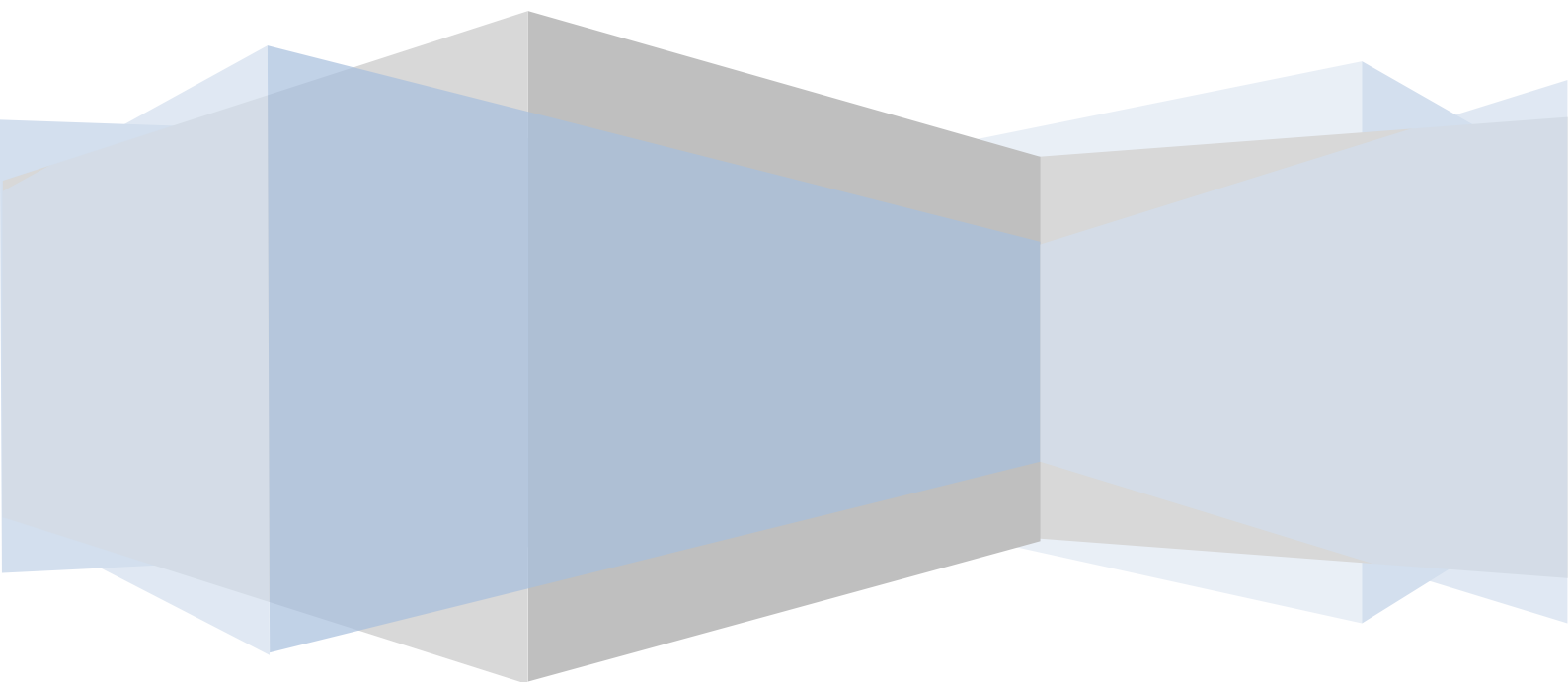


# Hvilke forhold kan påvirke utvikling av en kommunal helse- og omsorgsplan?

Prosjektoppgave, Helse og omsorg i plan

SPL-6304.

**Kandidatnummer: 11**



## **Innhold**

1. Innledning.....	2
1.1. Ramme for kommunal helse- og omsorgsplanlegging .....	3
2. Teori .....	5
2.1. Instrumentell og kommunikativ planlegging.....	5
2.2. Modell for planhandling .....	7
3.0 Metode.....	9
4.0 Resultat og drøfting .....	10
4.1. Planaktør og planoppgave .....	10
4.2. Målavklaring .....	13
4.3. Situasjonsanalyse.....	16
4.4. Virkemiddeloversikt og virkemiddeltesting. ....	19
4.0 Konklusjon .....	22
5.0 Litteraturliste .....	24

## 1. Innledning

Med samhandlingsreformen fikk kommunen nye oppgaver. Det er blitt større fokus på brukermedvirkning, helhetlige og koordinerte tjenester, og at kommunen skal overta enkelte oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Dette betyr at kommunen må arbeide mer med nye oppgaver samtidig som eksisterende tilbud og tjenester opprettholdes. En helse- og omsorgsplan vil kunne øke mulighetene for å få dette til.

Dette er en prosjektoppgave som omhandler utvikling av en kommunal helse- og omsorgsplan. Valget av tema er gjort på bakgrunn av at jeg i stillingen som rådgiver for helse, omsorg og sosial nylig har hatt ansvaret for å utarbeide en kommunal temaplan for helse og omsorg. Min erfaring er at dette er et utfordrende arbeid både når det gjelder prosess og innhold. Helse og omsorg består av mange fagområder som reguleres av ulike lovverk og forskrifter, samt at der er relativt mange nasjonale forventninger til hva som ønskes oppnådd i en kommune. Det var ikke mulig å beskrive og ta like mye hensyn til alt i en plan, samt at det var krevende å få avklart hva som skulle fokuseres i helse- og omsorgsplanen i forhold til andre planlagte planer. Prioritering og avveininger i forhold til dette, samt analyse av lokale utfordringer, integrering av ulike ledes og ansattes meninger og synspunkt, få til medvirkning med ulike grupper og personer med forskjellige funksjoner og oppfatninger, og ikke minst å få til tid og rom for å tenke, sammenfatte og skrive i en travel hverdag var noen av utfordringene jeg møtte.

Det jeg ønsker å belyse i denne oppgaven er forhold som kan påvirke helse- og omsorgsplanlegging. Om det er mulig å ta hensyn til faktorer som hemmer eller fremmer planutvikling, kan dette bidra til å utvikle et område som med stor sannsynlighet vil få enda mer oppmerksomhet og betydning for kommunal virksomhet fremover. Min problemstilling er derfor:

Hvilke forhold kan påvirke utvikling av en kommunal helse- og omsorgsplan?

Det er skrevet relativt mye om ulike planteorier, teorier rundt samfunnsplanlegging og om planprosesser. Det er også skrevet mye om hvilke forventninger det er på nasjonalt nivå til kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester. Imidlertid er det vanskeligere å finne litteratur som beskriver hvordan nasjonale forventninger og planarbeid i en kommune bør

integreres for å få en god og hensiktsmessig plan innenfor dette området. Det er utgangspunkt for denne oppgaven.

I oppgaven er fokuset på kommunal planlegging knyttet til et avgrenset utvalg av planteoretiske perspektiv. Som nevnt er det flere nasjonale føringer for hva kommunen skal arbeide med eller oppnå innenfor helse og omsorg. Her er det kun tatt med de som synes mest sentrale, med fare for at enkelte viktige føringer er valgt bort. Jeg tar heller ikke med historisk utvikling som har preget planlegging og rammevilkår, utenom der det synes direkte relevant for drøfting av enkelte funn. Helse og omsorg reguleres også av en rekke lover og forskrifter, samt at det er mye forskning på ulike faglige tema som kunne vært belyst. Det er gjort et lite utvalg som synes spesielt relevant for å forsøke å svare på problemstillingen, samt for å gi noen eksempler.

Min erfaring er fra en middels stor kommune organisert etter «2-nivå-modell». Elleve enheter er innenfor helse og omsorg, som totalt sett er det største området i kommunen. Selv er jeg organisert i en enhet med flere rådgivere. Egne erfaringer, i den grad de refereres til, kan være påvirket av organiseringen i min kommune og den formelle strukturen vi har. I forhold til oppgavens begrensede omfang blir ikke dette ytterligere tematisert utover behovet for samordning. Mitt fokus vil være på planteori og utvikling av en plan innenfor et komplekst område.

### **1.1. Ramme for kommunal helse- og omsorgsplanlegging**

I sammenheng med samhandlingsreformen ble det iverksatt to nye lover som beskriver kommunens ansvar relatert til helse og omsorg: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) og Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Helse- og omsorgsloven vektlegger kommunens ansvar for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med lov eller forskrift. Det betyr at lovverk og forskrifter er en sentral ramme ved planlegging.

Folkehelseloven krever at kommunen tar ansvar for en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosiale forskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens

helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse (folkehelseloven). Dette gjenspeiles i plan- og bygningsloven, som er et viktig rammeverk for norsk planlegging (Aarsæther 2013).

Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) gir føringer for hva kommunene skal arbeide mer med. Disse er til dels felles med føringene i Omsorgsplan 2015, som er en del av Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006), og under revidering. Planen dekker hele livsløpet og er en satsing for alle brukere av helse- og omsorgstjenestene, uavhengig av alder, diagnose eller funksjonshemming. Økning i antall omsorgsplasser og årsverk i omsorgssektoren er to av tiltakene. Til denne planen er det tilknyttet tre delplaner: Kompetanseløftet 2015, Demensplan 2015 og Nevroplan 2015. Demensplanen løfter frem tre hovedtiltak for en bedre demensomsorg. Disse er økt dagaktivitetstilbud, flere botilbud tilpasset personer med demens og økt kunnskap og kompetanse blant ansatte. Øremerkede midler følger etablering av aktivitets- og botilbud, og Kompetanseløftet 2015 er et virkemiddel for å kunne øke kompetansen blant ansatte i omsorgssektoren. Kompetanseløftet dekker en del av kostnadene til kompetanseutvikling. Midler knyttet til nasjonale føringer kan avhjelpe kommunens mulighet for å gjennomføre forventede tiltak.

Nevroplan 2015 peker på at dagens omsorgstjenester ikke i tilstrekkelig grad er utformet og tilrettelagt for personer med nevrologiske skader og sykdommer, og at tjenestene må legge større vekt på rehabilitering og tilrettelegging for kontinuerlig trening for å gjenvinne eller beholde viktige funksjoner. Nevroplanen peker på tre hovedutfordringer; behovet for informasjon og ny kunnskap, rehabilitering i dagliglivet, og dag-, aktivitets- og treningstilbud og flerfaglig utviklingsarbeid. I tillegg skal tjenestetilbudet så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker (Pasient- og brukerrettighetsloven).

Helse og omsorg består av svært mange tjenester. Regjeringen oppsummerer det helse- og omsorgstjenestene i en kommune omfatter; Fastlegeordningen, egenandeler, omsorgstjenesten, rusarbeid og psykisk helsearbeid, sosiale tjenester i kommunene (NAV), tannhelsetjenesten, offentlig fysioterapitjeneste, tildeling av kommunale tjenester og klageadgang, habilitering og rehabilitering, og helsestasjons- og skolehelsetjenesten ([http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/helse\\_og\\_omsorgstjenester\\_i\\_kommunene.html?id=10903](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/helse_og_omsorgstjenester_i_kommunene.html?id=10903)). Hvert av disse områdene har egne lover, forskrifter, etc.

Helse og omsorg omfatter derfor svært mange fagområder og tjenester med nasjonale forventninger som det må tas stilling til ved utvikling av en helse- og omsorgsplan. I tillegg skal planleggingen fremme helhet ved at sektorer, oppgaver og interesser i et område ses i sammenheng gjennom samordning og samarbeid om oppgaveløsning mellom sektormyndigheter og mellom statlige, regionale og kommunale organer, private organisasjoner, og allmennheten (plan- og bygningsloven).

## **2. Teori**

Det er ulike teorier om planlegging og hva planlegging innebærer. I boka til Aasæther m.fl. (2013) defineres planlegging også som en styringsprosess forankret i et formelt regelverk (s. 17). I deres bok er en grunnide at planlegging består av komplekse prosesser, rammeverk og relasjoner, der aktørene kan ha ulike mål og interesser, men er avhengige av hverandre for å løse felles utfordringer. Dette gir nye muligheter, men også nye utfordringer. Jacobsen (2012) knytter utfordringer for samordning også til hvordan oppgaver er organisert: «Når man samler deloppgaver innenfor formelle enheter og grupper, så prioriterer man koordinering internt i enheten på bekostning av koordinering mellom enheter» (s. 29).

### **2.1. Instrumentell og kommunikativ planlegging**

Amdam (2013) skiller mellom instrumentell og kommunikativ planlegging med hensyn til rasjonalitet. Instrumentell rasjonalitet omhandler bruk av fakta og forskningsbasert kunnskap om sammenhenger mellom årsak og virkning (s. 274). Amdam (2011a) refererer til Schön (1983) og knytter instrumentell rasjonalitet først og fremst til problemløsning, men ikke til problemformulering (s. 22). I utvikling av en helse- og omsorgsplan vil trolig både problemløsning og problemformulering være aktuelt. Fakta om årsak-virkning knyttet til påvirkningsfaktorer for helse vil kunne gi informasjon om hva som bør reduseres eller fremmes, mens mer åpne problemformuleringer kan knyttes til hvordan omsorgssektoren skal kunne håndtere økning i antall eldre.

Kommunikativ rasjonalitet innebærer at aktørene i planprosessen skal være likestilte, og at det er argumentenes tyngde som skal avgjøre utfallet av hva som skal være meningsbærende (Amdam 2013, s. 275). Amdam henviser til Habermas og hans «herredømmefrie eller tvangsfrie diskurs», og fremhever denne som den ideelle samtaleformen for å fremme kommunikativ handling. Amdam fremhever dette som viktig for prosessen og resultatene, og for aksepten og legitimiteten til planen i ettertid.

Den instrumentelle planleggingen baserer seg hovedsakelig på formell makt som er gjort legitim gjennom lover og regelverk, autoritetshierarki og gjeldene normer og verdier, mens den kommunikative planleggingen baserer seg derimot hovedsakelig på prosessuell legitimitet (Amdam 2013, s. 289). Dette mener jeg er viktige hensyn for planprosessen.

Amdam (2013) skriver at makt er et sentralt element i all politikk og planlegging uansett om politikken bygger på instrumentell eller kommunikativ logikk, og at makt er med på å definere gjeldende virkelighetsoppfatninger, samt aktuelle problem og problemløsninger (s. 275). Det er ulike oppfatninger av hvordan makt kan komme til uttrykk i planleggingen. I følge Amdam kan makt i planleggingen handle om å knytte sammen kunnskap og handling, men at synet på hvordan dette kan gjøres er forskjellig i de to rasjonalitetsformene. «*Den instrumentelle logikken legg til grunn at den som planlegg, har makt til både å bestemme regien, sette problem på dagsordenen, gjere vedtak, og makt til å gjennomføre desse*» (ibid, s. 276). Dette strider litt imot at planleggeren i en kommune ikke har vedtaksmyndighet, men forklares med at den som planlegger vil kunne ha makt til å definere hva som er relevant kunnskap og ha makt til å omgjøre kunnskapen til handlinger.

Amdam (2013) beskriver ulike former for planlegging; institusjonell, strategisk, taktisk og operativ planlegging (s. 285), og kopler ulike former for planlegging og ulike former for legitimitet (Amdam 2011b). Det synes derfor som om at de ulike formene for planlegging og legitimitet har sammenheng med hva som skal planlegges. Jeg antar at utvikling av en ny plan krever en annen og mer omfattende planprosess enn en revidering eller utvikling av en plan innenfor et avgrenset tema. Amdam (2011b) diskuterer også ulike synspunkt på hva legitimitet innebærer knyttet til forskjellige oppfatninger av hva som bør ha hovedvekt i planleggingsprosessen. Han mener at planleggingen må fungere som en legitimerende og kapasitetsbyggende prosess (s. 77).

Min oppfatning av betydningen av det Amdam skriver, er at en skal vurdere nøye hvilken logikk eller rasjonalitet som bør benyttes i en planprosess for å få et best mulig resultat. Videre at den som har ansvaret for planprosessen bør reflektere over egen rolle i forhold til andre aktører, som er sentrale for å få en nyttig og legitim plan. En plan skal forankres politisk, men gjennomføres ute i enhetene. Det betyr at det er flere hensyn som må ivaretas, og som kan være motstridende. Amdam fremhever også at når det gjelder virksomhetsplanlegging kan instrumentell planlegging være mulig, mens innenfor samfunnsplanlegging er det økende behov for en velfungerende kommunikativ og samarbeidende planlegging (s. 284). Imidlertid mener jeg at det i denne oppgavens sammenheng er et behov for en klarere «metode» for utvikling av en plan.

Det er uklart for meg om hva som egentlig ligger i begrepet samfunnsplanlegging, og om dette kun er knyttet til Kommuneplanens samfunnsdel. Samfunnsplanlegging definerer Aarsæther (2013) som *“planlegging utført i offentlig regi som bygger på eit tverrsektorielt kunnskapsgrunnlag, med ei målsetting om å utvikle eit geografisk avgrensa samfunn i ei bestemt retning, eller over i ein framtidig tilstand”* (s. 41). Samfunnsplanlegging mener han skal være det overordnede og informerte blikket for sammenhenger, samspill og synergier. Videre at det i den territorielle planleggingen oppøves evne til å fokusere på kritiske faktorer for et samfunns fremtidige utvikling, og finne innsatser for å møte disse. Om det er utviklet en samfunnsdel til kommuneplanen, kan en tenke seg at dette kan forenkle prosessen med å utvikle en plan for helse og omsorg fordi det allerede er planlagt utvikling innenfor noen sentrale områder. Om det med samfunnsplanlegging menes noe mer, kan en tenke seg at planlegging innenfor helse og omsorg inngår i dette. Helse og omsorg er en stor del av en kommune, og det som skjer eller ikke skjer innenfor disse områdene vil påvirke samfunnsutviklingen totalt sett. Om en plan for helse og omsorg defineres som en samfunnsutviklende plan eller ikke, er det uansett flere fellestrekk. En plan for helse og omsorg bygger også på tverrsektoriell kunnskap, må utvikle et avgrenset område i samfunnet i en bestemt retning, og modellen for planprosesser som Aarsæther beskriver vil være relevant.

## **2.2. Modell for planhandling**

Aarsæther (2013) beskriver planlegging som en handlingstype med noen sentrale kjennetegn. Den er målretta, fremtidsorientert og kunnskapsbasert handling (s. 26). Ved å trekke inn



handling knyttes planlegging til en planleggende aktør. I følge Aarsæther er planlegging alltid rettet mot en konkret oppgave og det dreier seg om å realisere et mål. Han beskriver en modell for planhandling bestående av 9 faser for gangen i en idealtypisk planprosess (Aarsæther 2013, s. 27). Fasene omtales noe kortere under:

1. Planaktør og planoppgave. Avklaring av hvem som er den planleggende aktøren, og hva som er planoppgaven.
2. Målavklaring. Sette mål for planleggingen, det en skal oppnå og som ligger fram i tid.
3. Situasjonsanalyse. Synliggjøring av gapet mellom dagens situasjon og fremtidig ønsket tilstand.
4. Virkemiddeloversikt. Oversikt over flere mulige løsninger. Rom for kreativ tenkning.
5. Virkemiddeltesting. Kunnskapsbasert vurdering av ulike virkemiddel og bortvelgning av lite troverdige løsninger.
6. Planfremlegg. Utkast til planen legges frem for de planen gjelder for, for å åpne for debatt.
7. Planvedtak. Aktøren godkjenner eller vedtar planen, eventuelt med endringer..
8. Gjennomføring. Planaktøren legger opp til gjennomføring, men vil være avhengig av samarbeid med andre aktører.
9. Evaluerings- og læringsfase. Status, både underveis og ved avslutta gjennomføring, blir sammenliknet med de målene som ble satt. Hvor gikk det feil og hva kan en lære?

Aarsæthers planprosess forutsetter at målene er godt formulert. Han skriver at *“Kravet til ei målformulering er at den i det minste skal (1) kunne styre den påfølgjande planprosessen, og (2) at den skal vere mogleg undervegs og i etterkant av planperioden å gjere ei evaluering av i kva grad måla er nådd”* (Aarsæther 2013, s.28). Han trekker også frem behovet for kunnskap og synliggjør dette behovet når det gjelder situasjonsanalyse, ved vurdering av ulike virkemiddel, ved vurdering av de ulike virkemidlene og tiltakene i forhold til hverandre i tid og rom, og ved evaluering av resultat.

Planprosessen til Aarsæther beskrives som en idealtypisk planprosess. Samtidig er denne det mest konkrete jeg har funnet innenfor planlegging. Med det mangfoldet av tema som utvikling innenfor helse og omsorg må ta hensyn til, mener jeg denne modellen kan systematisere planprosessen for den som får ansvaret for å lede arbeidet. Aarsæther (2013) skriver at *Planlegging opererer i skjæringsfeltet mellom kunnskap og politikk, og planlegging preges av politiske motsetninger, sektorkonflikter og spenninger mellom myndighet, marked,*

og *sivilsamfunn* (s.19). Dette stiller krav til planleggere, som vil møte en rekke forventninger fra ulike hold. Alt som kan bidra til å avhjelpe planprosessen er derfor viktig.

Kristiansen og Nyseth (2013) skriver om eksperimentell planlegging som en alternativ form for planlegging, og mener at spesielt bysamfunn gjerne preges av endringer og har en kompleksitet som kan være vanskelig å planlegge etter den rasjonelle modellen til Aarsæther (s. 292). Forfatterne referer til Hillier og synliggjør at eksperimentell planlegging omhandler en kontinuerlig prosess bestående av flere «nivå». Én med langsiktig utvikling med visjoner for fremtiden og én med kortsiktige detaljerte planer og konkrete mål (s. 299). Slik jeg oppfatter forfatterne er denne formen for planlegging en dynamisk prosess som gir muligheter for å endre «retning» etter hvert som behov og nye muligheter dukker opp. Den idealtypiske prosessen følger en rekke med faser, og vil antakelig være mindre fleksibel for endringer som oppstår i løpet av planprosessen. Dette kan bety at den som får ansvaret for å lede planleggingen bør vurdere hvilke planprosess som er mest hensiktsmessig for sin kommune.

### **3.0 Metode**

For å få svar på problemstillingen er det søk, lesing og valg av litteratur som har vært den viktigste metoden. En del av det som er brukt i oppgaven kjente jeg til fra før. Ellers har jeg søkt etter aktuell litteratur og forskning ved ulike forskningsinstitusjoner som eksempelvis NOVA, NIBR, Telemarksforskning, Vestlandsforskning og Møreforskning, samt hos offentlige aktører som Helsebiblioteket, Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet. Søkeord har vært; helse, omsorg og velferd, hver for seg eller i kombinasjon, og i kombinasjon med plan og planlegging. Jeg fant ulike versjoner av Nasjonal helse- og omsorgsplan, 2015, 2020, NOUer og Stortingsmeldinger, noen kommunale omsorgsplaner og flere kommunale helse- og omsorgsplaner. Noen få ble valgt ut. I tillegg fant jeg en del forskning knyttet til spesielle fagområder og sammenhenger, men lite på helheten av det helse- og omsorgstjenesten i en kommune omfatter. Både søk, valg og tolkning av litteratur og dokumenter er påvirket av min egen forforståelse, og vil derfor prege resultatet.

## 4.0 Resultat og drøfting

I dette kapitlet vil jeg drøfte noen forhold som ser ut til å kunne påvirke utvikling av en kommunal helse- og omsorgsplan. Jeg har valgt å strukturere dette kapitlet etter de fem første fasene i Aarsæthers modell for planhandling (Aarsæther 2013, s. 27). En del funn berører flere faser, men er plassert der det synes mest hensiktsmessig.

### 4.1. Planaktør og planoppgave

Dette er første fasen i planprosessen der det sentrale er å avklare hvem som er planaktøren og hva som er planoppgaven. I utgangspunktet virker dette å være greit. I følge Aarsæther (2013) kan planaktøren blant annet være en person, gruppe eller en offentlig aktør som en kommune. Likevel velger jeg i denne sammenheng å forstå planaktøren som den som får ansvaret for å lede planprosessen, noe jeg antar avhenger av hvordan ulike funksjoner og oppgaver er fordelt i en kommune. Ut fra egen erfaring har fagbakgrunn og funksjon i forhold til fagområdet planen skal gjelde for vært avgjørende, men det betyr ikke nødvendigvis at personen har erfaring eller kunnskap om utvikling av en kommunal plan. Samtidig kan det være utfordrende for en person med kunnskap om planlegging å forholde seg til et stort fagfelt, uten å ha noe kunnskap om dette fra før. Fagperson med plankompetanse vil være å foretrekke.

Planoppgaven i dette tilfelle er en kommunal helse- og omsorgsplan. Imidlertid er det også viktig å avklare hvilken form planleggingen skal ha, fordi dette kan påvirke legitimitet i ettertid. Amdam (2013) beskriver fire former og knytter hver enkelt form til ulike former for legitimitet. Institusjonell planlegging og legal legitimitet er knyttet til plan- og bygningsloven og annet lov- og regelverk, samt allerede vedtatte planer. Strategisk planlegging og normativ legitimitet har som formål å orientere seg i forhold til egen situasjon, omgivelsene og framtiden, «og på dette grunnlaget sette seg ein visjon og peike på innsatsområde og strategiar for å nå denne ønskete tilstanden» (Amdam, 2013, s.74). Taktisk planlegging og kognitiv legitimitet omhandler planlegging som fokuserer på kortsiktig ressursinnsats for å nå de strategiske målene, «den er meir detaljert og gjennomføringsorientert» (ibid, s. 75). Operativ planlegging og pragmatisk legitimitet har som formål å styre produksjon og fremme produktiviteten slik at ressursene blir godt utnyttet.

I min kommune var ikke samfunnsdelen til kommuneplanen utarbeidet. Dette ville vært en fordel, fordi det kunne gitt et grunnlag å arbeide videre med. Derfor startet arbeidet som om helse- og omsorgsplanen var en strategisk plan, men med en taktisk del. Det var også lenge uklart om planen skulle være en temaplan eller en kommunedelplan. Kommunedelplan skal følge plan- og bygningsloven, mens de formelle kravene til en temaplan ble ansett som lavere.

Planperioden ble også utvidet i forhold til det som stod i planstrategien, og planoppgaven ble endret underveis fra en omsorgsplan til en helse- og omsorgsplan. Om planoppgaven hadde vært mer avklart før oppstart kunne tiden vært brukt mer konstruktivt. Samtidig mener jeg at de endringene som ble gjort var faglig nødvendig, selv om dette påvirket planprosessen. Med inkludering av «helse» ble også fokus på folkehelse integrert. Planen ble dermed relativt mer omfattende. Planstrategi og rekkefølgen på de ulike planene kan derfor påvirke utvikling av en helse- og omsorgsplan. Om planoppgaven ikke er avklart, kan dette medføre utfordringer i forhold til planprosessen.

Områdene helse og omsorg omfatter som nevnt svært mange ulike tjenester og oppgaver, samt en rekke forventninger som kommunen skal håndtere og implementere. Det betyr at mye må formuleres på et overordnet nivå, samtidig som enkelttiltak må konkretiseres for å oppfylle lovverket. Eksempelvis er det et krav om etablering av et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp innen 2016 (Helse og omsorgsloven). Om dette ikke er etablert må det på en eller annen måte inngå i en planlegging. Spørsmålet vil da være om hvor stor plass dette skal ha i en helse- og omsorgsplan eller om dette skal planlegges for seg selv. En egen plan for dette antar jeg vil være innenfor en taktisk planleggingsform, som Amdam (2013) beskriver. Samtidig vil eksisterende tilbud i kommunen ha betydning for hva kommunen må planlegge i forhold til. Dette kan være forskjellig mellom de ulike kommunene.

De nasjonale føringene og nye oppgaver, som folkehelsearbeid, vil påvirke svært mange enheter og sektorer i en kommune, utover enheter innenfor helse og omsorg. Det er også flere enheter som tilbyr tjenester for samme målgruppe. Det vil derfor være store behov for koordinering av oppgaver og tjenester. I møter som jeg hadde med enhetsledere og ansatte i ulike enheter, oppfattet jeg at de først og fremst var opptatt av egne brukergrupper og oppgaver. Dette bekrefter Aarsæther (2013) kan være en utfordring for samordning der personalet primært er motivert for å løse spesialiserte oppgaver (s. 36). Jacobsen (2012) knytter utfordringer for samordning også til hvordan oppgaver er organisert: «Når man samler

deloppgaver innenfor formelle enheter og grupper, så prioriterer man koordinering internt i enheten på bekostning av koordinering mellom enheter (ibid., s. 29). Grad av fokus på egne oppgaver i enhetene, måten oppgaver er organisert på, og strukturer for samordning på tvers kan derfor påvirke utviklingen av en plan, og gjennomføring av planen i ettertid.

Det var også vanskelig å få innpass i sektorer som jeg mente kunne være relevant med tanke på forebyggende virksomhet blant barn og unge. Om planoppgaven fra start hadde tydeliggjort forventning til deltakelse fra flere enheter og sektorer, antar jeg dette kunne gitt større engasjement. Aarsæther (2013) referer til forskning som viser at konflikter, sterke sektorinteresser og et svakt maktgrunnlag for planaktøren er gjennomgående problem ved samordning (ibid, s. 36). Dette kan også bety at forankringen planaktøren har i organisasjonen, eller får for planoppgaven, kan påvirke prosessen. Samtidig kan negativ erfaring med planlegging i organisasjonen redusere troen på at deltakelse er viktig.

Mangel på samordning vil kunne påvirke hele planprosessen og legitimitet av planen i ettertid. Aarsæther (2013) påpeker at det også er behov for kunnskap om samordning i planleggingen, blant annet fordi det kan være utfordrende for planleggeren å ha oversikt over alle områdene som en plan skal omfatte og konsekvenser av ulike tiltak. Han fremhever betydningen av at planleggingen kan skape ulike sideeffekter, og at evne til å nyttiggjøre positive og redusere negative effekter er viktig. Kunnskap om forløp på tvers beskriver han som et sentralt grunnlag for å utarbeide gode samordningsgrep (ibid, s. 35). Med dette forstår jeg at det er en fordel om de som deltar i utviklingen av en plan både har kunnskap om eget fagområde og forløp på tvers av enheter, men at de også klarer å se hvordan dette påvirker de andre. Planleggeren må ta hensyn til dette, samt innse at egen kunnskap ikke er nok.

Kjekshus og Melberg (2012) skriver at en plan må ta hensyn til begrensningene. Det kan da være et spørsmål om en klarer å få avklart hvilke begrensninger som i tilfelle må tas fra oppstarten av planprosessen, samt i hvor stor grad det er ønske om endringer og nyteknning. Jo flere avklaringer som kan tas tidlig, jo bedre vil det antakelig være for den som får ansvaret for planoppgaven.

## 4.2. Målavklaring

Denne fasen dreier seg om å sette mål for planleggingen, det en skal oppnå og som ligger et stykke frem i tid (Aarsæther 2013). Mål skal kunne styre den påfølgende planprosessen og være mulig å evaluere (ibid, s. 28). Med den omfattende tematikken som kan inngå i en helse- og omsorgsplan, mener jeg dette kan være svært utfordrende. Det ene er at de ulike aktørene som involveres i prosessen kan ha ulike mål ut fra interesser og prioriteringer, men også fordi enkelte mål med stor sannsynlighet omhandler kvalitet som kan være subjektiv og opplevd, og som kan variere fra person til person. I tillegg må det vurderes i hvilken grad nasjonale målsettinger skal prege prosessen.

Helse, omsorg og folkehelse er ulike begrep som kan romme mye, og som kan forstås på ulike måter. Verdens helseorganisasjons definisjon av helse er mye brukt. Helse defineres da som «en tilstand av absolutt velvære, fysisk, mentalt og sosialt» (Melberg og Kjekshus 2012, s. 274). Inge Lønning (2012) mener WHO's definisjon ikke er en definisjon i og med at den ikke avgrenser, som begrepet definisjon innebærer (ibid, s 274). Han mener denne tilstanden er uoppnåelig og vanskelig å planlegge i forhold til. Videre at en helsedefinisjon for planlegging, organisering og daglig gjennomføring av profesjonelle helsetjenester må være erfaringsbasert. Han skriver at: «*Er helsevesenet i stand til å bidra med den tilgjengelige formen for kunnskapsbasert hjelp folk trenger for å kunne mestre de påkjenninger livet påfører dem, er oppgaven løst*» (Lønning 2012, s. 275). I så fall er et mål for helse i en plan å utvikle den kunnskapsbaserte hjelpen som folk trenger for å mestre livet sitt. Antakelig vil dette være et for diffust mål og stå i motsetning til det Aarsæther mener målformulering bør være i plansammenheng. Det folk trenger for å mestre livet sitt vil også være svært forskjellig og vanskelig å kartlegge, selv om ansattes kompetanse vil være vesentlig.

Helse oppfattes også som fravær av sykdom og lidelse. Lian (2012) kritiserer biomedisinen for å være for snever i definisjon av sykdom, og henviser til tre måter som sykdom kan forstås på; Disease, illness og sickness. Til sammen rommer disse begrepene både diagnostisert sykdom (disease), subjektiv opplevelse av sykdom (illness) og sykdom som sosialt fenomen (sickness). Dette gir flere meninger enn vårt sykdomsbegrep som ikke skiller i samme grad. Sykdom og lidelse synes mest brukt i vårt norske språk. Lidelse kan knyttes til subjektiv opplevelse, mens sykdom kan behandles. Lian (2012) trekker også inn begrepet helseplage og ser dette i sammenheng med kroniske lidelser, der hjelp til selvhjelp er sentralt. Hun

fremhever også at biomedisin kommer til kort der det er uforklarlige og usynlige fysiske lidelser (MUPS). Diagnoser gir en godkjenning på sykdom, selv om mange diagnoser mangler objektive årsaksforklaringer som kreft og diabetes. Det betyr at disse begrepene kan være vanskelig å presisere i en plan og dermed avgrense i forhold til innhold og mål.

Samtidig vil ulike former for kunnskap være sentralt å trekke inn i planprosessen. Om det er hovedvekt på naturvitenskapelig kunnskap kan eksempelvis fakta om sykdom og sykdomsutvikling få mest fokus for målformuleringer, mens hovedvekt på samfunnsvitenskapelig kunnskap og humaniora mulig fokuserer mer på opplevelse av helse og mestring. Begge deler kan være sentralt for å ivareta for kommunens ansvar for fremtidige tjenester.

Aarsæther (2013) fremhever skjæringsfeltet som planlegging opererer i. Utfordringer rundt samordning er omtalt tidligere. Planen som politisk dokument vil også preges av politikernes synspunkt for hva som er viktig. Prosessen med formulering av mål vil derfor kunne påvirkes av hvem som deltar, og om det er mulig å oppnå enighet om hva som er behovet fremover.

Amdams (2013) instrumentelle og kommunikative rasjonalitet vil med stor sannsynlighet være viktige moment under målavklaring. Dersom det er «eksperten» som setter målene som igjen skal gi føringer for den videre planutviklingen, vil planen med stor sannsynlighet miste den legitimiteten som er nødvendig. Amdam (2013) fremhever at planleggingen skal fungere som en legitimerende og kapasitetsbyggende prosess, og at kommunikativ planlegging er å foretrekke innenfor samfunnsplanlegging. Samtidig kan en tenke seg at det kan være svært krevende å få til en prosess som er i tråd med Amdams ideelle krav for kommunikativ planlegging, og forutsetninger for reell argumentasjon (Amdam 2013, s. 277):

- *at aktørene er interessert i å komme frem til felles forståelse og enighet med hverandre;*
- *at de er frie og likeverdige, og potensielt like kompetente;*
- *at alle må innrømme feil og endre oppfatning når de blir møtt med et bedre argument;*
- *og at alle opptrer autentisk og sannferdig mot hverandre.*

Selv om en får til god diskusjon rundt mål i en kommune, vil det sannsynligvis ikke være tilstrekkelig om ikke nasjonale mål integreres. Det er en nasjonal satsing på at befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller (Folkehelsemeldingen). Det står også at utvikling i helse har nær tilknytning til oppvekstvilkår og de forholdene vi lever under (ibid). Dersom måldiskusjoner kun er rettet

mot å oppnå mål for eksisterende utfordringer i en kommune, kan fokus på nasjonale føringer bli skadelidende. Det handler om å legge til rette for en samfunnsutvikling som gir gode betingelser for helse, slik at befolkningen; personer, familier og sosiale nettverk, i størst mulig grad kan ta sunne valg og mestre egen hverdag (Folkehelsemeldingen). Det kan være et spørsmål om hva som skal behandles i en helse- og omsorgsplan og hva som skal inn i kommuneplanens samfunnsdel, eventuelt i en egen folkehelseplan. Dette bør være avklart under fase 1.

Folkehelsemeldingen forventer at kommunene samordner sitt fokus og innsats for å utjevne sosiale forskjeller, stimulerer til sunne og gode oppvekstvilkår, og forbygger skadelige faktorer. Da er det igjen nødvendig å ha fokus på det felles ansvaret og ikke kun på egen sektor eller enhet. Samtidig må lokalpolitikere delta i debattene rundt mål. Amdam og Veggeland (2011) påpeker at der fagfolk er aktive i målformulering og grunnlaget for mål, kan maktbalansen forskyves slik at politikernes styring reduseres. Videre skriver de at styring av virksomhet gjennom strategisk planlegging har en lang historie. I nordiske land skjer det i stor grad direkte styring gjennom planlagte intervensjoner på alle nivå der stadig flere samfunnssektorer er blitt underkastet det offentlige domenet og dets strategivalg gjennom intensjoner og regulering (ibid, s. 33). Eksempler på dette kan være nasjonale planer og lovverk for helse- og omsorgssektoren.

Amdam og Veggeland (2011) påpeker at politikere skal styre gjennom å formulere mål, mens fagfolk skal finne virkemidlene for å oppnå målene (s. 34). Dette vil så fall redusere fagansattes rolle i måldebatten. De skal ut fra dette foreslå tiltak for å nå målene som politikere har diskutert seg frem til. Ut fra en slik tenkning betyr det at politikere må ha god innsikt i hva som forventes av kommunen og hvordan tjenestene er for ikke å formulere mål som er urealistiske og uhensiktsmessige. Politikere kan eksempelvis ha som mål at alle skal ha ensengsrom i sykehjem, og få dette når de selv eller pårørende mener at dette er nødvendig. Rom alene er en del av Velferdsgarantien, men ikke hva som vil være faglig forsvarlig. Det betyr at politikernes målsetting kan medføre at mange ressurser benyttes til noe som kan gå på bekostning av annet. Fagansatte kan mene at det er bedre å styrke hjemmetjenesten av hensyn til fordeling av det totale tjenestetilbudet. I enkelte tilfeller vil politikere kunne ha mangelfullt grunnlag for å formulere mål, selv om de skal gjennomføre politisk prioriteringer. Som fagperson forventes det at en har faglig innsikt eller skaffer dette, og innsikt i hvilke nasjonale føringer og lokale utfordringer som må tas hensyn til. En god



dialog mellom politikk og fag vil antakelig være å foretrekke i situasjonen over. Jeg oppfatter at Aarsæthers plantenking i større grad balanserer politikk og fag, selv om det kan være en fare for at fagfolkene kan få for stor innflytelse i hans planprosess.

Mål skal gi retning for planleggingen, og dersom det er svært ulike oppfatninger om hva som er målet vil dette påvirke hele planutviklingen (Aarsæther 2013). Aarsæther legger også vekt på at mål skal formuleres slik at evaluering, underveis og etter planperioden, er mulig. Det betyr at målet må være relativt konkret og operasjonelt. Helse og omsorgstjenester omfatter hele befolkningen, i alle aldre med ulikt funksjonsnivå og ulike behov for tjenester. Det å utforme mål som gjelder alle kan synes utfordrende, samtidig er det utformet mål som kan gjelde for flere enn målgruppen. I følge *Rundskriv Q-16/2013 - Forebyggende innsats for barn og unge* er målsettingen:

- *øke forståelsen for at samarbeid og et blikk for helheten lønner seg både for den enkelte og for samfunnet (samfunnsøkonomisk lønnsomt)*
- *tydeliggjøre formelt ansvar (lov og regelverk, stilling)*
- *bidra til å tilrettelegge og iverksette systemer og rutiner for samarbeid*
- *øke forståelsen for at tidlig innsats er viktig*
- *tydeliggjøre at god kompetanse er en forutsetning for å arbeide forebyggende*

Denne målsettingen mener jeg er relativt generell, og det er et spørsmål i hvilken grad den lar seg evaluere, som er et av kriteriene til Aarsæther (2013). Jeg antar at visjoner, verdier og strategier kan være enklere å formulere. Aarsæther fremhever selv at hans planhandlingsprosess kan være for styrt av mål-middel fokus og problemløsning (Aarsæther 2013). Samtidig, dersom det er vanskelig å formulere mål, kan det bli vanskelig å finne virkemidlene.

### **4.3. Situasjonsanalyse**

Hensikten med situasjonsanalyse er å synliggjøre gapet mellom dagens situasjon og fremtidig ønsket tilstand (Aarsæther 2013, s. 27). Dersom målene er avklart vil disse danne et grunnlag for å analysere gapet. Dagens situasjon kan sikkert variere mellom kommunene, men fremover vil de fleste bli preget av at antall eldre og behovet for antall fagutdannede kommer til å øke (Morgendagens omsorg). Samhandlingsreformen forventer at kommunen skal forebygge mer, behandle tidligere, samhandle bedre og overta enkelte oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Kortere liggetid på sykehuset stiller større krav til kompetanse og

tilstrekkelige tjenestetilbud i kommunen. De samme forventningene som har vært for somatikk gjelder nå også for pasienter innenfor rus og psykiatri. Dette gir store utfordringer i forhold til å opprettholde dagens tjenestetilbud, samtidig som nye oppgaver skal løses. Det betyr at mange kommuner får eller har en del utfordringer som må løses både på kort og lang sikt. I dette ligger det at gapet mellom nåværende situasjon og fremtidig ønsket tilstand i en kommune kan være stort.

Aarsæther (2013) fremhever at kunnskapsbehovet er tydelig i flere av fasene i planprosessen, og at dette er en av dem. Han løfter frem kunnskap om egen organisasjon, «nærområdet» og det ytre handlingsmiljøet (s. 30). Det ytre handlingsmiljøet oppfatter jeg som statlige og nasjonale føringer, planer og rammer. Hovedtrekk synes å være mer fokus på folkehelse og folkehelsearbeid, flere og bedre tilbud til demente, mer koordinering av ulike pasientforløp, flere oppgaver som skal løses lokalt og utvikling av fagansattes kompetanse. Imidlertid består dette igjen av en rekke oppgaver der det må vurderes hva som fungerer i dag og hva som må arbeides videre med. Det er relativt forutsigbart at midler vil følge noen nasjonale planer, men mulig mer usikkert hva som prioriteres opp eller ned etter nye stortingsvalg og kommunevalg. Slik sett vil politikk på ulike nivå få betydning for budsjett og prioritering. Dette kan skape føringer og usikkerhetsmoment i planleggingen. Aarsæther (2013) påpeker at det er noen faktorer som planaktøren ikke kan påvirke, men det kan være sentralt at en ikke lar seg styre av midler dersom behovet er større innenfor andre områder.

For å finne mer ut om «nærområdet» kan statistikk og oversikter fra SSB gi mye informasjon om hvordan utviklingen innenfor ulike parametere har vært i en kommune, og hvordan det vil bli fremover dersom utviklingen fortsetter. For helse- og omsorgstjenestene er KOSTRA også et viktig verktøy for å sammenlikne tjenester og kostnader i egen kommune med andre. Eksempelvis er antall plasser i sykehjem en stadig diskusjon hos oss. I følge KOSTRA ligger vi på snittet av antall plasser for personer over 80 år. Vi vet også at andelen eldre i vår kommune øker fra 2017 (tall fra SSB). Dette kan bety at behovet for sykehjemsplass vil øke om få år. Dette er tall som både kan være grunnlag for analyse og for en diskusjon om hvordan økte omsorgsbehov i fremtiden skal kunne håndteres.

Kommunene skal ha oversikt over befolkningens helsetilstand (Folkehelseloven). Dette er også informasjon som jeg mener kan knyttes til «nærområdet». Helsedirektoratet har utarbeidet folkehelseprofiler for å hjelpe kommunene med deler av dette arbeidet. I følge

Folkehelseprofilen 2013 for min kommune, er det flere områder som viser at befolkningen har ulike helseutfordringer eller har risiko for negativ helseutvikling:

- Andelen uføretrygdede under 45 år er høyere enn i landet forøvrig
- Andelen barn med enslig forsørger er høyere enn i landet som helhet
- Andelen 10-klassinger som trives på skolen er lavere enn i landet som helhet
- Overvekt ser ut til å være et større problem enn i landet som helhet, vurdert etter andelen menn med KMI >25/m<sup>2</sup> på sesjon.
- Andelen med psykiske symptomer og lidelser er høyere enn i landet som helhet, vurdert etter data fra fastlege og legevakt.
- Andelen med type 2-diabetes ser ut til å være høyere enn landsnivået, vurdert etter data fra fastlege og legevakt.
- Plager og sykdommer knyttet til muskel- og skjelettsystemet ser ut til å være mer utbredt enn i landet som helhet, vurdert etter data fra fastlege og legevakt.

Det kan også være sammenheng mellom de ulike punktene, eksempelvis at antallet overvektige øker muligheten for diabetes, eller at det høye tallet med uføretrygdede henger sammen med at flere enn gjennomsnittet i landet har muskel- og skjelettlidelse. Folkehelseprofilen bygger på tall tilbake i tid, men kan likevel være et grunnlag for vurdering av dagens situasjon og nåværende helsetilstand blant befolkningen i kommunen. Utfordringen kan være å finne forklaringer på hvorfor det er slik, for derved å kunne definere hensiktsmessige tiltak. Søvnmangel over en lengre periode er eksempelvis forbundet med økt risiko for angst og depresjoner, samt at det er påvist sammenhenger mellom utilstrekkelig søvn og diabetes 2, overvekt og hjerte-karsykdom (Rapport i Helserådet 3/13). For min kommune kan det derfor blant annet være sentralt å fjerne kilder som kan påvirke søvnen hos befolkningen for å snu den negative trenden innenfor enkelte områder.

Imidlertid kan folkehelseprofilene varierer fra år til år. For 2012 var eksempelvis mobbing i tiende klasse og KOLS (kroniske obstruktiv lungesykdom) en større utfordring hos oss enn i landet som helhet, mens dette ligger innenfor «normalen» i 2013. Ved kun å vurdere informasjonen som kommer frem på profilen for ett år, vil dette kunne redusere oppmerksomhet på andre områder som kan være vel så vesentlig. I en situasjonsanalyse bør derfor utvikling over tid være et grunnlag for vurdering. Kultur, verktøy for jevnlig kartlegging av ulike forhold, og kunnskap om å analysere tall, tabeller og statistikk vil sannsynligvis kunne avhjelpe analysearbeidet. Derfor vil det som er skrevet om samordning på tvers av enheter tidligere også være viktig under denne fasen.

Det er et ønske om at det som virker negativt på helse skal forebygges og det som fremmer god helse skal styrkes. Den enkeltes kunnskap om hva som påvirker egen helse og helsa til dem de har ansvar for kan være forskjellig. Derfor bør dette kartlegges og tilbud for å øke kunnskap, læring og mestring bør tilrettelegges. En utfordring kan være å nå de som trenger en endring i sine levevaner, men som selv ikke er motivert. Økt fokus tidlig, der barna er, vil mulig avhjelpe noe. Ellers er det behov for å øke kompetansen for endring av adferd og motivasjonsarbeid, og tiltak som stimulerer et sunnere liv. Forebygging er vanskelig å kostnadsberegne i forhold til resultat. Det er lettere å beregne kostnader for pleie og omsorg. Viljen til forebygging og helsefremming må derfor være til stede. Politiske vedtak skal vurderes i forhold til folkehelse (folkehelseloven). Om dette skjer kan det i alle fall skape større oppmerksomhet på faktorer som kan ha betydning for det nasjonale målet om at befolkningen skal leve lenger (Folkehelsemeldingen).

#### **4.4. Virkemiddeloversikt og virkemiddeltesting.**

I virkemiddeloversikt ligger det at en skal lage en oversikt over flere mulige løsninger for å nå målet. Aarsæther (2013) inkluderer muligheter for kreativ tenkning i denne fasen. Aarsæther har en egen fase med virkemiddeltesting, der det skal skje en kunnskapsbasert vurdering av ulike virkemiddel og fjerning av lite troverdige løsninger. Her samles både løsninger og vurderinger under samme overskrift for å unngå for gjentakelser.

Veksten i helse- og omsorgstjenester har økt i følge Hagen m.fl. (2011). De har forsøkt å analysere denne veksten, og konkluderer med at veksten har sammenheng med kommunens inntekstvekst, økning i andelen eldre og enkelte av ansvarsreformene. I forhold til en bærekraftig utvikling på lengre sikt, må antakelig kommunen regne med at veksten flater ut og at dagens utøvelse må endres. Spørsmålet er hva som vil være riktige virkemiddel og hvordan en skal få til denne endringen samtidig som tilbudet opprettholdes.

Omsorgsplan 2015, med sine tre delplaner, peker på målsettinger for kommunale helse- og omsorgstjenester og foreslår noen løsninger. Dette er kort omtalt under 1.1. For enkelte løsninger følger det med øremerkede midler. Eksempelvis fikk etablering av botilbud tilpasset personer med demens øremerkede midler fra 2012. Dette kan gi flere boliger. Imidlertid er det en utfordring at midler kun gis til etablering og ikke til drift. Personer med demens har ofte behov for døgnkontinuerlig omsorg, og midler til dette inngår ikke.

For å bedre habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten skal kommunen etablere en koordinerende enhet (helse- og omsorgsloven). Utvikling av individuelle planer og koordinatorene med ansvar for oppfølging er tydeliggjort. Dette kan avhjelpe noen utfordringer som er knyttet til «Nevroplan», samtidig som arbeidet med individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester kan bidra til å møte kravet om at brukerne skal kunne medvirke ved gjennomføring av tjenester som gjelder dem selv (pasient- og brukerrettighetsloven). I dette eksempelet kan en løsning imøtekomme flere «krav», og vil trolig være et godt virkemiddel.

Imidlertid kan andre mål være vanskeligere å finne løsninger på. For å kunne utjevne sosiale forskjeller eller øke fokuset på folkehelsearbeid vil løsningene være knyttet til koordinering og samarbeid mellom flere enheter. Dette krever «*god ledelse, politisk engasjement, forankrede planer og gjennomføringskraft*» (Folkehelsemeldingen, s.10). Da vil dette påvirke hva som er mulig å realisere, samtidig som det vil være viktig at helse- og omsorgsplanen har god forankring.

Jacobsen (2012) skriver om tverretattlig samarbeid i velferdsstaten i et organisasjonsteoretisk perspektiv. Han beskriver utfordringer med å dele opp oppgaver innenfor områder for å gjøre disse håndterbare, når hver enkelt oppgave inngår i en større helhet. Oppdelingen medfører behov for koordinering. Spesialisering på deler gir fordeler for evne til gjennomføring og ansvars plassering, men utfordrer, som nevnt tidligere, samordningen på tvers. Måten kommunen samordner oppgaver på vil derfor også få betydning for gjennomføring av tiltak.

Aarsæther (2013) fremhever scenarioskriving som en metode for å få personer med i en diskusjon om ulike utviklingsveier. Dette kan både stimulere engasjement og kreative forslag. De ulike forslagene til løsninger skal testes for valg av de mest troverdige (Aarsæther 2013). Om grunnlaget for dette valget kun baseres på eksisterende kultur/struktur i kommunen, kan det være en fare for at gode forslag forkastes. Ved testingen bør antakelig kvalitet vurderes. Tjenester av god kvalitet er virkningsfulle, trygge, involverer brukere og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte, og er tilgjengelig og rettferdig fordelt (Kvalitetsforskriften). Tiltak for å styrke brukeren, styrke utøveren, forbedre ledelse og organisasjon, styrke forbedringskunnskapens plass, og følge med og evaluere tjenestene er sentralt for dette (Kvalitetsforskriften). Det betyr at de løsningene som styrker kvaliteten bør foretrekkes fremover andre.

I Omsorgsplan 2015 er behovet for kompetanseutvikling beskrevet. «*Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig*» (Helsepersonelloven§4). Det betyr at en heller ikke kan forvente at personell gjør noe annet enn det de er kvalifisert til. Kartlegging av den eksisterende kompetansen mot fremtidige behov kan være en måte å systematisere utviklingen på (Nordhaug 1998). Kompetanseløftet 2015 er basert på kompetanseplaner, og at rapporter og søknader følger oppgitte frister. Dette er et godt tiltak som dekker en del av utgiftene til kompetanseutvikling i kommunen. Imidlertid er min erfaring at kompetanseplanleggingen i enhetene er varierende, og at det ofte er den enkelte ansattes motivasjon som avgjør om utvikling skjer, og som er bakgrunn for valg av utviklingstiltak. Eksempelvis kan det være flere med etterutdanning i lindring på et sted, mens dette mangler på andre. Det betyr at behovet til pasientene og kompetansen for å ivareta dette får for lite fokus fra lederne. En undersøkelse viser at sykepleiereledere i liten grad planla og arbeidet systematisk med utviklingen av sykepleiefaglig kompetanse i sin avdeling (Vrenne, 2007).

I min kommune øker antall eldre om få år. Svært mange eldre i dag bor i eneboliger (tall fra SSB). Det er ingen planer i dag om å øke antall plasser for langtidsopphold på sykehjem. Det betyr at vi også må arbeide for at de som får endret sitt funksjonsnivå skal kunne bo lenger hjemme. Dette kan medføre at en del boliger trenger tilpasning og tilrettelegging. I følge enhetsleder var det i løpet av 2013 30 % økning i nye henvendelser til ergo- og fysioterapitjenesten, og 2,5 mnd. ventetid på ergoterapeut for vurdering av hjelpemidler og tilpasning av bolig. Dette betyr at tilretteleggingen tar for lang tid i dag. Det resulterer i at personer venter i rehabiliteringsplasser som andre har behov for. En løsning for å avhjelpe dette er enten å tilsette flere ergoterapeuter, at flere eldre kjøper praktiske leiligheter og/eller bygge flere omsorgsboliger. Konsekvensene av hvert enkelt forslag må i tilfelle testes i denne fasen.

Bruk av velferdsteknologi kan også bidra til at flere kan bo hjemme lenger. «*Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon*» (Innovasjon i omsorg, s.11). Imidlertid synes utviklingen enda å være relativt begrenset til ulike alarmfunksjoner. En del utstyr krever internettilforbindelse og det er ikke alle steder dette

er mulig. Valg av løsning må derfor også ta hensyn til teknologiutviklingen og muligheter for nettilgang.

I Helse- og omsorgsloven står det at kommunene skal «sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i felleskap med andre». I enkelte tilfeller kan nok velferdsteknologi også bidra til en del av dette. Å få til en aktiv og meningsfylt tilværelse for den enkelte som bor i institusjon er en utfordring. Økt samarbeid og utvikling av det totale aktivitetstilbudet bør også vurderes, samt hvordan samarbeid med frivillige organisasjoner og høyere grad av innovasjon skal kunne styrkes. Eksisterende ressurser og aktivitet kan stimulere utvikling, mens mangler vil gjøre dette vanskeligere.

Det er et ønske om å etablere en helsestasjon for eldre i vår kommune. Dette er i utgangspunktet ikke en lovpålagt oppgave, men vil kunne være et lavterskeltilbud der de eldre kan få informasjon, veiledning og få gjennomført enkle undersøkelser. Om dette bidrar til forebygging av sykdom, helsefremming og høyere egenmestring, vil tilbudet kreve relativt få ressurser, men nå mange på et lavt omsorgsnivå. I kommunen er det vedtak om at helse- og omsorgstjenestene skal bygges opp etter BEON (beste effektive omsorgsnivå) - prinsippet. Dette prinsippet skisserer at det er sentralt å gi tjenester så tidlig som mulig og på lavest mulig kostnadsnivå, for å unngå at behovene for hjelp blir større enn nødvendig. Hos oss bør derfor løsninger for å dekke gapet mellom dagens situasjon og fremtidens ønsker også testes i forhold til dette prinsippet. Dermed har tidligere politiske vedtak også betydning for valg av løsninger.

## **4.0 Konklusjon**

Det er mange og ulike forhold som kan påvirke utvikling av en helse- og omsorgsplan. Det første og mest avgjørende er at alle momentene som kan ha betydning for planoppgaven avklares tidlig, slik at selve planprosessen kan bli mest mulig konstruktiv. Det bør også avklares hvem som er planaktør, og hva dette betyr utover at en person tildeles ansvaret for å lede arbeidet. Samordning på tvers av enheter er nødvendig og vil påvirke alle fasene i planhandlingsprosessen, og planens legitimitet i ettertid. Det er også nødvendig med

kunnskap om samordning, engasjement fra ulike fagområder, og at politikerne deltar i debatten med målavklaring.

De ulike fasene krever ulike former for kunnskap og ferdigheter, som både omhandler instrumentell og kommunikativ rasjonalitet, samt en bevissthet i forhold til bruk og innhold i ulike begrep. Aarsæthers (2013) planhandlingsfaser mener jeg kan avhjelpe både avklaringer og strukturering av planarbeidet, og dermed redusere forhold som kan hemme dette. Amdams (2013) former for planlegging har betydning for legitimitet og gjennomføring av planen i ettertid. Planprosessen og hvordan de ulike fasene gjennomføres er derfor viktig, men også hvordan planhierarkeiet i kommunen er bygd opp. For helse- og omsorgssektoren er det mange nasjonale føringer som må vurderes, og status og lokale utfordringer kan være forskjellig fra kommune til kommune. Oversikt og oppmerksomhet på hvilke nasjonale midler og løsninger som finnes vil være viktig å vurdere i tilknytning til hvordan mål skal kunne nås.

I denne prosjektoppgaven har jeg forsøkt å belyse en «verden» med store utfordringer og mange muligheter, noe som har gått på bekostning av dybde på enkelte temaer. Jeg mener fortsatt at utvikling av en helse- og omsorgsplan er utfordrende fordi dette omfatter så mye, men tror at arbeidet for den som skal lede planprosessen kan lettes ved tidlige avklaringer, og god kultur og struktur for samordning.



## 5.0 Litteraturliste

- Aarsæther, Nils, Eva Falleth, Torill Nyseth og Ronny Kristiansen: *Utfordringer for norsk planlegging*. Cappelen Damm Høyskoleforlaget, Kristiansand, 2013
- Aarsæther, Nils: "Planlegging som handlingstype", i Aarsæther, Nils, Eva Falleth, Torill Nyseth og Ronny Kristiansen (red.): *Utfordringer for norsk planlegging*. Cappelen Damm Høyskoleforlaget, Kristiansand, 2013
- Amdam, Jørgen og Noralv Veggeland: *Teorier om samfunnsstyring og planlegging*, Universitetsforlaget, Oslo, 2011
- Amdam, Roar: *Planning in Health Promotion Work. An empowerment model*, Routledge, USA og Canada, 2011a
- Amdam, Roar: «Kommuneplanleggingas institusjonelle legitimitet», i Higdem, U. m.fl. (red.) *Plan, religion og politikk*. Festskrift til Noralv Veggeland, Forlag 1, Oslo, 2011b
- Amdam, Roar: «Fokus på prosess: Kommunikativ og samarbeidende planlegging», i Aarsæther, Nils, Eva Falleth, Torill Nyseth og Ronny Kristiansen (red.): *Utfordringer for norsk planlegging*. Cappelen Damm Høyskoleforlaget, Kristiansand, 2013
- FOR 2003-06-27 nr 792: Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.
- Hagen, Terje, Kebebew Negera Amayu, Geir Hodager, Tor Iversen og Henning Øien: *Utviklingen i kommunenes helse- og omsorgstjenester 1986-2010*, HERO, 2011
- Jacobsen, Dag I.: «Hvorfor samarbeid er så vanskelig», i Repstad, P. (red): *Dugnadsånd og forsvarsverker*. Universitetsforlaget, Oslo, 2012
- Kristiansen, Ronny og Toril Nyseth: «Eksperimentell planlegging», i Aarsæther, Nils, Eva Falleth, Torill Nyseth og Ronny Kristiansen (red.): *Utfordringer for norsk planlegging*. Cappelen Damm Høyskoleforlaget, Kristiansand, 2013
- Lian, Olaug S.: «Etter Gullalderen: Nye utfordringer for helsetjenesten», i Melberg, Hans O. og Lars E. Kjekshus (red.): *Fremtidens Helse-Norge*. Fagbokforlaget, Bergen, 2012
- LOV-2008-06-27-71: Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven)
- LOV 2011-06-24 nr 30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).
- LOV 2011-06-24 nr 29: Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven).

LOV 1999-07-02 nr 63 Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

LOV 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)

Lønning, Inge: «Helse: finnes det? Refleksjoner rundt helsepolitikken grunnlagsproblem», i Melberg, Hans O. og Lars E. Kjekshus (red.): *Fremtidens Helse-Norge*. Fagbokforlaget, Bergen, 2012

Melberg, Hans O. og Lars E. Kjekshus: *Fremtidens Helse-Norge*. Fagbokforlaget, Bergen, 2012

Meld. St.16 (2010-2011): Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015.

Meld. St.29 (2012-2013): Morgendagens omsorg

Meld. St.34 (2012-2013): Folkehelsemeldingen

Nordhaug, Odd: *Kompetansestyring i arbeidslivet*. Utvalgte emner. Tano Aschehoug, Oslo, 1998

NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg

Rapport i Helserådet 3/13

Rundskriv Q-16/2013 - Forebyggende innsats for barn og unge

St.meld.nr. 25 (2005-2006). Mestring, muligheter og mening

St.meld.nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen

Verdighetsgarantien: Forskrift for en verdig eldreomsorg – regjeringen.no

Vrenne, Åse B., (2007): «Ledelse av sykepleiefaglig utvikling i sykehus: Hva skal til?», i *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 2007-2, s. 56-69. ISSN 1504-3614

(13.03.14, kl. 20.00): [http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/helse-og\\_omsorgstjenester\\_i\\_kommunene.html?id=10903](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/helse-og_omsorgstjenester_i_kommunene.html?id=10903)