbyggere, sånn at alle kjenner alle, og det allsids noens bestemor eller tante som ikke får den hjelpen og som må flytte fra kretsen sin» (Gruppeintervju tjenesteledere, kommune 1B). Også *Leve hele livet* blir en del av den debatten, med en forventning fra politikerne om at den hjemmebaserte tjenesten skal bygges opp og styrkes i hele kommunen.

Kommune 2C har et helt annet utgangspunkt. Her beskriver enkelte informanter en politisk kultur hvor kommuneøkonomi og budsjettbalanse får forrang framfor andre hensyn.

Vi har en kommune som har et voldsomt fokus på budsjett disiplin, og det aller meste drukner i det fokuset spør du meg (Opposisjonspolitiker, kommune 2C).

I helse- og omsorgssektoren er det en opplevelse av at det er administrasjonen som driver initiativ og saker fram, og at politikerne er mer opptatt av å holde budsjettene enn å utvikle tjenestene:

Så er de likevel veldig opptatt av (...) økonomien, at vi må holde budsjettene. Vi har hatt overskridelser på budsjettene, og da er det vanskelig å planlegge for framtiden, en satsing der, men absolutt vi har en del innovasjonsprosjekter (...), men jeg vil jo kanskje si at det er vi i administrasjonen som kommer med initiativet og fremmer disse sakene da (LHL-ansvarlig, kommune 2C).

I de øvrige kommunene synes politikere og administrasjon å ha en mer samlende forståelse av kommunens situasjon, enten det handler om at de kommunale helse- og omsorgstjenestene til stadighet går utover sine budsjett eller det handler om en felles forståelse av at kommunen må stramme inn og effektivisere tjenesteproduksjonen.

5.3.4 Organisering av arbeidet

Samtlige av kommunene i vårt utvalg har forankret arbeidet i helse- og omsorgssektoren. Med unntak av en kommune, hvor kommunedirektøren i en periode også har fungert som kommunalsjef for helse- og omsorg, er inntrykket at kommunens øverste administrative ledelse gjennomgående har vært lite involvert i planlegging og gjennomføring av *Leve hele livet*.

Det viktigste skillet går her mellom de aller minste kommunene i utvalget, hvor det er kommunalsjef for helse og omsorg som leder arbeidet, og de litt større kommunene, hvor arbeidet er delegert til en medarbeider innen helse og omsorg, gjerne en fagutviklingssykepleier. Begge modeller har fordeler og ulemper. I de minste kommunene, hvor kommunalsjefen leder arbeidet, kan det kanskje

være lettere å få etablert en felles forståelse og forankring i kommunens administrative ledelse. På den annen side, har kommunalsjefene også mange andre oppgaver som konkurrerer om tid og oppmerksomhet, og det er en risiko for at *Leve hele livet* må vike for andre, mer presserende, saker. Selv om også de litt større kommunene, som har avsatt personalressurser til arbeidet med *Leve hele livet*, kan oppleve at ressursene ikke strekker til, så bidrar en slik stilling til å sikre mer kontinuitet i arbeidet. Her er problemet snarere at kommunenes *Leve hele livet*-ansvarlige gjerne opplever at de ikke er i posisjon til å involvere på tvers av kommunens sektorer og at de også har en lengre vei å gå til kommunens administrative ledelse. Følgende to sitat kan illustrere forskjellen mellom de to modellene for organisering.

Altså jeg kan stå inne for fire av fem mål i våre tjenester uten å blunke. Der er vi godt på vei, og egentlig langt forbi der jeg ville forvente et reformarbeid, men jeg og helse- og omsorgstjenesten får ikke gjort noe med plan og utvikling av kommunen for øvrig (...). Det blir litt større enn det vi kan gjøre så veldig mye med, og det er det jeg tenker at når vi skal få denne Leve hele livet til å bli en sånn ensartet tanke, så sliter vi i helse- og omsorgstjenesten litt med å drive den videre (LHL-ansvarlig, kommune 1A).

Altså, det med samfunnsutvikling. Arealdelen i kommuneplanen er jo kjempeviktig når vi skal planlegge nye boligfelt for eldre blant annet. Så (...) da [skal jeg] gå inn og være med (...). Kan vi si at ok, nå skal vi legge ut et byggefelt på 20 nye boliger, nye hus, kan jeg si at ok, to av de vil jeg gjerne ha til de gamle i [kommunen] som har spesielle behov (Kommunalsjef, kommune 1C).

Samtidig skal ikke forskjellene mellom de to modellene overdrives. Vi har også snakket med kommunalsjef for plan i noen av kommunene, og disse intervjuene bekrefter inntrykket av at *Leve hele livet* primært oppfattes som hjemmehørende i helse- og omsorgssektoren. Selv om enkelte av plansjefene er opptatt av arealplanlegging som et verktøy i møte med demografiske endringer, er tilbakemeldingen at de har vært svært lite involvert i arbeidet med *Leve hele livet*. Kun en av de seks kommunene oppgir at planavdelingen er koblet på arbeidet.

5.3.5 Konkrete tiltak eller visjoner for arbeidet?

Når det kommer til tiltak, er informantene i kommunene lite konkrete. Det handler om at mange av kommunene ikke har kommet skikkelig i gang med arbeidet, og at mye fremdeles handler om visjoner heller enn konkrete tiltak. En annen forklaring er nok også at enkelte av kommunene har opplevd store utskiftninger i nøkkelpersonell, og at kommunens håndtering derfor er preget av lite kontinuitet.

To kommuner skiller seg imidlertid ut. Den ene kommunen har lange tradisjoner for å arbeide med den tematikken som ligger til grunn for *Leve hele livet*. Den er også nært knyttet til et større kompetansemiljø som har bistått kommunen i arbeidet. På oppdrag fra kommunen har kompetansemiljøet gjennomgått kommunens helse- og omsorgsplan, og «gjennomført en kartlegging av hva som er status i kommunen, hva vi gjør bra og hva som er mangelfullt» (LHL-ansvarlig, kommune 2A). På bakgrunn av kartleggingen, ble det laget en sak til kommunestyret, med forslag om at innsatsområdene i *Leve hele livet* skulle prioriteres i revidering av kommunens temaplan for helse og omsorg. Selv om en av informantene i kommunen er kritisk til reformen, og er opptatt av at den ikke representerer noe nytt, så opplever hen at kommunen har hatt utbytte av den jobben som er gjort:

Uansett så må man oversette det til sin egen kontekst. Det er liksom hele tiden en prosess, og en forståelse som jeg har av dette nå er at vi kanskje trenger å kommunisere enda bedre hva vi faktisk gjør. Et tiltak å satse på fremover, utarbeide informasjonsmateriell som viser hvordan ting henger sammen, få

bedre ut de tiltakene som faktisk er her, ut til befolkningen (LHL-ansvarlig, kommune 2A).

Noe forenklet kan vi si at kommunens tilnærming er å «gjøre det vi allerede gjør, men bedre».

I den andre kommunen handler det derimot om å gjøre ting annerledes. Informantene i kommunen forteller også om en hjemmetjeneste som i stor grad belager seg på uformell omsorg. Samtidig har man, på grunn av lange reiseavstander og en spredtbygd befolkning, «hatt en aksept for at hvis man å ha hjelp hjemme, så må du flytte inn på et omsorgssenter tidligere enn du må i en hvilken som helst annen kommune hvor du kan reise fritt» (Kommunedirektør, kommune 1B). Både fra politisk og administrativt hold opplever man *Leve hele livet* som et tydelig signal om at kommunen må legge til rette for at innbyggerne kan bo hjemme lenger. Kommunen har foreløpig ikke vedtatt en handlingsplan, men har tatt *Leve hele livet* inn i samfunnsplanen og «har valgt å lage en ny helse- og omsorgsplan under *Leve hele livet*-plattformen» (Kommunedirektør, kommune 1B). Allerede er kommunen i gang med tre tiltak: Helsestasjon for eldre, velferdsteknologi og revisjon av kommunens serviceerklæring. Målet er todelt: For det første å forberede innbyggerne på en alderdom i eget hjem:

Når jeg er ute på hjemmebesøk, så er det nettopp [slike] ting jeg tar opp: (...) Hva skal til for at du får en verdig alderdom, hvem kan hjelpe deg, hva kan du selv gjøre (...). Det er absolutt en viktig del av [helsestasjon for eldre] som jeg startet opp nå etter at Leve hele livet reformen kom (Gruppeintervju, kommune 1B).

For det andre desentralisering og kvalitetssikring av tjenester. Her er velferdsteknologi et viktig element. Vi har «jo sett at digitalisering kommer til å være utrolig viktig for at vi skal kunne tilby tjenester (...), og vi [har] tatt i bruk en god del velferdsteknologi som vi tror vi er nokså tidlig ute på (...). Vi har tenkt at dette er vi bare nødt til å benytte oss av» (Kommunedirektør, kommune 1B).

I de øvrige kommunene bærer arbeidet preg av mer overordnede visjoner for utviklingen enn konkrete tiltak som kommunen jobber med eller har vedtatt å jobbe med. Det kan være ulike årsaker til dette. En kommune nevner at de ikke har ressurser å sette av til å drive arbeide fremover, en annen kommune viser til at pandemihåndteringen har tatt mye tid. I en kommune har det vært omorganiseringer som særlig har berørt helse- og omsorgstjenestene. I den siste kommunen har en presset økonomisk situasjon medført at kommunen må gå gjennom alle sine velferdstjenester, slik at det må avklares hvordan *Leve hele livet* skal innpasses i denne, mer omfattende omleggingen av tjenesteytingen.

5.3.6 Oppsummering

Gjennomgangen viser at det er stor variasjon i hvordan kommunene forstår og arbeider med *Leve hele livet*, og at fremdriften i arbeidet er ulik. Som en av informantene antyder, kan dette handle om at kommunene må gjøre et stort arbeid med å oversette reformen til sin egen lokale kontekst, med ulik størrelse, geografi, demografi, økonomi og innretning på de kommunale tjenestene. Det kan også handle om at de regionale støtteapparatene har en noe ulik tilnærming, at støtteapparatet i noen fylker på et tidlig tidspunkt har betonet samfunnsaspektet ved *Leve hele livet*. Likevel ser vi at kommunene i alle de tre fylkene har valgt å forankre arbeidet i helse- og omsorgssektoren. Mens enkelte kommuner og informanter finner denne organiseringen naturlig, er det andre som uttrykker en viss frustrasjon og viser til at den gjør det vanskeligere å involvere og engasjere kommunens øvrige sektorer i arbeidet.

5.4 Samskaping og samproduksjon

Selv om Stortingsmeldingen vier mest plass til omtale av ulike lokale løsninger innenfor reformens fem innsatsområder, kan samskaping og samproduksjon sies å være viktige element i reformens idégrunnlag. Samproduksjon handler om at brukere og pårørende har et større ansvar for å bidra i behandlingen, mens tjenestene har et ansvar for å etterspørre og ta i bruk brukere og pårørendes kunnskap (Alford, 2016; Gotaas et al., 2020). I Stortingsmeldingen kommer dette gjerne til uttrykk som en forventning om «personsentrert omsorg» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Samskaping handler på sin side om at offentlige organisasjoner utvikler og produserer velferd sammen med innbyggere og sivilsamfunnsaktører. Stortingsmeldingen løfter samskaping «fram som viktige prosessuelle grep for å skape framtidens lokalsamfunn og tjenestetilbud (...) [slik at kommunene] kan (...) koble sine forvaltningsmessige ressurser opp mot sivilsamfunnets ressurser» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, p. 171).

På intervjuetidspunktet var arbeidet i casekommunene kommet for kort til at de hadde fått institusjonalisert nye måter å samarbeide med innbyggere og sivilsamfunnsaktører. Samtidig hadde koronarestriksjoner medført at planlagte medvirkningsprosesser var satt på vent eller hadde fått en ny innretning. Informantene hadde imidlertid mange tanker om hvordan kommunen burde samarbeide med brukere, frivilligheten og næringslivet. I det følgende vil vi kort oppsummere disse.

5.4.1 Samarbeid med brukere og pårørende

Brukere og pårørende er to av *Leve hele livets* målgrupper, men de er lite fremtredende i intervjuene i casekommunene. Man kan likevel si at de utgjør et viktig bakteppe for informantenes vurderinger. Til syvende og sist vektlegger alle at *Leve hele livet* handler om at eldre og deres pårørende skal motta gode tjenester og ha gode liv også i en fremtid hvor det blir flere eldre og færre yrkesaktive. Ellers er det særlig ett tema som går igjen i intervjuene. Det handler om eldres ansvar for egen alderdom. Som vi har sett, er flere av informantene opptatt både av at eldre må justere sine forventninger til det offentlige tilbudet, og at de må belage seg på å ta et større ansvar både for egen helse og for sin boligsituasjon. Enkelte er også opptatt av tilbudet til pårørende, hvilken omsorgsbyrde de kan pålegges og hvordan det skal tilrettelegges for uformell omsorg. «For det er jo de som er den store ressursen her. Hvordan skal de klare dette, og hva må da storsamfunnet stille opp med» (Kommunalsjef, kommune 2C).

Ellers synes informantene å være mer opptatt av at det i større grad må tilrettelegges for at eldre innbyggere kan få anledning til å medvirke på systemnivå. Det kan handle om at kommunen inviterer eldre inn i planlegging av ulike tilbud, som for eksempel når en av kommunene inviterer målgruppen til å diskutere utviklingen av omsorgssenteret:

Vi leide inn en medarbeider som hadde base på omsorgssenteret i den fasen, og inviterte folk til å komme inn (...) Her var det snakk om få til en felles samordnet utvikling i (...) nytt omsorgssenter, skole og barnehage på vei, vi prøvde å få samordnet de innsatsene der (...). Vi har hatt samlinger hvor vi har invitert eldre inn, hvordan vi skal nå ut til dem, at de har hatt mulighet til å gi innspill til det, vi bruker eldrerådet til sånne tema. Vi har fått noen gode innspill (LHL-ansvarlig, kommune 1A).

Det kan også handle om at ulike aktører inviterer kommunen inn i sine prosesser:

For å løfte det litt ut fra kommunen, for å tenke litt mere et selvstendig ansvar, så ba vi om at [Frivilligsentralen] kunne invitere kommunene inn og så kunne det settes opp noen sånne punkter eller spørsmål til kommunene (...) Det er deltakerne som inviterer kommunene inn, ikke kommunene som skal organisere noe.» (Tjenesteleder, kommune 1A).

Ellers er refleksjoner om særlig samproduksjon og personsentrert omsorg lite fremtredende i intervjuene. Det betyr ikke at dette er lite viktige tema for kommunene. Som vi har sett i kapittel 3, er personsentrert omsorg en gjenganger i kommunale saksframlegg. Snarere handler det om hvem informantene er, og hva vi har spurt dem om. Vi har i denne omgang ikke snakket med personer som er i direkte kontakt med pasienter og brukere, og vi har heller ikke spurt dem direkte om verken samproduksjon eller samskaping. Derfor er det heller ikke overraskende at informantene ikke retter oppmerksomheten mot disse temaene.

5.4.2 Samarbeid med frivilligheten

Et tema som informantene både har blitt spurt om, og har mange refleksjoner rundt, er kommunens samarbeid med den organiserte og uorganiserte frivilligheten. Her ser vi at enkelte av de minste kommunene er mest opptatt av den uorganiserte frivilligheten, i form av nabo hjelper nabo, mens de større kommunene er mer opptatt av den organiserte frivilligheten. Det handler om at det i de minste og mest spredtbygde kommunene ofte ikke er befolkningsgrunnlag for mange frivillige organisasjoner.

Frivilligheten er enkeltpersoner altså, for (...) noen steder er det jo såpass smått at det er ikke lag engang. Det er noen sånne helselag i et par av kretsene som er nokså aktive, men det koker nok ned til avtaler med enkeltpersoner (Kommunedirektør, kommune 1B).

Bortsett fra denne forskjellen mellom (enkelte av de) små og store kommuner er det flere tema som går igjen, uavhengig av kommunestørrelse og andre kjennetegn ved kommunene. For det første er det flere kommuner som ser at de vil være avhengige av frivillig innsats for å skape et godt sosialt tilbud til kommunens eldre. En informant oppsummerer det slik:

Vi har mange som bor her som ikke har familie noe sted, som ikke har noen som kan være med dem, og da er det vi i tjenesteapparatet som blir stående med, 'hva gjør jeg nå, jeg skal til tannlegen, men kan ikke komme til tannlegen alene, jeg skal på sykehuset på en kontroll, men jeg kan ikke reise alene', så da er vi avhengige av frivillige. Og det med besøksvenn der du kan få noen til å komme inn til deg, ta en kopp kaffe, prate en halvtime og gå igjen, ser vi er veldig viktig for å forebygge ensomhet (...) Vi må rigge møteplasser og arenaer som gjør at folk kommer (...) og da trenger vi frivillige. Vi trenger en nabo som banker på døren og spør har du lyst til å sitte på med meg nå? (Kommunalsjef, kommune 1C).

Flere av kommunene er opptatt av frivilligsentralen, enten det handler om å opprette en frivilligsentral i kommunen eller det handler om frivilligsentralens rolle som kontaktpunkt mellom kommunen, frivillige lag og foreninger og enkeltpersoner. Flere er også opptatt av at samarbeid med frivilligheten i kommunen må inn i mer faste rammer.

Det som er noe av det viktigste av kommunens rolle for mye av det med tiltak, er jo å være gode tilretteleggere for at det skal være enkelt å få til noe for frivillige (Gruppeintervju, kommune 2C).

For å få noe ut av den frivillige innsatsen, må imidlertid kommunen også være villig til å bruke ressurser på å etablere og koordinere samarbeidet:

Så skal vi få det til, så må i alle fall vi i kommunen legger til rette for at vi ser dem og verdsetter dem, at de i hvert fall føler seg litt nyttige, at de gjør noe nyttig for noen til tross for at det er for en nabo (Kommunalsjef, kommune 1C)

Altså, alt koster. Uansett hvor mye vi mener at dette her skal være en økonomisk god reform som ikke koster all verden, så gjør det det. For noen må organisere, og noen må jobbe med det, og jeg har ikke fått noe ekstra tid i min stilling til å drive med dette her. Så det gjør jeg på toppen av alt det andre, og det koster. Det å organisere frivilligheten, som er et høyt ønske at vi kan ha et større fokus på, det koster, en koordinatorstilling (LHL-ansvarlig, kommune 1A).

Selv i kommuner som er villige til å ta den kostnaden, så er det også betenkeligheter med å inngå i mer formalisert samarbeid med frivilligheten. Særlig to faktorer går igjen i flere av kommunene. Det første handler om at frivilligheten er i endring, at kommunen ikke lenger kan gå ut fra at folk har mulighet til eller ønsker å stille opp som frivillige. Følgende sitat kan stå som eksempler:

Så der sliter vi. Det å få folk til å være med å bidra i det daglige, alle har nok med seg selv (Kommunalsjef, kommune 1C).

Vi ser jo i dag at mange pensjonister er veldig travle. Vi hadde for en del år siden faste matkjørere for eksempel som kjørte rundt middag to ganger i uken. (...) For mange år siden så hadde vi jo hver dag, men det ser vi i dag er veldig, veldig utfordrende. De ønsker ikke å binde seg på den måten (Tjenesteleder, kommune 1A)

Den andre bekymringen handler om grensene mellom offentlig og privat ansvar.

Jeg er kanskje redd for at [det blir] kommunen som skal være ansvarlig også for det frivillige. Kommunen har jo allerede veldig mange oppgaver den skal ivareta og ja, hvis det skal være opprettet en [frivilligsentral] her så tror jeg det måtte være veldig tydelig at den er opprettet for å gi støtte til det frivillige arbeidet som allerede eksisterer. (Kommunalsjef, kommune 1B).

Kommunalsjefen for helse- og omsorg i en av de største casekommunene summerer det opp slik: «Jeg har ikke en naiv tro på at frivillige vil kunne løse dette. Da må det organiseres opp på en helt annen måte» (Kommunalsjef, kommune 2C). Igjen viser enkelte til at kommunikasjon og tydelighet er viktig verktøy. Det er, som en informant oppsummerer, «vanskelig å få til samskaping. Da er det viktig med god kommunikasjon» (LHL-ansvarlig, kommune 2A).

5.4.3 Samarbeid med næringslivet

Vi har også spurt kommunene om samarbeid med næringslivet, om de har slikt samarbeid i dag og hvilken rolle de tenker slikt samarbeid kan komme til å spille i fremtiden. En kommune har i dag et samarbeid med næringslivet i kommunen, for eksempel knyttet til «samlingspunkt, (...) middag, den type ting» (Kommunalsjef, kommune 2C). En annen kommune har planer om å starte opp et samarbeid med turist- og transportnæringen i kommunen, for å se om det er mulig å dra nytte av denne i arbeidet med å legge til rette for ulike sosiale aktiviteter for kommunens seniorer. I all hovedsak handler samarbeid med næringslivet imidlertid om samarbeid med utbyggere for å sikre hensiktsmessige boliger for målgruppen:

Vi har jo boligstrategi, og i den sammenheng så inviterer vi inn næringslivet og for å diskutere disse tingene. Der har vi så smått begynt, men vi har mye å gå på. For det må være enda mer tilrettelagt fra kommunens side, her er disse tomtene, her er disse områdene som det er ønskelig at eldre får. Vi kan jo få disse her avtalene (...) der vi ønsker å båndlegge 10 prosent av leilighetene der og der, det er den ene måten å gjøre det på, den andre måten er å si at her er det kloke områder som kan se ut som kan være allright i forhold til eldre (Kommunalsjef, kommune 2C),

Slikt samarbeid synes imidlertid først og fremst å være aktuelt for de større kommunene. I de mindre kommunene virker det som om kommunen selv tar et stort ansvar for å bygge boliger til ulike, mer eller mindre utsatte, grupper.

Vi har nettopp ferdigstilt åtte nye omsorgsboliger i sentrum, og så bygde vi jo seks omsorgsboliger i 2006, og så bygde vi åtte nye nå, som vi ferdigstilte i fjor sommer. (...) I tillegg så har vi jo en del sånn ja, livsløpsboliger het de vel når de ble bygd i 84, 85, 86. Det er jo ikke noe enkeltvedtak for å bo i dem, men vi har jo og boliger til flere eldre som kan klare seg med litt enkel hjemmebasert omsorg. Så vi bygger vi jo de åtte nye nå for å ha boliger i sentrum for de som ønsker å flytte inn til sentrum, det at der er både butikker og mer sosialt liv og lys og brøyting. Det er en sikkerhet. Og en annen ting, vi har jo en boligsosial handlingsplan for å skaffe boliger til alle, om du er ung eller yrkesaktiv eller gammel (Ordfører, kommune 2B).

Igjen er det slik at kommunene ikke kan bære ansvaret alene. En av informantene peker for eksempel på at næringslivet har et selvstendig ansvar for å tilpasse seg til et aldrende samfunn. «Næringslivet bør tilpasse seg litt den ny verden. (...) Vi må tilpasse hva slags type mat selger vi, når vi lager ferdigmat så må den ikke være sånn at ikke en kan klare å få åpnet opp plastikken som man sa, og det må være mye mer mat med kanskje mer most, for det er dette som er virkeligheten, så vi må ta inn over oss» (Kommunalsjef, kommune 2C).

5.4.4 Oppsummering

Samskaping er et tema som engasjerer. Både fordi informantene opplever det som viktig, og fordi de opplever det som problematisk. Det handler blant annet om grensene mellom offentlig og privat ansvar, om endringer i frivilligheten og det informantene opplever som en økende motvilje mot å forplikte seg til frivillig innsats. På tross av disse innvendingene, synes kommunene å oppfatte at samskaping ikke er et valg, men en betingelse for å kunne møte de demografiske utfordringene. Samtidig viser diskusjonene at små og store kommuner har veldig ulike forutsetninger for å få til samskaping, mens de minste kommunene tradisjonelt har hatt en sterk dugnadskultur, har de større kommunene flere å spille på og dermed kanskje enklere for å etablere formelle samarbeid både med frivillige organisasjoner og næringslivet.

5.5 Oppsummering av casekommunenes erfaringer

Casekommunene er valgt ut fra to kriterier: hjemmetjenesteorientering vs. institusjonsorientering i helse- og omsorgstjenestene, og hvorvidt de er del av et fylke kjennetegnet av høy eller lavere grad av aldring. Samtidig varierer de i utstrekning, innbyggertall, sentralitet, økonomi og forventet aldring. Som gjennomgangen viser synes kommunenes forventede aldring ha relativt liten innflytelse på hvordan de vurderer sin egen situasjon, og hvilke planer de har for *Leve hele livet*. Mulige forklaringer kan være at aldring vil påvirke alle i større eller mindre grad, at aldring er en så etablert diskurs at alle føler seg berørt av den, eller at kommuner med høyest grad av aldring også er de kommunene som allerede i dag føler effektene av demografiske endringer sterkest og som derfor opplever at de forholder seg til disse effektene i hverdagen. Hvorvidt omsorgstjenestene bærer preg av hjemmetjeneste- eller institusjonsorientering synes imidlertid å ha noe betydning for hvordan kommunene vurderer fremtidens omsorgstjeneste. Mens kommuner med høy institusjonsdekning synes å være mest opptatt av å få til en vridning mot mer hjemmetjenestebasert omsorg, er kommuner med høy grad av hjemmetjenesteorientering opptatt av utfordringene med å tilby tjenester i brukernes eget hjem.

Ellers synes andre kjennetegn ved kommunene være viktigere for hvordan kommunene forholder seg til spørsmålet om helse- og omsorgstjenestenes bærekraft i møtet med en aldrende befolkning. Det handler om kommunens økonomi, politiske kultur og sentralitet. Det kan også synes som om

de regionale støtteapparatene har hatt noe innflytelse over kommunenes forståelse og tilnærming til *Leve hele livet*. I et av fylkene er det et tydelig sammenfall mellom kommunenes og støtteapparatets forståelse av bærekraft, aldring og *Leve hele livet*. Samtidig oppgir casekommunene gjennomgående at de opplever Statsforvalter som en god støtte, også utenfor *Leve hele livet* konteksten. Så vi kan ikke vite om denne felles forståelsen av bærekraft er et produkt av arbeidet med reformen, eller om arbeidet med reformen er påvirket av en forutgående felles forståelse av bærekraft.

Det er noen tydelige fellestrekk og noen forskjeller i kommunenes forståelse, vurdering og arbeid med *Leve hele livet*. En forskjell er at kommunene befinner seg på ulike stadier i reformarbeidet. Noen har gjennomført kartleggingen av kommunens tjenester og utfordringer, og har kanskje begynt å iverksette tiltak, mens andre fremdeles synes å være i startgroen. Den tydeligste forskjellen er imidlertid at enkelte kommuner først og fremst arbeider med *Leve hele livet* som en kvalitetsreform i helse- og omsorgssektoren, mens andre legger til grunn at det er en bredere samfunnsreform. Samtidig er den tydeligste likheten at samtlige kommuner har forankret arbeidet i nettopp helse- og omsorgssektoren. Ellers bærer arbeidet preg av at kommunene har gjort nettopp det Stortingsmeldingen ber dem om, nemlig oversette *Leve hele livet* til sin egen, lokale kontekst.

6 Sammenfatning og diskusjon

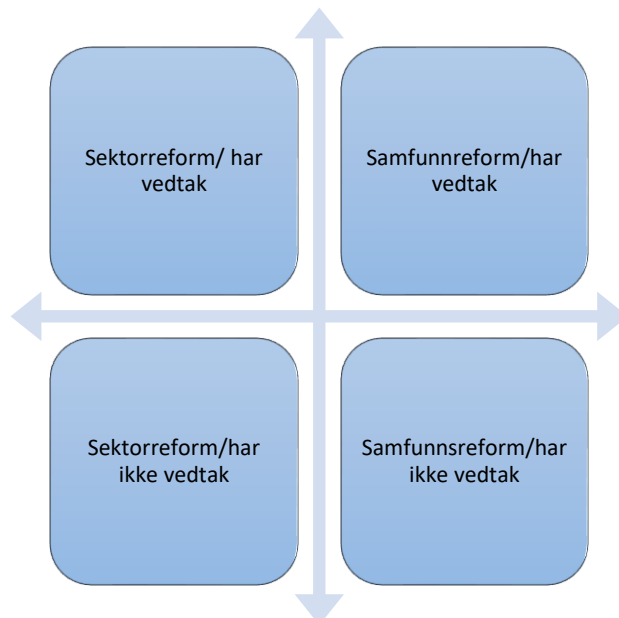
Leve hele livet har ikke bare en «annerledes», men også en krevende reform. Det handler om hva innholdet i *Leve hele livet* er eller skal være, men også om hvordan *Leve hele livet* er tenkt gjennomført. *Leve hele livet* skal på samme tid vokse opp nedenfra og styres ovenfra (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018; Zeiner et al., 2021). Det er en krevende øvelse for kommunene, som på den ene siden skal identifisere lokale utfordringer og løsninger, og på den andre siden skal være lydhøre for signaler fra nasjonale myndigheter. Det er også en utfordring for det nasjonale og regionale støtteapparatet, som både skal avvente kommunenes vurderinger av lokale behov og bidra til å gi arbeidet i kommunene form og retning. Den spenningen mellom standardisering og kommunalt selvstyre som ligger i programteorien setter sitt preg på forholdet mellom kommunene og støtteapparatet.

I dette kapitlet oppsummerer vi funn fra de tre delundersøkelsene, og anvender funnene for å belyse rapportens fire hovedspørsmål, og derigjennom diskutere *Leve hele livet* som programteori. Siden det her dreier seg om en følgeevaluering, vil vi ikke ha grunnlag for å si noe om resultater og utfall. I diskusjonene av de fire hovedspørsmålene, vil vi imidlertid gi en vurdering av *Leve hele livets* virkemidler, aktiviteter og tiltak. Formålet med underveisrapporten er både å gi innsyn i «beslutninger, planer og endringer», og å gi grunnlag for å «justere kurs og virkemiddelbruk» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018), og vi avslutter derfor med noen vurderinger og anbefalinger til det videre arbeidet.

6.1 Kommunenes forståelse av *Leve hele livet*

Kommunenes vurdering og forståelse av *Leve hele livet* kan fremstilles i en firefeltstabell, hvor den horisontale aksene representerer kommunens forståelse av reformen og den vertikale aksene representerer deltakelse (Figur 7.1).

Figur 7.1: Kommunenes tilnærming til *Leve hele livet*



For det første kan vi skille mellom kommuner som har fattet og kommuner som ikke har fattet vedtak. Tre år inn i reformen er det fremdeles mange kommuner som ikke har fattet vedtak om deltakelse i *Leve hele livet*. Deltakelse i reformen er i utgangspunktet frivillig. I surveyen svarer

nesten 98 prosent at de planlegger deltakelse, men bare halvparten av kommunene oppgir at de har fattet vedtak om deltakelse. Kartleggingen av kommunale planer og vedtak viser et lignende mønster. Vi har samlet inn kommunale vedtak og planer i tre fylker, som til sammen representerer om lag en tredjedel av alle norske kommuner. Under halvparten har fattet vedtak om deltakelse. Ser vi på de faktiske vedtakene om deltakelse, finner vi at kun en tredjedel av kommunene har vedtatt en plan for *Leve hele livet*, mens 16 prosent har fattet det vi kan kalle et metavedtak, det vil si et vedtak om å fatte et vedtak.

At kun halvparten av kommunene har fattet et vedtak kan tyde på at arbeidet ikke er høyt prioritert i kommunene. Covid-19 er en nærliggende forklaring, og også noe flere kommuner viser til i sine saksframlegg. Spørsmålet er om det er den eneste forklaringen. Både i saksframleggene og i intervjuene i casekommunene fremkommer det andre forklaringer på hvorfor arbeidet er forsinket. For det første kan det handle om ressursituasjonen i kommunen. Flere av casekommunene våre opplever en presset ressursituasjon. Det kan handle om økonomi og budsjettunderskudd, vansker med å rekruttere personell, eller begge deler. Tre av kommunene har også hatt et bytte av kommunalsjef for helse- og omsorg, og for to av disse har dette medført endringer eller utsettelse av planlagte prosesser.

Samtidig tyder resultater fra spørreundersøkelsen, saksframlegg og intervjuer i casekommunene at kommunene ikke oppfatter at *Leve hele livet* representerer noe nytt. Nærmere 70 prosent av respondentene i spørreundersøkelsen oppgir at eldrepolitikken er behandlet i kommuneplanens samfunnsdel, og 45 prosent at den er behandlet i kommuneplanens arealdel. Videre svarer svært mange at de i stor eller svært stor grad har etablert tiltak innenfor reformens fem satsningsområder, og tre av fire oppgir at kommunens tilbud til den eldre befolkningen er bra eller veldig bra. Inntrykket bekreftes i kartleggingen av vedtak og planer, og i casestudien. Flere av saksframleggene viser også til allerede pågående tiltak eller prosjekt som handler om bærekraft, aldersvennlige lokalsamfunn eller kvalitet i tjenestene, og også i casekommunene viser informantene til at *Leve hele livet* passer inn i andre, parallelle prosesser i kommunene.

Figur 7.1 illustrerer videre at det eksisterer to distinkte, men til dels overlappende, tilnærminger til *Leve hele livet* i kommunene. På den ene siden finner vi en tendens til at (enkelte) kommuner primært definerer *Leve hele livet* som en samfunnsreform, som involverer områder som samferdsel, kultur, plan og folkehelse. På den andre siden finner vi også kommuner som primært definerer *Leve hele livet* som en sektorreform, som involverer folkehelse i tillegg til helse- og omsorgstjenestene. Men det er heller ikke uvanlig at man har begge disse reformperspektivene på plass samtidig. Poenget er at svarmønsteret gir empiriske holdepunkter for at kommunene nettopp har *minst* disse to reformperspektivene på plass når det tenkes rundt *Leve hele livet*.

Ser vi på kommunenes saksframlegg og vedtak får vi at kommunene har et større presisjonsnivå i omtalen av tiltak innenfor helse- og omsorgssektoren, mens ambisjonene knyttet til aldersvennlige lokalsamfunn er mindre konkrete. I intervjuene med casekommunene tegner det seg et lignende bilde. Flere av informantene er opptatt av de samfunnsmessige konsekvensene av aldring, og betydningen av tverrfaglig samarbeid, men beskriver at det er utfordrende å få det til i praksis. Samlet sett finner vi at *Leve hele livet* i kommunene først og fremst bærer preg av å være en bredt anlagt sektorreform, som i tillegg til endringsarbeid i tjenestene også inkluderer folkehelse og bærekraft.

6.1.1 Hva bør *Leve hele livet* være?

Spørsmålet om hvordan kommunene vurderer og forstår *Leve hele livet* kan altså oppsummeres slik:

- Om lag halvparten av kommunene har fattet vedtak eller planlegger å fatte vedtak om deltakelse i *Leve hele livet*.
- Kommunene forstår *Leve hele livet* som en bredt anlagt sektorreform.

Dette reiser spørsmål om staten og støtteapparatene bør gjøre en ekstra innsats både for å øke oppslutningen om *Leve hele livet* og for å påvirke arbeidets form og retning.

Det er frivillig for kommunene å delta i *Leve hele livet* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Reformen pålegger ikke kommunen nye oppgaver, og det er en forutsetning at kommunene skal gjøre nødvendige omprioriteringer innenfor egen drift og økonomiske rammer. Det *Leve hele livet* først og fremst tilbyr kommunene er veiledning og støtte fra et regionalt og nasjonalt støtteapparat, samt mulighet for deltakelse i ulike læringsnettverk. Senere i dette kapitlet skal vi se på hvordan kommunene vurderer innsatsen fra reformens støtteapparat. Her vil vi nøye oss med å påpeke at deltakelse fra halvparten av norske kommuner ikke nødvendigvis er et tegn på dårlig oppslutning, gitt *Leve hele livets* form. Spørsmålet er om myndighetene og støtteapparatene bør bruke mer krefter og ressurser på å få flere kommuner til å delta i reformen, eller om ressursen nå bør rettes mot de kommunene som faktisk har vedtatt deltakelse i reformen.

Det neste spørsmålet er hvordan myndighetene og støtteapparatene bør forholde seg til at kommunene forholder seg til *Leve hele livet* som en sektorreform. Når forholdet mellom *Leve hele livet* som henholdsvis sektor- og samfunnsreform er viet såpass mye plass i underveisrapporten, skyldes dette at både myndigheter og regionale støtteapparat så tydelig signaliserer at kommunene bør løfte *Leve hele livet* ut av helse- og omsorgstjenestene. Samtidig ser vi både nå og i tidligere intervjuer (Zeiner et al., 2021) at de regionale støtteapparatene har en opplevelse av å arbeide i motbakke fordi reformens forankring, virkemidler, og også kommunenes forståelse, er så nært knyttet til helse- og omsorgssektoren.

Ser vi på hvordan mange kommuner arbeider eller planlegger å arbeide med *Leve hele livet* virker imidlertid dette skillett noe konstruert. Folkehelse og bærekraft er tema som går igjen i kommunenes planer for *Leve hele livet*, og som krever innsats utover helse- og omsorgstjenestene. Samtidig har flere av endringene som allerede pågår i helse- og omsorgstjenestene implikasjoner utover tjenestene. Både nasjonalt og lokalt har det vært et ønske om at eldre og andre hjelpetrequende innbyggere skal kunne bo lengst mulig i eget hjem (se f.eks. Helse- og omsorgsdepartementet, 2009), og kommunene har over tid bygd ned sin institusjonskapasitet selv om denne nedbyggingen nå synes å ha stoppet opp (Andrews et al., 2021). At tjenester i større grad ytes i tjenestemottakers eget hjem, vil ha betydning ikke bare for organisering av tjenestene, men også for kommunenes areal- og transportplanlegging. Som intervjuene i casekommunene avdekker, har *Leve hele livet* bidratt til å sette planlegging på dagsorden også innenfor helse- og omsorgstjenestene. Samtidig sier informantene at det er krevende å få til den type tverrfaglig samarbeid som kreves når stadig flere mottar tjenester i hjemmet.

Tre år inne i reformperioden, og etter at om lag halvparten av kommunene har utarbeidet en handlingsplan for *Leve hele livet* eller fattet vedtak om å utarbeide en slik plan, er det verdt å spørre seg om støtteapparatet i større grad bør ta utgangspunkt i kommunenes planer, og de utfordringene kommunene har identifisert, og identifisere områder hvor tiltak og prosesser bør breddes ut, gjennom større grad av tverrfaglighet, mer interkommunalt samarbeid eller samskaping med sivilsamfunnsaktører. Flere av tiltakene som kommunene beskriver kan med fordel breddes ut. Utover koblingen mellom tjenester i hjemmet og areal- og transportplanlegging, kan vi nevne personsentrert omsorg, som kombinerer ideer og aktiv aldring og samskaping eller samproduksjon, eller bærekraftdiskusjonen, som ikke bare handler om å bygge ut tiltak på et lavere nivå i omsorgstrappen, men også om folkehelsearbeid i videre forstand. En tilnærming som starter med kommunenes konkrete mål, og deretter vurderer de større samfunnsmessige og lokalpolitiske implikasjonene, kan bidra til at *Leve hele livet* blir mer håndgripelig både for kommunene og støtteapparatene.

6.2 Kommunenes organisering av arbeidet

Sammen med det forsterkede plankravet som følger av budsjettproposisjonen for 2021, legger Stortingsmeldingen noen tydelige føringer for hvordan kommunene skal organisere arbeidet med *Leve hele livet*. Viktigst av disse er kravet om et politisk vedtak, men også ulike krav til forankring i planverket er av betydning. I det følgende vil vi sammenstille funn fra delundersøkelsene for å belyse hvordan kommunene har organisert arbeidet med *Leve hele livet*, samt diskutere betydningen av denne organiseringen. Vi starter med kravet om politisk forankring i kommunen.

6.2.1 Politisk forankring og lokalpolitiske prioriteringer

Gitt kravet om at *Leve hele livet* skal behandles politisk i kommunen, er det ikke overraskende at om lag halvparten av respondentene i spørreundersøkelsen svarer at deltakelse i *Leve hele livet* vil innebære styrket politisk forankring. Vår innholdsanalyse av kommunenes planer og vedtak, gir et innblikk i hvordan denne forankringen er tenkt. Vi finner tre modeller for politisk involvering og forankring. I den første modellen, skal kommunestyret involveres i starten av arbeidet, gjennom at det vedtar planen, og i avslutningen, ved at kommunestyret mottar en oppsummering eller evaluering av arbeidet med reformen. Den andre modellen innebærer at kommunestyret, i tillegg til involvering ved oppstart og avslutning, involveres ved behov underveis i arbeidet for å ta stilling til spørsmål av prinsipiell karakter eller tiltak som utløser behov for finansiering. Den tredje modellen legger opp til mer omfattende og kontinuerlig involvering, særlig av eldreråd og/eller hovedutvalg for helse og omsorg. Ikke alle saksframleggene tar opp spørsmålet om politisk forankring, og vi har heller ikke gjort forsøk på å kvantifisere kommunenes oppslutning om de tre modellene. Fra spørreundersøkelsen vet vi imidlertid at over 80 prosent av kommunene ser for seg at eldrerådet skal involveres i stor eller svært stor grad.

Kravet om politisk forankring er ikke nærmere begrunnet i Stortingsmeldingen, men det er rimelig å anta at det bygger på erfaringer fra Omsorgsplan 2015 og Omsorg 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006, 2015). I evalueringen av Omsorgsplan 2015 heter det blant annet at kommunal planlegging kan være et egnet virkemiddel for å sette de fremtidige omsorgsutfordringene på dagsorden, men at dersom «en plan skal fungere som et dokument som legger føringer for praktisk politikk, må den være forankret hos kommunepolitikere» (Veenstra et al., 2015, p. 58). Forklaringen er at det er kommunepolitikere som «fordeler kommunes ressurser og legger føringer for det totale tilbudet av pleie- og omsorgstjenester, blant annet hvordan tjenestene skal organiseres, fordeles og prioriteres» (Veenstra et al., 2015, p. 58).

Intervjuene i casekommunene gir, med noen unntak, et bilde av kommunepolitikere som er tydelige i sine prioriteringer for helse- og omsorgstjenestene. I vårt datamateriale ser vi to ulike forståelser av hvordan helse- og omsorgstjenester kan og bør fordeles. Med utgangspunkt i Lowis (1964) typologi, kan vi skille mellom to tilnæringer: politikk som distribusjon og politikk som redistribusjon. Den første tilnærmingen innebærer en forståelse av at helse- og omsorgstjenestene bør fordeles etter behov uten hensyn til kostnader eller begrensede ressurser. Vi gjenfinner denne forståelsen i kommuner hvor helse- og omsorgstjenestene tillates å ha et forbruk utover den tildelte rammen. Både politikere og administrasjon i enkelte av casekommunene rapporterer at det er en etablert praksis at helse- og omsorgstjenesten får tilleggsbevilgninger ved behov, og knytter dette til en målsetting om at kommunene ikke skal rasjonere verken med omfang eller kvalitet på helse- og omsorgstjenestene.

Politikk som redistribusjon innebærer på sin side at goder og byrder omfordeles mellom ulike grupper i samfunnet på en slik måte at vinnere og tapere kan identifiseres. I vårt datamateriale gjenfinner vi denne forståelsen i kommuner som enten har svært spredt bosetting og hvor spørsmålet om sentralisert eller desentralisert tjenestestruktur er et tema, eller i kommuner som på grunn av budsjettunderskudd over tid ser seg nødt til å omorganisere og/eller kutte i tjenestetilbudet sitt. Selv om nesten hele veksten i kommunenes omsorgstjenester fra 2017-2021 kommer i

aldersgruppene under 80 år (Andrews et al., 2021), er spørsmålet om prioritering mellom unge og eldre tjenestemottakere mer eller mindre fraværende i debatten. Samtidig er det flere som oppfatter at kommunen på et eller annet tidspunkt ikke vil ha mulighet til å fordele helse- og omsorgstjenester uten hensyn til kostnader, slik at også kommuner som i dag primært distribuerer helse- og omsorgstjenester ser for seg en overgang til politikk som redistribusjon.⁶

Poenget her at aktørenes forståelse politikkområdet som henholdsvis fordelende eller omfordelende kan antas å ha betydning for hvordan de forholder seg til prioriteringsproblemer. Lowis banebrytende innsikt var at politikkenes substans har betydning for aktørenes roller og forventninger (Wilson, 1995). Mens politikk som fordeling er preget av et lavt konfliktnivå og ofte tar form av at organisasjoner og individer engasjerer seg for å oppnå personlige fordeler, kjennetegnes politikk som omfordeling av forhandlinger og et høyere potensiale for konflikt. Vi ser i vårt materiale fra casekommunene en tendens til at både potensialet for konflikt og viljen til å omprioritere ressurser mellom brukergrupper eller mellom kommunens tjenesteområder er noe større i kommuner hvor omprioritering står på dagsorden.

Prioriteringer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er blitt kalt fremtidens viktigste diskusjon (Løseth, 2018), men kommunene opplever at de får lite drahjelp fra nasjonale myndigheter generelt og støtteapparatet spesielt. Forventningen om at eldre skal ta større ansvar for egen alderdom og at flere skal bo hjemme lenger kan forstås som en begrensning av rettigheter, og dermed en bevegelse bort fra det universelle idealet som har karakterisert eldreomsorgen og tildeling av helse- og omsorgstjenester i Norge og Norden (Szebehely & Meagher, 2018). Informanter i kommunene opplever imidlertid at dette aspektet er lite fremme i nasjonale myndigheters kommunikasjon om bærekraft og fremtidens helse- og omsorgstjenester, og at kommunens innbyggere derfor får en opplevelse av at det handler om kommunens økonomistyring heller enn velferdsstatens bærekraft.

Diskusjonen viser at det ikke bare er lokale, men også nasjonale politiske prosesser og diskusjoner som bidrar til å gi politiske beslutninger om utforming av helse- og omsorgssektoren legitimitet. Mens kravet til politisk fattede vedtak er tydelig formulert, er forventninger til hvilke prioriterer kommunene skal eller bør foreta mindre tydelige. Fra andre studier vet vi at konfliktnivået øker når for eksempel institusjonsplasser eller andre helse- og omsorgstjenester oppfattes som et knapphetsgode (se f.eks. Andrews et al., 2021). Dersom det er et ønske å løfte bærekraftsperspektivet i *Leve hele livet*, kan og bør nasjonale myndigheter i større grad hjelpe kommunene med å berede grunnen for de politiske prioriteringer som ligger framfor dem.

6.2.2 Organisasjonell forankring

Både spørreundersøkelsen til kommunene og kartleggingen av kommunale planer og vedtak tyder på at helse- og omsorgssektoren sammen med folkehelse er de to områdene i kommunene som i størst grad er involvert i arbeidet med reformen. I de kommunale vedtakene ser vi tre modeller for organisering av arbeidet. For det første at arbeidet ledes av kommunedirektøren, for det andre at det ledes av kommunalsjef for helse- og omsorg, og for det tredje at det ledes av folkehelsekoordinator eller saksbehandler innenfor helse- og omsorgssektoren. Vi har ikke gjort forsøk på å telle hvor ofte de ulike modellene forekommer, men inntrykket er at arbeidet kun unntaksvis ledes av kommunedirektøren. I intervjuene i casekommunene fremkommer det at noen, men ikke alle, kommuner har dedikert hele eller deler av en stillingsressurs til arbeidet. Kommunestørrelse synes å ha en viss betydning for om kommunene avsetter ekstra ressurser til

⁶ I realiteten skjer det allerede en betydelig omfordeling både innenfor helse- og omsorgstjenestene, og mellom helse- og omsorgstjenestene og kommunenes øvrige tjenesteområder. I perioden 2015-2022 opplevde kommunene en årlig gjennomsnittlig vekst i kostnader til helse- og omsorgstjenesten på 3,4 prosent, mens veksten i kommunenes inntekter var på 1,4 prosent per år. Dette innebærer at «kostnadsveksten i helse- og omsorgstjenestene er finansiert ved omstilling av den kommunale virksomheten» (Andrews et al. 2021).

oppfølging av *Leve hele livet*, og særlig de minste kommunene oppgir at ressursituasjonen og vansker med å rekruttere personell medfører at *Leve hele livet* må håndteres med de personellressurser kommunen allerede har.

Både betydningen av tverrfaglig samarbeid og samordning – og barrierene for slikt samarbeid og samordning – er velkjente (Christensen & Lægneid, 2008; Difi, 2014; Head, 2019). Her vil vi nøye oss med å peke på at casekommunenes opplevelse av at det, tross gode intensjoner, er vanskelig å få til et godt samarbeid mellom ulike enheter i kommunen kan henge sammen med måten de har valgt å organisere *Leve hele livet* på. Som enkelte av informantene i casestudien peker på, krever en felles og samordnet innsats både at det settes av tilstrekkelige ressurser til slikt samarbeid og at arbeidet forankres i kommunens administrative ledelse. Dette er i tråd med funn i andre undersøkelser (se f.eks. Jacobsen, 1993). Når ansvaret for fremdrift, beslutninger og samarbeid legges til en enkelt medarbeider, blir samarbeidet særlig sårbart. I enkelte av casekommunene kommer dette til uttrykk ved at kunnskap ikke videreføres ved utskiftninger i personalgruppen. Når ildsjelen forsvinner ut av organisasjonen forsvinner også viktig kunnskap om kommunens arbeid. Samlinger i regi av det regionale støtteapparatet kunne vært en anledning til å sikre en bredere forankring, og dermed også bedre samordning, i kommunene, men heller ikke her er kommunens administrative ledelse nødvendigvis representert. Mot denne bakgrunn kunne det være hensiktsmessig om de regionale støtteapparatene i større grad hadde tilstedeværelse i eksisterende interkommunale samarbeidsfora hvor kommunedirektører og kommunalsjefer ofte møter.

6.3 Kommunenes arbeid med *Leve hele livet*

Samskaping og samproduksjon fremstilles i økende grad som et svar på velferdsstatens bærekraftutfordringer (Askheim, 2016; OECD, 2011). Grunnleggende sett handler det om sivilsamfunnets bidrag til utvikling av offentlig politikk og offentlige tjenester (Gotaas et al., 2020). Formålet kan være å sikre reell medvirkning i tjenesteproduksjon, økt kvalitet og innovasjon i offentlig sektor, eller mer effektiv og bærekraftig tjenesteproduksjon (Askheim, 2016; Torfing et al., 2016). Begrepene brukes ofte om hverandre, og det kan være vanskelig å identifisere hva som er samskaping og hva som er samproduksjon (Brandsen & Honingh, 2018). For enkelthets skyld vil vi her legge til grunn at samproduksjon handler om tjenesteyting, mens samskaping handler om utvikling og planlegging av tjenester (Lember et al., 2019). Med andre ord, samskaping handler om samarbeid på systemnivå og samproduksjon om samarbeid på individnivå (Gotaas et al., 2020).

I vårt datamateriale finner vi at kommunene har ambisjon om økt samarbeid både på individ- og systemnivå. Som vi har sett i kapittel 2, kan det synes som om kommunene vektlegger samarbeid fremfor organisatoriske endringer. Selv om kommunene også forventer at *Leve hele livet* vil ha konsekvenser for organisering, personell og budsjett, er det flere som rapporterer at de forventer større endringer i samarbeid internt i kommunen eller med eksterne aktører. Gitt *Leve hele livets* form og innhold, hvor kommunene ikke pålegges nye oppgaver eller tilføres nye overføringer, er det ikke overraskende at den først og fremst oppfattes som et forsøk på å styrke kommunens samarbeidsrelasjoner. Også i dokumentanalysen og i intervjuene med casekommunene, ser vi at kommunene er opptatt av samskaping med frivillige organisasjoner og næringsliv. Samarbeid med næringsliv handler i særlig grad om samarbeid med utbyggere for å sikre en hensiktsmessig boligmasse, men også samarbeid med andre næringer som for eksempel transportnæringen, for å bidra til mer mobilitet blant eldre innbyggere, eller restauranter og kaféer, for å skape hyggelige aktiviteter og møteplasser, nevnes i saksframlegg og intervjuer. I intervjuene beskriver flere informanter at de har et godt samarbeid med frivilligheten, særlig knyttet til kulturelle og sosiale aktiviteter. Informantene forteller også om ulike initiativ rettet direkte mot kommunens innbyggere over 65 år.

Samproduksjon, forstått som samarbeid mellom ansatte i tjenestene og brukere og deres pårørende, er et tema som er mye oppe i kommunenes saksframlegg, men som er mindre

fremtredende i intervjuene. Personsentrert omsorg er kanskje det tiltaket som går igjen i flest kommuner. Som omsorgsfilosofi handler personsentrert omsorg om å se pasienten eller brukerens behov og ressurser, og om å betrakte dem som aktive brukere heller enn passive mottakere (Kvæl, 2021); en tilnærming som i praksis summeres opp i spørsmålet «Hva er viktig for deg?» (Høie, 2016). I denne tilnærmingen er personsentrert omsorg først og fremst et personlig møte mellom tjenesteyter og -mottaker. I vårt datamateriale finner vi imidlertid at kommunene også setter aktiv omsorg og samproduksjon inn i en større ramme, hvor målet ikke bare er å identifisere behov og krav i en konkret omsorgsrelasjon, men også diskutere krav og forventninger til kommunens fremtidige tjenestetilbud. Samproduksjon betraktes dermed som et bevisst valg, heller enn en naturlig og integrert del av all tjenesteproduksjon (Osborne & Strokosch, 2013). Det er noe som tilføres tjenesteytingen, i form av et partnerskap mellom tjenestene og pasient/bruker/pårørende.

Som styringsideologi avviker samskaping og samproduksjon på mange måter fra mer tradisjonelle ideer om offentlig styring (Zeiner, 2021). I stedet for standardisering og reduksjon av kompleksitet (Scott, 1998), handler det om å inkorporere kompleksitet i beslutningsprosessen, gjennom å åpne for flere stemmer og dermed også flere krav, ønsker og forventninger (Zeiner, 2021). Vi finner at kommunene er grunnleggende positive til dette styringsidealet, men at de samtidig er opptatt av utfordringene med styring gjennom samskaping. Den mest konkrete utfordringen kommunene rapporterer i arbeidet med *Leve hele livet* er covid-19 med tilhørende restriksjoner. Flere peker på at koronarestriksjoner og en generell frykt for smitte har gjort det vanskelig å gjennomføre planlagte medvirkningsprosessesser. Andre utfordringer er av mer prinsipiell karakter. Det handler blant annet om grensene for kommunenes ansvar, og en uro for at mer formalisert samarbeid med sivilsamfunnsaktører kan skape økte forventninger til hva kommunen kan og bør håndtere, og dermed være mer en belastning enn en avlastning. Videre handler det om mer generelle endringer i frivilligheten; en opplevelse av at innbyggerne er mindre villige til å delta i frivillig innsats. Til sist handler det om kommunens behov for systemer og kvalitetssikring. Samlet sett tyder disse betenkningene på at kommunene, tross stor velvilje, har et stykke å gå før de knekker samskapingskoden.

6.4 Støtteapparatet og kommunene

Det nasjonale og regionale støtteapparatet er på mange måter *Leve hele livets* viktigste virkemiddel (Zeiner et al., 2021). Støtteapparatet skal både «formidle, informere og inspirere kommunene» og «utvikle verktøy og materiell for gjennomføring lokalt» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, p. 11). Vi har spurt kommunene hvorvidt de har deltatt på ulike aktiviteter i regi av det regionale støtteapparatet, og hvordan de vurderer støtteapparatets aktiviteter og støttemateriell. Vi finner at et stort flertall av kommunene har deltatt på dialogmøter og webinarer, og at om lag halvparten har deltatt i ulike læringsnettverk i regi av støtteapparatet. Når det gjelder læringsnettverk og erfaringsutvikling finner vi også at støtteapparatets tilbud svarer godt til kommunens forventninger og behov.

Det kommunene først og fremst etterlyser er bedre økonomiske støtteordninger og mer informasjon rettet mot innbyggerne. For å ta det siste først, handler ønsket om mer informasjonsmateriell i stor grad om at kommunene etterlyser mer drahjelp fra nasjonale myndigheter i spørsmål om innbyggernes personlige ansvar for å planlegge for egen alderdom. I noe mindre grad, handler det også om mer standardisert informasjon om *Leve hele livet* som helhet, slik at kommunenes knappe ressurser ikke må brukes for å lage informasjonsmateriell. Når det gjelder økonomiske rammevilkår handler dette både om at enkelte kommuner etterlyser midler til en prosjektstilling for gjennomføring av *Leve hele livet*, men også kanskje om mer treffsikre tilskuddsordninger. Særlig de regionale støtteapparatene er opptatt av at tilskuddene i liten grad treffer de bredere samfunns- og bærekraftaspektene ved *Leve hele livet*, og at også plankravet skaper utfordringer for tilskuddsforvaltningen.

I intervjuene med casekommunene kommer det fram at flere av informantene ikke kjenner til støtteapparatet eller dets arbeid. På spørsmål om hvilken nytte kommunene har hatt av støtteapparatet, er det flere som synes å forveksle det regionale støtteapparatet med andre regionale eller interkommunale samarbeidsfora. Kjennskap til støtteapparatet henger naturlig nok sammen med deltakelse i støtteapparatets ulike aktiviteter, og deltakelse synes ofte å være begrenset til den eller de kommuneansatte som har fått ansvar for å gjennomføre reformen lokalt. En tydelig tilbakemelding fra kommunene er at de regionale støtteapparatene i større grad bør koble seg på allerede eksisterende nettverk og samarbeid, ikke minst fordi dette er arenaer hvor kommunens politiske og administrative ledelse ofte er til stede.

6.5 Noen tanker om veien videre

Leve hele livet er et komplekst og mangefasettert prosjekt. Selv Stortingsmeldingen er åpen for ulike tolkninger. I tillegg skal kommunene tolke og tilpasse reformen ut fra lokale behov og forutsetninger. Flere i det regionale støtteapparatet omtaler reformen som en «paraply» som samler satsinger og aktiviteter som er igangsatt både før og etter 2018. Videre har også kommunene satsinger og aktiviteter med tilgrensende tematikk, og det kan synes som om flere kommuner betrakter *Leve hele livet* som en av flere statlige intensjonsbølger som skyller inn over sektoren (jf. Vetvik & Disch, 2017). Som Vetvik og Disch påpeker kan det «være krevende å sitte i den enden hvor en mottar alle disse statlige signalene til oppfølging og iverksetting» (Vetvik & Disch, 2017, p. 33). Samtidig er den kraftige kostnadsutviklingen i helse- og omsorgstjenestene (jf. Andrews et al., 2021) en tydelig påminnelse om betydningen av å sette bærekraftutfordringene på dagsorden i kommunene.

Mot denne bakgrunn vil vi særlig vektlegge to aspekter ved *Leve hele livet* som med fordel kan videreutvikles. Det første aspektet er hvordan *Leve hele livet* kan bidra til å tydeliggjøre prioriteringer og prioriteringsutfordringer i helse- og omsorgstjenesten. Det handler om grensen mellom individets og det offentliges ansvar (se også Vetvik & Disch, 2017), prioritering mellom eldre og yngre tjenestemottakere, og mellom helse- og omsorgstjenestene og andre kommunale sektorer og tjenester. Denne typen prioriteringer er på ulike vis en del av den kommunale hverdagen (se f.eks. Andrews et al., 2021), men bør i større grad synliggjøres og løftes inn i politiske beslutningsprosesser både på lokalt og nasjonalt nivå. Prioriteringsdiskursen handler imidlertid ikke bare om prioritering mellom ulike grupper tjenestemottakere og ulike tjenesteområder, men også om grensene mellom privat og offentlig ansvar. Kanskje en tydeliggjøring av hva kommunene har og bør ha ansvar for, vil gjøre arbeidet med å definere frivillige aktørers bidrag og rolle enklere for kommunene.

Det andre aspektet handler om avveiningen mellom statlig styring og lokalt handlingsrom. Stortingsmeldingen har som utgangspunkt at deltakelse er frivillig for kommunene, og at de kommunene som deltar skal ta stilling til hvordan reformen bør gjennomføres i egen kommune. Samtidig ser vi en tendens til at nasjonale myndigheter og reformens støtteapparat har tydelige ambisjoner på kommunenes vegne. Slik vi ser det bør oppmerksomheten nå rettes mot hvordan kommunene faktisk forstår *Leve hele livet* og hvilke tiltak og prosesser de ønsker å prioritere. Dette innebærer ikke at myndighetenes eller støtteapparatenes ambisjoner bør kastes på båten, men snarere at disse bør tilpasses kommunenes ambisjoner heller enn omvendt. I en situasjon hvor kommunene opplever til dels store utfordringer knyttet til prioritering, organisering og implementering av nye oppgaver og styringssignaler (jf. Vetvik & Disch, 2017), bør støtteapparatene også i større grad delta på de samarbeidsarenaer hvor kommunens politiske og administrative ledelse allerede er til stede.

Helt til sist vil vi påpeke at de økonomiske rammevilkårene generelt og tilskuddsordninger spesielt er tema som opptar både kommunene og de regionale støtteapparatene. Vi har ikke studert innretningen på tilskuddsordningene eller effekter av det forsterkede plankravet, men vi ser at mens nasjonale myndigheter bruker tilskuddsordningene for å motivere kommunene til deltakelse i

reformen, er kommunene og de regionale støtteapparatene opptatt av hvordan tilskudd kan og bør utformes for å støtte kommunene i arbeidet med *Leve hele livet* spesielt, og kvalitet og bærekraft i tjenestene mer generelt. I tillegg er særlig de regionale støtteapparatene opptatt av at dagens plankrav både er komplisert og lite hensiktsmessig å gjennomføre. Det kan derfor være verdt å se nærmere på hvordan tilskuddsordninger eller andre økonomiske støtteordninger bør utformes for å understøtte kommunenes arbeid med *Leve hele livet*.

Litteraturliste

- Alford, J. (2016). Co-Production, Interdependence and Publicness: Extending public service-dominant logic. *Public Management Review*, 18(5), 673-691. <https://doi.org/10.1080/14719037.2015.1111659>
- Alvdal kommune. (2021). Leve hele livet - oppstart strategisk plan for helse og omsorg 2022-2026. Hentet fra <https://www.alvdal.kommune.no/innsyn.aspx?response=mote&moteid=42275&scripturi=/innsyn.aspx&skin=infolink&Mid1=164&>
- Andrews, T., Lindeløv, B., & Gustavsen, A. (2014). Interkommunalt samarbeid om barnevern i Norge. En kartlegging av erfaringer. http://www.nordlandsforskning.no/getfile.php/136576-1432294109/Dokumenter/Rapporter/2015/Rapport_1_2015.pdf
- Andrews, T. M., Tjerbo, T., Ambugo, E., Bliksvær, T., Fabritius, M. K., Aguinaldo, S. J. R., & Hagen, T. P. (2021). Årsaker til kostnadsvekst i kommunale pleie- og omsorgstjenester. NF rapport nr.: 10/2021. <https://www.ks.no/contentassets/74113e3111a54fdcad825b67f5849cba/Arsaker-til-kostnadsvekst.pdf>
- Arendal kommune. (2021). Arendal kommunes arbeid med reformen 'Leve hele livet'. Saksframlegg. Hentet fra <https://einnsyn.no/api/fil?uri=http://data.einnsyn.no/47a57e0a-36dc-46e8-b272-aa6585e77281>
- Askheim, O. P. (2016). Samproduksjon som velferdssektorens kinderegg. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(01), 24-36.
- Barker, I., Steventon, A., & Deeny, S. R. (2017). Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data. *BMJ*, 356, j84. <https://doi.org/10.1136/bmj.j84>
- Brandsen, T., & Honingh, M. (2018). Definitions of co-production and co-creation. I T. Brandsen, T. Steen, & B. Verschuere (Eds.), *Co-Production and Co-Creation. Engaging Citizens in Public Services*. Routledge.
- Christensen, T., & Lægreid, P. (2008). The Challenge of Coordination in Central Government Organizations: The Norwegian Case. *Public Organization Review*, 8(2), 97. <https://doi.org/10.1007/s11115-008-0058-3>
- Difi. (2014). Mot alle odds? Veier til samordning i norsk forvaltning. Difi-rapport 2014:07. https://dfo.no/filer/Fagomr%C3%A5der/Rapporter/Rapporter-Difi/mot-alle-odds.-veier-til-samordning-i-norsk-forvaltning-difi-rapport-2014-7_0.pdf
- Eidskog kommune. (2021). Saksutredning. Leve hele livet i Eidskog, strategisk plan 2021-2025. Hentet fra <https://innsyn.onacos.no/eidskog/pluss/wfdocument.ashx?journalpostid=2021009952&dokid=1457496&versjon=10&variant=P&>
- Elverum kommune. (2021). Handlingsplan Leve hele livet i Elverum. Sakspapir. Hentet fra <https://innsyn.onacos.no/elverum/wfdocument.ashx?journalpostid=2021058842&dokid=1037729&versjon=5&variant=A&>
- Etnedal kommune. (2020). Implementering av reformen "Leve hele livet". Saksframlegg. Hentet fra <https://innsyn.iktvaldres.no/ek/wfdocument.ashx?journalpostid=2020006765&dokid=110666&versjon=6&variant=A&>
- Evenes kommune. (2021). Handlingsplan Leve hele livet 2021-2025. Saksframlegg. Hentet fra <https://innsyn.evenes.kommune.no/wfdocument.ashx?journalpostid=2021002194&dokid=17328&versjon=2&variant=A&>
- Evje og Hornes kommune. (2021). Handlingsplan 2021-2023 Leve hele livet - en kvalitetsreform for eldre. Saksframlegg. Hentet fra <http://159.171.48.136/eInnsynEvje/DmbHandling/ShowDmbHandlingDocument?dmbId=6850&caseType=CasesFremlegg®istryEntryId=41792>
- Farsund kommune. (2021). Saksframlegg. Leve hele livet Hentet fra <https://opengov.360online.com/Meetings/FARSUND/Meetings/Details/246146?agendaItemId=202309>
- Folldal kommune. (2021). Handlingsplan Leve hele livet, arkivsak 21/868. Hentet fra https://www.folldal.kommune.no/innsyn.aspx?response=journalpost_detaljer&journalpostid=21019176&scripturi=/innsyn.aspx&skin=infolink&Mid1=194&
- Froland kommune. (2021). Plan for leve hele livet. Saksframlegg. Hentet fra <https://sru.froland.kommune.no/api/utvalg/204563/moter/319633/behandlinger/6/0>

- Funnell, S. C., & Rogers, P. J. (2011). *Purposeful program theory: Effective use of theories of change and logic models* (Vol. 31). John Wiley & Sons.
- Gjerstad kommune. (2021). *Prosess- og fremdriftsplan eldrereform "Leve hele livet"*. Saksframlegg. Hentet fra <https://sru.gjerstad.kommune.no/api/utvalg/200895/moter/220120/behandlinger/16/0>
- Gjevjon, E. R. (2015). *Kontinuitet i hjemmesykepleien – vanskelige vilkår, men gode muligheter. Continuity of home care – difficult conditions, but good opportunities*. TFO, 1(1), 18-26. <https://doi.org/10.18261/ISSN2387-5984-2015-01-06>
- Gjøvik kommune. (2021). *Leve hele livet reformen - et aldersvennlig Gjøvik*. Hentet fra <https://innsyn.gjovik.kommune.no/wfdocument.ashx?journalpostid=2021039173&dokid=1934906&versjon=2&variant=A&>
- Gotaas, N., Monkerud, L. C., & Zeiner, H. H. (2020). *Samarbeid mellom pårørende og helse- og omsorgstjenesten. NIBR-rapport 2020:26. By- og regionforskningsinstituttet NIBR*. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/20.500.12199/6517>
- Grimstad kommune. (2019). *Leve hele livet*. Saksframlegg. Hentet fra <https://sru.grimstad.kommune.no/api/utvalg/215507/moter/699055/behandlinger/4/2>
- Hadsel kommune. (2021). *Handlingsplan for kvalitetsreformen for eldre - Leve hele livet*. Saksframlegg og innstilling. Hentet fra http://opengov.cloudapp.net/Meetings/hadsel_kommune/Meetings/Details/200035
- Haggerty, J. L., Roberge, D., Freeman, G. K., & Beaulieu, C. (2013). *Experienced Continuity of Care When Patients See Multiple Clinicians: A Qualitative Metasummary*. *The Annals of Family Medicine*, 11(3), 262-271. <https://doi.org/10.1370/afm.1499>
- Hamar kommune. (2021). *Kvalitetsreformen Leve hele livet*. Hentet fra <https://innsyn.hamar.kommune.no/motekalender/motedag/100290909>
- Hattfjelldal kommune. (2021). *Leve hele livet - Hattfjelldal kommune*. Hentet fra <https://innsyn.hattfjelldal.kommune.no/wfdocument.ashx?journalpostid=2020010232&dokid=180824&versjon=4&variant=A&>
- Head, B. W. (2019). *Forty years of wicked problems literature: forging closer links to policy studies*. *Policy and Society*, 38(2), 180-197. <https://doi.org/10.1080/14494035.2018.1488797>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. St. meld. nr. 25 (2006-2007). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/16e39820de5c485da382fd99165afaf7/no/pdfs/stm200520060025000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen - Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. St. meld. nr. 47 (2008-2009). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre*. Meld. St. 15 (2017-2018). Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Proposisjon til Stortinget for budsjettåret 2021, Prop. 1 S (2020-2021)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/49cdf0dd4b2e4f1981e09ea62b94f0d8/no/pdfs/prp202020210001hoddddpdfs.pdf>
- Hemnes kommune. (2021). *Leve hele livet - strategisk plan*. Saksframlegg.
- Hofstad, H. (2021). *Sosialt bærekraftige lokalsamfunn-en litteraturstudie (8283093452)*. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/11250/2767557/2021-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Høie, B. (2016). *Det magiske spørsmålet*. *Sykepleien*, 2016(11). <https://sykepleien.no/meninger/innsspill/2016/11/det-magiske-sporsmalet>
- Jacobsen, D. I. (1993). *Tverretattlig samarbeid i et organisasjonsteoretisk perspektiv*. In P. Repstad (Ed.), *Dugnadsånd og forsvarsverker. Tverretattlig samarbeid i teori og praksis*. Tano.
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2014). *Medvirkning i planlegging. Hvordan legge til rette for økt deltakelse og innflytelse i kommunal og regional planlegging etter plan- og bygningsloven*. Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet Hentet fra

- https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kmd/plan/medvirkningsveileder/h2302b_veiled er_medvirkning.pdf
- Kongsvinger kommune. (2021). Leve hele livet. Saksfremlegg. Hentet fra https://websak.kongsvinger.kommune.no/innsyn_mote/wfdocument.ashx?journalpostid=2021005275&dokid=509876&versjon=11&variant=A&
- Kristiansand kommune. (2021). Orientering: Leve hele livet - en kvalitetsreform for eldre. Hentet fra <https://politiskagenda.kristiansand.kommune.no/Vis/Pdf/bilag/02cc0bda-0b94-4a6b-9216-c5c07202df74?redirectDirectlyToPdf=false>
- Kvinesdal kommune. (2021). Leve hele livet- plan. Saksprotokoll. Hentet fra <http://opengov.cloudapp.net/Meetings/kvinesdal/Meetings/Details/220019?agendaltemId=201962>
- Kvæl, L. A. H. (2021). Helhetlige pasientforløp: brukernes erfaringer med pasientdeltakelse og personsentrert omsorg i kommunal korttidsrehabilitering i overgangen mellom sykehus og hjem. TFO, 7(2), 29-43. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-02-03>
- Lember, V., Brandsen, T., & Tönurist, P. (2019). The potential impacts of digital technologies on co-production and co-creation. *Public Management Review*, 21(11), 1665-1686. <https://doi.org/10.1080/14719037.2019.1619807>
- Lesja kommune. (2021). Strategiplan "Leve hele livet". Lesja kommune 2021-2024. Høringsnotat. Hentet fra <https://www.lesja.kommune.no/f/p5/ie2033726-2a59-4672-93ac-397b245814be/leve-hele-livet-strategiplan-2021-2024-forslag.pdf>
- Lowi, T. J. (1964). American Business, Public Policy, Case-Studies, and Political Theory. *World Politics*, 16(4), 677-715. <https://doi.org/10.2307/2009452>
- Lui, C.-W., Everingham, J.-A., Warburton, J., Cuthill, M., & Bartlett, H. (2009). What makes a community age-friendly: A review of international literature. *Australasian Journal on Ageing*, 28(3), 116-121. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2009.00355.x>
- Lødingen kommune. (2021). Kvalitetsreformen Leve hele livet og Livsgledesykehjem. Hentet fra <https://innsyn.onacos.no/lodingen/wfdocument.ashx?journalpostid=2021008486&dokid=167842&versjon=4&variant=P&>
- Løseth, B. (2018). Prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten – fremtidens viktigste diskusjon? TFO, 4(2), 111-113. <https://doi.org/doi:10.18261/issn.2387-5984-2018-02-05>
- Løten kommune. (2021). Leve hele livet - plan for Løten kommune. Saksframlegg. Hentet fra <https://innsyn.loten.kommune.no/motekalender>
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 795-805. <https://doi.org/10.1177/1403494812465030>
- Miljøverndepartementet. (2011). Kommunal planstrategi. Veileder. Oslo: Miljøverndepartementet Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/83801c9c858d402ea2958e1930fc421a/t-1494.pdf>
- Narvik kommune. (2021). Handlingsplan Leve hele livet. Saksframlegg. Hentet fra <https://www.narvik.kommune.no/innsynfront/wfdocument.ashx?journalpostid=2021010798&dokid=1463216&versjon=5&variant=A&>
- OECD. (2011). Together for Better Public Services: Partnering with Citizens and Civil Society. OECD. <https://doi.org/doi:https://doi.org/10.1787/9789264118843-en>
- Osborne, S. P., & Strokosch, K. (2013). It takes Two to Tango? Understanding the Co-production of Public Services by Integrating the Services Management and Public Administration Perspectives. *British Journal of Management*, 24(S1), S31-S47. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1467-8551.12010>
- Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven), LOV-2008-06-27-71, (2008). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-27-71>
- Ringebu kommune. (2021). Handlingsplan Leve hele livet. Saksframlegg. Hentet fra <https://www.ringebu.kommune.no/innsyn/wfdocument.aspx?journalpostid=2021015347&dokid=459948&versjon=7&variant=A&pf=pl>
- Ringsaker kommune. (2021). Oppfølging av Stortingsmelding 15 (2017-2018) Leve hele livet 2021-2022. Hentet fra <https://www5.ringsaker.kommune.no/innsyn6/wfdocument.ashx?journalpostid=2020042504&dokid=980203&versjon=8&variant=A&>
- Rogne, A. F., & Syse, A. (2017). Framtidens eldre i by og bygd. Befolkningsframskrivninger, sosiodemografiske mønstre og helse. Rapport 2017/32. Statistisk Sentralbyrå. . <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/attachment/328026?ts=167c714ea80>

- Rødøy kommune. (2021). Leve hele livet, planprosess. Hentet fra <http://www.rodoy.kommune.no/Handlers/fh.ashx?Mid1=5&Filld=6430>
- Saltdal kommune. (2021). Møteinnkalling 23.03.21. Hentet fra https://www.saltdal.kommune.no/ato/elements/469156/mteinnkalling.113150a.5fc691_iHcEHB_VnY5CHzOpi.pdf
- Scott, J. C. (1998). *Seeing like a state: How certain schemes to improve the human condition have failed*. Yale University Press.
- Smith, K. B., & Larimer, C. W. (2017). *The Public Policy Theory Primer*. Third edition. Routledge
- Sogstad, M. R., Kristine, & Bergland, A. (2021). Sårbar sammenheng i helse- og omsorgstjenesten til eldre pasienter. TFO, 7(2), 9-28. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-02-02>
- SSB. (2020a). Befolkningsframskrivinger for kommunene, 2020-2050 (Rapport 2020/27).
- SSB. (2020b). Statistikkbanken tabell 12981: Framskrevne forsørgerbrøker, etter region, alternativ, år og statistikkvariabel (hovedalternativet)
- Szebehely, M., & Meagher, G. (2018). Nordic eldercare – Weak universalism becoming weaker? *Journal of European Social Policy*, 28(3), 294-308. <https://doi.org/10.1177/0958928717735062>
- Sør-Aurdal kommune. (2021). Forankring reform "Leve hele livet". Saksframlegg. Hentet fra <https://innsyn.iktvaldres.no/sak/wfdocument.ashx?journalpostid=2021001665&dokid=245115&versjon=6&variant=A&>
- Sør-Fron kommune. (2021). Leve hele livet - Strategisk handlingsplan. Saksframlegg. Hentet fra <https://innsyn.onacos.no/sorfron/wfdocument.ashx?journalpostid=2021019225&dokid=325153&versjon=5&variant=A&>
- Sør-Odal kommune. (2021). Lokal handlingsplan for Leve hele livet. Vedtak med saksframlegg. Hentet fra <https://innsyn.onacos.no/sorodal/wfdocument.ashx?journalpostid=2021007381&dokid=357195&versjon=14&variant=A&>
- Sørfold kommune. (2021). Møteinnkalling. Kommunestyret 21.03.2021. Hentet fra <https://innsyn.public.cloudservices.no/innsyn-sorfold/DmbMeeting/424>
- Torring, J., Sørensen, E., & Røiseland, A. (2016). Transforming the Public Sector Into an Arena for Co-Creation: Barriers, Drivers, Benefits, and Ways Forward. *Administration & Society*, 0(0), 0095399716680057. <https://doi.org/10.1177/0095399716680057>
- Torku, A., Chan, A. P. C., & Yung, E. H. K. (2021). Age-friendly cities and communities: a review and future directions. *Ageing and Society*, 41(10), 2242-2279. <https://doi.org/10.1017/S0144686X20000239>
- Trysil kommune. (2020). Kvalitetsreformen i eldreomsorgen Leve hele livet-statusrapport september 2020. Saksframlegg. Hentet fra http://einnsyn.sate.no/Trysil/DmbHandling/ShowDmbHandlingDocument?dmbld=1812&caseType=CasesFremlegg®istryEntryId=18595&sourceDatabase=TRYSIL_PROD
- Træna kommune. (2021). Leve hele livet. Saksframlegg. Hentet fra <https://www.trana.kommune.no/ato/esaoff/document/sakspapirer-mte-i-kommunestyret-den-16-12-2021.88233.015f3cd3c3.pdf>
- Tynset kommune. (2020). Leve hele livet - en kvalitetsreform for eldre. Saksframlegg. Hentet fra https://www.tynset.kommune.no/innsyn.aspx?response=journalpost_detaljer&journalpostid=20002725&scripturi=/innsyn.aspx&skin=infolink&Mid1=468&
- Van Walraven, C., Oake, N., Jennings, A., & Forster, A. J. (2010). The association between continuity of care and outcomes: a systematic and critical review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16(5), 947-956. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2009.01235.x>
- Vang kommune. (2021). Leve hele livet i Vang. Saksframlegg. Hentet fra <https://innsyn.iktvaldres.no/vk/wfdocument.ashx?journalpostid=2021008454&dokid=179748&versjon=5&variant=A&>
- Veenstra, M., Havig, A. K., & Gautun, H. (2015). Resultatevaluering av Omsorgsplan 2015. Kommunal planlegging. NOVA Rapport 4/2015 (8278945462). https://www.regjeringen.no/contentassets/6f1249df28de4ffe83ef2486e748f6e5/sluttrapport_de_lprosjekta_omsorgsplan2015.pdf
- Vegårshei kommune. (2021). Prosessplan eldrereform 'leve hele livet' og oppnevning politisk representant. Saksframlegg. Hentet fra <https://sru.vegarshei.kommune.no/api/utvalg/201002/moter/219810/behandlinger/0/0>
- Vestvågøy kommune. (2021). Oppstartsmodell for Leve hele livet-reformen. Saksframlegg. Hentet fra <https://innsyn.onacos.no/vestvagoy/pluss/wfdocument.ashx?journalpostid=2021004251&dokid=1538800&versjon=3&variant=A&>

- Vetvik, E., & Disch, P. G. (2017). *Retorikk og Realiteter. Planlegging for framtidens helse- og omsorgsoppgaver i kommunene - 2015-2025*. Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 05/2017. Høgskolen i Sørøst-Norge. https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/bitstream/handle/11250/2448818/rapport_05_2017_trykk.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Våler kommune (Innlandet). (2021). *Plan for Leve hele livet i Våler*. Saksfremlegg. Hentet fra http://www.vaaler-he.kommune.no/innsyn_politisk/wfdocument.ashx?journalpostid=2021001630&dokid=232280&versjon=6&variant=A&
- Weiss, C. H. (1998). *Evaluation*. Prentice-Hall.
- Wilson, J. Q. (1995). *Organizations and Public Policy*. In *Political Organizations* (Vol. 46, pp. 327-346). Princeton University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctv19fvzhv.20>
- Zeiner, H. H. (2021). *Seeing like a welfare state – legibility and the transformation of the self-help field*. *Critical Policy Studies*, 15(3), 369-386. <https://doi.org/10.1080/19460171.2020.1867597>
- Zeiner, H. H., Amundsen, M., Dokken, T., Holden, M. B., Ruud, M. E., Rasmussen, I., & Skogheim, R. (2021). *Kvalitetsreform, samfunnsreform eller begge deler? Støtteapparatets forståelse og vurdering av "Leve hele livet"*. By- og regionforskningsinstituttet, NIBR, OsloMet.

Vedlegg 1

Kommunenes arbeid med helse- og omsorgstjenester og reformen Leve hele livet

Første del av spørreskjemaet handler om de kommunale helse- og omsorgstjenestene generelt. Selv om kommunen ikke deltar eller planlegger å delta i reformen 'Leve hele livet', ber vi om at du besvarer denne delen.

1) I hvilken grad er følgende utsagn beskrivende for kommunens arbeid med helse- og omsorgstjenester? Svar på en skala fra 1 til 5, der 1 betyr "passer ikke" og 5 betyr "passer svært godt".

	Passer ikke 1	2	3	4	Passer svært godt 5
Kommunen har kartlagt befolkningens helsetilstand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kommunen har kartlagt eldres behov for helse- og omsorgstjenester	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kommunen har kartlagt kompetansebehov i helse- og omsorgstjenesten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kommunen har kartlagt eldres behov for tilpassede boliger/boformer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kommunen anvender styringsdata i planlegging og evaluering av helse- og omsorgstjenestene (KOSTRA, Folkehelseprofil el.a.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kommunen har etablert rutiner for systematisk involvering av brukere og pårørende i utforming av helse- og omsorgstjenester	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Status i helse- og omsorgstjenestene er jevnlig til behandling i kommunestyret	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kommunen deltar i program for folkehelsearbeid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2) Har kommunen vedtatt og/eller gjennomført følgende tiltak?

	Ja	Nei
En egen delplan for helse- og omsorgstjenestene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En strategi for eldre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En frivillighetsstrategi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En pårørendestrategi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En kompetansestrategi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eldrepolitikken er behandlet i kommuneplanens samfunnsdel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eldrepolitikken er behandlet i kommuneplanens arealdel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eldrepolitikken er behandlet i andre kommunale delplaner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3) Dersom eldrepolitikken er behandlet i andre kommunale planer, konkretiser gjerne:

4) Nedenfor er listet opp de fem innsatsområdene i reformen Leve hele livet. Hvert område har fem forslag til tiltak. Hvor godt kjenner du til disse innsatsområdene med tilhørende forslag til tiltak? Svar på en skala fra 1 til 5, der 1 betyr "kjenner ikke til" og 5 betyr "kjenner svært godt".

	Kjenner ikke til				Kjenner svært godt
	1	2	3	4	5
Aldersvennlig samfunn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aktivitet og fellesskap	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mat og måltider	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Helsehjelp	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sammenheng i tjenestene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kjenner ikke til 1 2 3 4 Kjenner svært godt 5

5) Har din kommune innført noen av følgende aldersvennlige tiltak? Svar på en skala fra 1 til 5, der 1 betyr "ikke innført" og 5 betyr "i svært stor grad"

	Ikke innført 1	2	3	4	I svært stor grad 5
Boliger med livsløpsstandard	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Boliger med trygg tilgang til rekreasjonsareal innenfor en gåavstand på max 400 meter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Boliger med trygg tilgang til kollektivtransport innenfor en gåavstand på max 400 meter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Boligrådgivning rettet mot eldre for tilpasning av egen boligsituasjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Universelt utformede turveier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senior-, barne- og folketrakk legges til grunn for planleggingen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eldreråd inkluderes i utvikling av relevante strategier, planer og tiltak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kompetansestrategi for eldre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seniorpolitikk for å tilrettelegge for at kommunens ansatte kan stå lenge i arbeid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rekruttering av eldre til frivillig innsats	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Støtte til organisering av frivillige seniortiltak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utvikling av lokale møteplasser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6) Dersom kommunen har utviklet andre spesifikke aldersvennlige tiltak enn de som er nevnt over, vennligst spesifiser:

7) Møter din kommune hindringer for utvikling av aldersvennlige tiltak?

- Ja
- Nei

8) Konkretiser gjerne hvilke/hva slags hindringer kommunen møter:

9) Deltar din kommune i nettverket av aldersvennlige kommuner og lokalsamfunn?

- Ja
- Nei

10) Har din kommune innført noen av følgende tiltak for aktivitet og fellesskap for eldre?
Svar på en skala fra 1 til 5, der 1 betyr "ikke innført" og 5 betyr "i svært stor grad"

	Ikke innført	1	2	3	4	I svært stor grad 5
Tiltak for å motvirke ensomhet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Flere ulike aktivitetstilbud rettet mot eldre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Varierte aktivitetstilbud i helse- og omsorgstjenestene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samarbeid med tro- og livssynssamfunn i helse- og omsorgstjenestene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Ikke innført				I svært stor grad
	1	2	3	4	5
Tilrettelegging for generasjonsmøter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samfunnskontaktfunksjon i helse- og omsorgssektoren (bindeledd tjenester-familie-lokalsamfunn)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sambruk og samlokalisering mellom sykehjem, omsorgsboliger og annen virksomhet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11) Hvilke av tiltakene for å fremme aktivitet og fellesskap i din kommune er du mest fornøyd med?

12) Møter din kommune hindringer for utvikling av tiltak for aktivitet og fellesskap?

- Ja
- Nei

13) Konkretiser gjerne hvilke/hva slags hindringer kommunen møter:

14) Har din kommune innført noen av følgende tiltak for gode opplevelser rundt måltider og for å forebygge/reducere underernæring blant eldre? Svar på en skala fra 1 til 5, der 1 betyr "ikke innført" og 5 betyr "i svært stor grad".

	Ikke innført				I svært stor grad
	1	2	3	4	5
Kartlegging av ernæringsstatus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vurdering av ernæringsmessig risiko	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utvikling av kompetanse om ernæring blant ansatte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mulighet for å delta i måltidsfellesskap	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sikring av kvalitet på maten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

						I
	Ikke					svært
	innført	1	2	3	4	stor
		1	2	3	4	grad
						5
Mattilbud som gjenspeiler brukernes ønsker og behov	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kartlegging av lengde på nattfaste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kjøkken og matfaglig kompetanse i helse- og omsorgssektoren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etablering av lokalkjøkken i helse- og omsorgsinstitusjoner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15) Hvilke av tiltakene for å fremme gode opplevelser rundt måltidene og forebygge/reducere underernæring er du mest fornøyd med?

16) Møter din kommune hindringer for utvikling av tiltak for gode matopplevelser og god ernæring blant eldre?

- Ja
- Nei

17) Konkretiser gjerne hvilke/hva slags hindringer kommunen møter:

18) Har din kommune innført følgende tiltak for å gi eldre med funksjonssvikt og/eller sykdom støtte til å mestre hverdagen (både hjemmeboende og i institusjon)? Svar på en skala fra 1 til 5, der 1 betyr "ikke innført" og 5 betyr "i svært stor grad".

						I
	Ikke					svært
	innført	1	2	3	4	stor
		1	2	3	4	grad
						5
Forebyggede hjemmebesøk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Helsestasjon for eldre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kartlegging av brukernes psykiske, fysiske og sosiale ressurser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vedtak om å gi brukerne opplæring i hverdagsmestring	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Ikke innført 1	2	3	4	I svært stor grad 5
Teambaserte tjenester (primærhelseteam, oppfølgingsteam)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Munn- og tannhelse integrert i helsehjelpen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tilbud om velferdsteknologi, inkludert opplæring	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Målrettet bruk av fysisk trening	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Miljøbehandling/miljøterapi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Systematisk kartlegging og oppfølging	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kompetanseplanlegging, kollegaveiledning og faglig oppdatering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19) Hvilke av tiltakene for å sikre at eldre med sykdom og/eller funksjonssvikt får støtte til å mestre hverdagen er du/dere mest fornøyd med?

20) Møter din kommune noen hindringer for å sikre at eldre med sykdom og/eller funksjonssvikt får hjelp til å mestre hverdagen?

Ja

Nei

21) Konkretiser gjerne hvilke/hva slags hindringer kommunen møter:

22) Har din kommune innført følgende tiltak for å sikre sammenheng i tjenestene og støtte til pårørende? Svar på en skala fra 1 til 5, der 1 betyr "ikke innført" og 5 betyr "i svært stor grad".

	Ikke innført 1	2	3	4	I svært stor grad 5
Personsentrert omsorg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fleksible avlastningsordninger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Støtte og informasjon til pårørende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pårørendeskoler og/eller samtalegrupper for pårørende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Primærkontakt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiltak for økt forutsigbarhet og trygghet for brukerne og pårørende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nye arbeids- og organisasjonsformer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alternative turnusordninger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bedre pasientforløp mellom hjem og sykehjem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bedre pasientforløp mellom kommune og sykehus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23) Hvilke av tiltakene for å sikre sammenheng i tjenestene og støtte til pårørende er du mest fornøyd med?

24) Møter kommune noen hindringer for å sikre sammenheng i tjenestene og støtte til pårørende?

- Ja
- Nei

25) Konkretiser gjerne hvilke/hva slags hindringer dere møter:

26) Alt i alt, hvordan vurderer du kommunens samlede tilbud til eldre? Svar på en skal fra 1 til 5, der 1 betyr "lite tilfredsstillende" og 5 betyr "svært tilfredsstillende"

- Lite tilfredsstillende 1
- 2
- 3
- 4
- Svært tilfredsstillende 5

27) Har kommunen fattet eller vil kommunen fatte vedtak om å delta i reformen Leve hele livet?

- Ja, kommuner har fattet vedtak om å delta
- Ja, kommunen planlegger vedtak om å delta
- Nei, kommunen skal ikke delta i reformen

Følgende betingelser må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- Nei, kommunen skal ikke delta i reformen

28) Dersom kommunen ikke skal delta i reformen, spesifiser begrunnelsen(e) for ikke å delta:

Følgende betingelser må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- Ja, kommunen planlegger vedtak om å delta
- Ja, kommuner har fattet vedtak om å delta

De neste spørsmålene er meste relevante for kommuner som allerede deltar i reformen. Vi oppfordrer likevel respondenter i kommuner som planlegger deltakelse, men som ikke har startet innføringen av reformen, om å svare på de følgende spørsmålene så langt mulig.

29) I hvilken grad innebærer deltakelse i Leve hele livet endringer og/eller nye tiltak på listen under? Svarene er rangert fra 1 til 5, der 1 betyr "ingen endring" og 5 betyr "svært store endringer"

	Ingen endringer 1	2	3	4	Svært store endringer 5
Budsjettmessige omprioriteringer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organisatoriske endringer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personalmessige konsekvenser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Styrket politisk forankring av eldrepolitikken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utvikling og rapportering på måleindikatorer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samarbeid med andre kommunale etater og tjenester	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samarbeid med spesialisthelsetjenesten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samarbeid med frivillige organisasjoner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samarbeid med eldre og deres pårørende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samarbeid med det lokale næringslivet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Følgende betingelser må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- Ja, kommunen planlegger vedtak om å delta
- Ja, kommuner har fattet vedtak om å delta

30) Hvilke områder/enheter/tjenester deltar i kommunens gjennomføring av reformen Leve hele livet? Svaralternativene er rangert fra 1 til 5, der 1 betyr "deltar ikke" og 5 betyr "deltar i svært stor grad"

	Deltar ikke 1	2	3	4	I svært stor grad 5
Helse og omsorg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Deltar ikke	1	2	3	4	5 I svært stor grad
NAV kommune	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Folkehelse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samferdsel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kultur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Følgende betingelser må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- Ja, kommunen planlegger vedtak om å delta
- Ja, kommuner har fattet vedtak om å delta

31) Spesifiser gjerne hvilke andre enheter/områder/tjenester som er involvert:

Følgende betingelser må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- Ja, kommunen planlegger vedtak om å delta
- Ja, kommuner har fattet vedtak om å delta

32) Hvilken avdeling/enhet har det daglige ansvaret for å gjennomføre reformen Leve hele livet?

Følgende betingelser må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- Ja, kommunen planlegger vedtak om å delta
- Ja, kommuner har fattet vedtak om å delta

33) Hvilke eksterne aktører samarbeider kommunen med for gjennomføring av reformen Leve hel livet? Svarene er rangert fra 1 til 5, der 1 betyr "samarbeider ikke" og 5 betyr "i svært stor grad"

	Samarbeider ikke 1	2	3	4	I svært stor grad 5
Eldrerådet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frivillige organisasjoner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pårørende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hjelpemiddelsentralen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spesialisthelsetjenesten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
NAV stat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utbyggere/boligbyggere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andre næringslivsaktører	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andre aktører	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Følgende betingelser må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- Ja, kommunen planlegger vedtak om å delta
- Ja, kommuner har fattet vedtak om å delta

34) Spesifiser gjerne hvilke andre aktører kommunen samarbeider med:

Følgende betingelser må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- Ja, kommunen planlegger vedtak om å delta
- Ja, kommuner har fattet vedtak om å delta

35) Hvor godt mener du følgende påstander om reformen stemmer? Svar på en skala fra 1 til 5, der 1 betyr "stemmer ikke" og 5 betyr "stemmer svært godt"

	Stemmer ikke 1	2	3	4	Stemmer svært godt 5
Reformens mål og virkemidler er tydelig definert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reformens mål og virkemidler samsvarer med kommunens behov	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leve hele livet handler om helse- og omsorgstjenestene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informasjonsmateriellet er relevant og nyttig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ressursportalen fungerer etter hensikten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Følgende betingelser må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- Ja, kommunen planlegger vedtak om å delta
- Ja, kommuner har fattet vedtak om å delta

Kommunens vurdering av det regionale støtteapparatet for reformen Leve hele livet

36) Har ansatte i kommunen deltatt i arrangementer i forbindelse med reformen Leve hele livet? Kryss av for alle aktuelle alternativer

- [Dialogmøter i regi av det lokale støtteapparatet](#)
- [Læringsnettverk](#)
- [Innspillsmøte i regi av Helse- og omsorgsdepartementet](#)
- [Webinar](#)
- [Annet](#)

Følgende betingelser må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- Ja, kommunen planlegger vedtak om å delta
- Ja, kommuner har fattet vedtak om å delta

37) Vennligst spesifiser "annet":

Følgende betingelser må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- Ja, kommunen planlegger vedtak om å delta
- Ja, kommuner har fattet vedtak om å delta

38) Opplever kommunen behov for støtte for iverksetting av reformen Leve hele livet på de områdene som er listet opp nedenfor? Svar på en skal fra 1 til 5, der 1 betyr "ikke behov for støtte" og 5 betyr "svært stort behov for støtte"

	Ikke behov				Svært stort behov
	1	2	3	4	5
Planarbeid og analyse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kompetanseplanlegging	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nettverk og erfaringsutveksling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Økonomiske rammevilkår	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andre rammevilkår	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forankring og informasjon til politikerne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informasjon rettet mot innbyggerne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bruk av ressursplanlegging	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Følgende betingelser må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- Ja, kommunen planlegger vedtak om å delta
- Ja, kommuner har fattet vedtak om å delta

39) Opplever kommunen at det regionale støtteapparatet kan tilby støtte på de områdene som er listet under? Svar på en skala fra 1 til 5, der 1 betyr "tilbyr ingen støtte" og 5 betyr "tilbyr svært god støtte".

	Ingen støtte				Svært god støtte
	1	2	3	4	5
Planarbeid og analyse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Ingen støtte				Svært god støtte
	1	2	3	4	5
Kompetanseplanlegging	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nettverk og erfaringsutveksling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Økonomiske rammevilkår	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andre rammevilkår	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forankring og informasjon til politikerne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informasjon til innbyggerne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bruk av ressursplanlegging	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Følgende betingelser må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- Ja, kommunen planlegger vedtak om å delta
- Ja, kommuner har fattet vedtak om å delta

Til slutt noen spørsmål om korona/covid-19 og tiltakene myndighetene har iverksatt har betydning for gjennomføring av reformen Leve hele livet

40) Har korona/covid-19 og myndighetenes tiltak medført endringer i iverksetting av reformen Leve hele livet internt i kommunen?

	Ja	Nei	Vet ikke
Budsjettmessige prioriteringer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organisatoriske endringer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personellmessige endringer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Endringer i politisk forankring	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Ja	Nei	Vet ikke
Utvikling av og/eller rapportering på måleindikatorer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forsinkelser med iverksetting av reformen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Følgende betingelser må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- Ja, kommunen planlegger vedtak om å delta
- Ja, kommuner har fattet vedtak om å delta

41) Innebærer myndighetenes tiltak i forbindelse med korona/covid-19 endringer i samarbeidet internt i kommunen og med eksterne aktører om iverksetting av reformen Leve hele livet? Svar på en skala fra 1 til 5, der 1 betyr "påvirker svært negativt" og 5 betyr "påvirker svært positivt".

	Svært negativt 1	2	3	4	Svært positivt 5
Samarbeid med andre kommunale tjenester og etater	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samarbeid med frivillige organisasjoner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samarbeid med eldre og deres pårørende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samarbeid med det lokale næringslivet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samarbeid med spesialisthelsetjenesten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ut fra en samlet vurdering, hvordan har tiltakene påvirket iverksetting av reformen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

42) Hva er din stilling i kommunen?

43) I hvilken avdeling/enhet i kommunen er du ansatt?

Progress: © Copyright www.questback.com. All Rights Reserved.

Trial Essentials for free - Click here to create your survey today.

Vedlegg 2

Knr	Kommune	Fylke	Vedtak LHL	Planstrategi	Samfunnsdel	Arealdel	Delplan helse omsorg for og	Handlings- og økonomiplan
K-1820	Alstahaug	Nordland	0	0	0	0	.	0
K-3428	Alvdal	Innlandet	2	1	0	0	.	1
K-1871	Andøy	Nordland	0	0	0	0	.	.
K-4203	Arendal	Agder	2	1	0	0	.	0
K-1839	Beiarn	Nordland	0	0	1	0	.	0
K-1811	Bindal	Nordland	0	1	0	0	.	0
K-4216	Birkenes	Agder	0	1	0	0	0	1
K-1804	Bodø	Nordland	0	0	0	0	0	1
K-1813	Brønnøy	Nordland	0	0	0	0	1	0
K-4220	Bygland	Agder	0	0	0	.	.	1
K-4222	Bykle	Agder	0	0	0	0	.	1
K-1867	Bø (Nordland)	Nordland	0	.	0	0	.	1
K-3431	Dovre	Innlandet	0	0	0	0	.	0

K-1827	Dønna	Nordland	0	.	.	0	1	0
K-3416	Eidskog	Innlandet	1	1	0	0	.	.
K-3420	Elverum	Innlandet	2	0	0	.	.	.
K-3425	Engerdal	Innlandet	1	0	0	0	.	1
K-3450	Etnedal	Innlandet	2	1	0	0	.	1
K-1853	Evenes	Nordland	2	.	0	0	0	0
K-4219	Evje og Hornnes	Agder	2	0	0	0	0	.
K-4206	Farsund	Agder	2	1	0	.	0	0
K-1841	Fauske - Fuossko	Nordland	0	1	.	0	1	1
K-1859	Flakstad	Nordland	0	.	0	0	.	0
K-4207	Flekkefjord	Agder	0	1	0	.	.	0
K-3429	Folldal	Innlandet	2	1	0	0	0	1
K-4214	Froland	Agder	2	0	0	0	.	.
K-3441	Gausdal	Innlandet	0	0	0	0	.	.
K-1838	Gildeskål	Nordland	0	0	.	0	.	1
K-4211	Gjerstad	Agder	1	1	0	0	.	1
K-3407	Gjøvik	Innlandet	2	0	0	0	0	1
K-3446	Gran	Innlandet	2	0	0	0	.	.

K-1825	Grane	Nordland	0	0	0	0	.	1
K-4202	Grimstad	Agder	1	0	0	0	0	0
K-3417	Grue	Innlandet	0	0	0	0	.	1
K-1866	Hadsel	Nordland	2	1	1	0	0	.
K-3403	Hamar	Innlandet	2	0	0	0	0	.
K-1875	Hamarøy	Nordland	0	0	.	.	.	0
K-1826	Hattfjelldal	Nordland	2	0	0	0	.	1
K-1832	Hemnes	Nordland	2	0	0	.	0	0
K-1818	Herøy (Nordland)	Nordland	0	.	0	0	0	.
K-4226	Hægebostad	Agder		0	.	.	.	0
K-4218	Iveland	Agder	0	.	0	0	.	1
K-3401	Kongsvinger	Innlandet	2	0	0	0	.	0
K-4204	Kristiansand	Agder	1	1	0	1	.	1
K-4227	Kvinesdal	Agder	2	1	0	0	1	1
K-1822	Leirfjord	Nordland	0	0	0	0	.	1
K-3432	Lesja	Innlandet	1	1	0	0	.	1
K-3405	Lillehammer	Innlandet	0	0	0	0	.	.
K-4215	Lillesand	Agder	0	0	0	0	.	0

K-4205	Lindesnes	Agder	0	0	0	.	.	0
K-3434	Lom	Innlandet	0	1	0	0	.	1
K-1834	Lurøy	Nordland	2	0	0	0	.	1
K-4225	Lyngdal	Agder	0	1
K-1851	Lødingen	Nordland	1	0	0	0	.	0
K-3412	Løten	Innlandet	2	0	0	.	.	0
K-1837	Meløy	Nordland	0	.	0	.	1	1
K-1874	Moskenes	Nordland	0	1	0	0	.	1
K-1806	Narvik	Nordland	2	0	0	.	.	1
K-1828	Nesna	Nordland	0	0	.	.	.	0
K-3451	Nord-Aurdal	Innlandet	0	0	0	0	.	0
K-3436	Nord-Fron	Innlandet	0	0	0	0	.	0
K-3414	Nord-Odal	Innlandet	0	0	0	.	.	1
K-3448	Nordre Land	Innlandet	0	1	0	.	.	.
K-3430	Os	Innlandet	0	0	0	0	.	.
K-1833	Rana	Nordland	0	1	0	.	.	1
K-3424	Rendalen	Innlandet	0	1	0	0	0	1
K-3439	Ringebu	Innlandet	2	0	0	0	1	.

K-3411	Ringsaker	Innlandet	2	1	0	0	1	1
K-4201	Risør	Agder	2	1	1	0	.	1
K-1836	Rødøy	Nordland	1	1	1	0	.	1
K-1856	Røst	Nordland		.	.	0	.	1
K-1840	Saltdal	Nordland	1	0	0	.	.	1
K-3437	Sel	Innlandet	0	0	0	0	.	1
K-4228	Sirdal	Agder	0	1	0	.	.	0
K-3433	Skjåk	Innlandet	0	1	0	0	.	1
K-1870	Sortland - Suortá	Nordland	1	0	0	0	0	1
K-3413	Stange	Innlandet	2	1	0	0	0	0
K-1848	Steigen	Nordland	0	0	0	0	0	0
K-3423	Stor-Elvdal	Innlandet	1	.	0	0	.	1
K-1812	Sømna	Nordland	0	0	0	0	.	.
K-3447	Søndre Land	Innlandet	1	0	0	0	1	1
K-3449	Sør-Aurdal	Innlandet	1	0	0	0	1	1
K-1845	Sørfold	Nordland	2	0	.	0	1	.
K-3438	Sør-Fron	Innlandet	2	0	1	.	0	0
K-3415	Sør-Odal	Innlandet	2	1	0	0	.	1

K-3426	Tolga	Innlandet	0	.	0	0	.	0
K-3421	Trysil	Innlandet	1	0	0	0	.	1
K-1835	Træna	Nordland	2	.	0	0	.	.
K-4213	Tvedestrand	Agder	0	1	0	0	.	1
K-3427	Tynset	Innlandet	1	0	0	.	0	0
K-4221	Valle	Agder	0	.	0	0	.	1
K-3454	Vang	Innlandet	2	1	0	0	.	1
K-1824	Vefsn	Nordland	0	.	0	0	0	.
K-1815	Vega	Nordland	0	.	0	0	.	.
K-4212	Vegårshei	Agder	1	1	0	0	.	0
K-4223	Vennesla	Agder	1	1	0	0	0	.
K-3452	Vestre Slidre	Innlandet	0	0	0	0	1	0
K-3443	Vestre Toten	Innlandet	2	0	0	0	1	.
K-1860	Vestvågøy	Nordland	1	0	0	0	.	1
K-1816	Vevelstad	Nordland	0	0	1	0	.	0
K-1857	Værøy	Nordland	0	.	.	0	.	.
K-1865	Vågan	Nordland	0	1	0	0	0	1
K-3435	Vågå	Innlandet	0	1	0	0	.	0

K-3419	Våler (Innlandet)	Innlandet	2	0	0	.	.	1
K-1868	Øksnes	Nordland	0	0	0	0	.	0
K-3442	Østre Toten	Innlandet	0	.	0	0	.	1
K-3440	Øyer	Innlandet	0	0	0	0	.	0
K-3453	Øystre Slidre	Innlandet	0	0	0	0	0	0
K-4217	Åmli	Agder	0	0	0	0	.	1
K-3422	Åmot	Innlandet	0	.	0	0	1	1
K-4224	Åseral	Agder	0	.	0	0	.	0
K-3418	Åsnes	Innlandet	0	0	0	0	.	0