



# Agderforskning

Prosjektrapport nr. 8/2010

## Utredning av pleie- og omsorgstjenester for hyttebeboere

Forfattere

Winfried Ellingsen

Torbjørn Hodne

Steinar Sørheim



Tittel	Utredning av pleie- og omsorgstjenester for hyttebeboere
Forfattere	Winfried Ellingsen Torbjørn Hodne Steinar Sørheim
Rapport	Prosjektrapport nr. 8/2010
ISBN-nummer	
ISSN-nummer	0808-5544
Trykkeri	Edgar Høgfeldt, 4626 Kristiansand

#### Bestillingsinformasjon

Utgiver	Agderforskning Gimlemoen 19 N-4630 Kristiansand
Telefon	48 01 05 20
Telefaks	38 14 22 01
E-post	post@agderforskning.no
Hjemmeside	<a href="http://www.agderforskning.no">http://www.agderforskning.no</a>

## **Forord**

Kommunesektorens Interesse- og Arbeidsgiverorganisasjon (KS) ønsket ved årsskiftet 2009/2010 en utredning om kommunale pleie- og omsorgsoppgaver knyttet til hytte/fritidsbebyggelse. Målsettingene med dette prosjektet har vært å skaffe et kunnskapsgrunnlag i forhold til kommunenes finansieringsmuligheter og rekruttering av personell. Agderforskning AS er takknemlig for oppdraget og for konstruktive tilbakemeldinger av seniorrådgiver Yngve Carlsson. Vi vil også rette en stor takk til alle de som har vært våre informanter i fritidskommunene ved at de har svart på våre spørsmål i surveyen og intervjuene.



## Innholdsfortegnelse

FORORD.....	3
INNHOLDSFORTEGNELSE.....	5
SAMMENDRAG .....	8
SUMMARY .....	10
1 INNLEDNING.....	1
1.1 Bakgrunn for undersøkelsen .....	1
1.2 Problemstillinger i prosjektet.....	5
2 METODE.....	6
2.1 Avgrensninger.....	9
3 FREMSKRIVINGER FOR PLEIE- OG OMSORGSTJENESTER I KOMMUNENE. 11	
3.1 Utviklingen av viktige sykdommer og kroniske helsetilstander fremover.....	11
3.2 Fremtidig behov for helsepersonell og økonomiske konsekvenser .....	16
4 PRAKSISER FOR FINANSIERING OG REKRUTTERING .....	25
4.1 Regelverk og praksis i Sverige og Danmark.....	25
4.2 Praksiser for finansiering og rekruttering på andre tjenesteområder.....	29
5 ANALYSE AV DATAMATERIALET .....	34
5.1 Bakgrunnsvariabler .....	34
5.2 Rekruttering av kvalifisert personell til pleie- og omsorg .....	45
5.3 Finansiering .....	59
6 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON.....	70
APPENDIKS.....	74
APPENDIKS 1: SURVEY.....	74
APPENDIKS 2: INTERVJUGUIDE .....	76
APPENDIKS 3: EKSISTERENDE BYGNINGSMASSE. ANTALL FRITIDSBYGNINGER. UTVIKLING SISTE 10 ÅR.....	78

## Figurliste

Figur 1: Fremskrevet forekomst av demens 2005-2060 .....	13
Figur 2: Utviklingen av viktige sykdommer/kroniske helsetilstander fram mot 2030 .....	15
Figur 3: Andel av personer i alderen 85år + som har: 1) vært innlagt på sykehus, 2) mottatt hjemmetjenester siste 12 måneder, 3) hatt kontakt med lege siste måned, i Norge, England, Tyskland og Spania. ....	18
Figur 4: Sysselsettingsbehovet (2000–2050) ved ulike forutsetninger i befolkningsframskrivningen, målt i antall årsverk. Familieomsorgen er holdt konstant på 2002-nivå. ....	19
Figur 5: Sysselsettingsbehovet (2000–2050) under ulike antagelser om helse og funksjonsevne, målt i antall årsverk. Familieomsorgen er holdt konstant på 2002-nivå. ....	20
Figur 6: Sysselsettingsbehovet (2000–2050) ved standardøkning, 1 prosent vekst i standard per år, målt i antall årsverk. Familieomsorgen er holdt konstant på 2002-nivå. ....	20
Figur 7: Lønnskostnader i pleie- og omsorgssektoren som andel av BNP fastlands-Norge under ulike forutsetninger om helsetilstand og der familieomsorgen er holdt konstant på 2002 nivå. ....	23
Figur 8: Antall fritidsboliger i dag (N=50) .....	38
Figur 9: Forventet vekst fritidsboliger av fritidsboliger neste 10 år (N=50) .....	38
Figur 10: Har kommunen oversikt over hvor mange mottakere av pleie- og omsorgstjenester i 2009 som har bosted i annen kommune? (N=49) .....	40
Figur 11: Behovet for pleie- og omsorgstjenester har økt som en følge av fritidsbefolkningen (N=230).....	44
Figur 12: Fritidsbefolkningens press på pleie- og omsorgstilbudet i kommunen .....	46
Figur 13: Sesongfordeling av behovet for pleie- og omsorgstjenester overfor fritidsbefolkningen (N=230).....	46
Figur 14: Har kommunen nok kvalifisert personell til å dekke den økte etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenester på de tidspunktene av året hvor det er mange hyttebeboere i kommunene (N=43) .....	47
Figur 15: Fremtidig behov for pleie- og omsorgstjenester for fritidsbefolkningen (N=45).....	49
Figur 16: Om kommunene er i stand til å dekke økt etterspørsel etter pleie- og omsorgstjenester de neste 10 år (N=45).....	50
Figur 17: Om kommunene er forberedt på personellmessige konsekvenser av økt behov for pleie- og omsorgstjenestene i fremtiden (eldrebølgen, samhandlingsreformen) (N=43).....	52
Figur 18: Type tiltak for å skaffe personell til pleie- og omsorgstjenester (N=23).....	55
Figur 19: Kommunale strategier (N=230) .....	56

Figur 20: Potensielle refusjonsordninger (N=40) .....68

## Tabelliste

Tabell 1: Innbyggertall, antall fritidsboliger og eierskap etter alder i hyttekommuner i "Østlandsregionen".....34  
Tabell 2: Antall mottakere av pleie- og omsorgstjenester i kommunene .....40  
Tabell 3: Antall mottakere med bostedsadresse i andre kommuner som fikk pleie- og omsorgstjenester i 2009 .....41  
Tabell 4: Er problemstillingen "pleie- og omsorgstjenester" for hyttebeboere diskutert i kommunen?.....41  
Tabell 5: Kommuner i interkommunalt samarbeid om pleie- og omsorgstjenester .....57

## Sammendrag

Denne utredningen omhandler kommunale pleie- og omsorgsoppgaver relatert til hytte/fritidsbeboelse. Utgangspunktet er at borgere som er folkeregistrert i andre kommuner har grunnleggende rettigheter til pleie- og omsorgstjenester i fritidskommunene. Vi fokuserer i utredningen på finansierings- og rekrutteringsproblematikken.

Omfanget av fritidseiendommer er stor i Norge (ca. 420 000 i 2008) og forventes å vokse i fremtiden. Mange fritidskommuner i periferien legger til rette for en økning. Behovet for pleie- og omsorgstjenester vil også øke i fremtiden. Det er flere grunner til dette og de viktigste er:

- Økning av sykdommer og kroniske helsetilstander
- En aldrende befolkning (eldrebølgen)
- Restrukturering av primærhelsetjenesten (Samhandlingsreform)
- Økte krav til kvalitet av tjenester
- Økt bruk av fritidseiendommer, spesielt av eldre
- Økt bevissthet i befolkningen om rettigheter

Det er derfor rimelig å fastslå at hyttekommunene vil oppleve økt press på ressursene for pleie- og omsorgstjenester; det gjelder både i forhold til sysselsetingsbehovet og kommunal økonomi.

Per i dag opplever de fleste hyttekommunene denne tjenesteytelsen til fritidsbefolkningen som lite utfordrende. Det er enten ansett ikke å være et reelt problem, kommunene har ikke oversikt over behovet for fritidsbefolkningen, eller ønsker ikke å utrede dette. 75 prosent av kommunene oppgir at merkostnadene beløper seg opptil kr. 22 500 årlig. Samtidig er det store sesongvariasjoner i behovet (64 prosent av hyttekommunene) og ca. like mange kommuner har ikke nok kvalifisert personell for å dekke den økte etterspørselen. Private løsninger og vikarbyråer er veldig lite brukt og det sesongmessige behovet dekkes gjennom:

- Vikarer fra andre land, videregående skoler
- Full stilling for deltidsansatte i perioden
- Full lønns ansiennitet
- Samarbeid med utdanningsinstitusjoner



- Interkommunalt samarbeid (ca. 40 prosent av hyttekommunene) for bedre fagmiljø

Flertallet av kommunene svarer at de forventer et økt behov i fremtiden og vi har derfor undersøkt ulike finansieringsmodeller.

1. Eiendomsskatt for fritidseiendommer brukes av 63 prosent av kommunene i undersøkelsen men genererer i snitt bare 2 prosent av den samlede kommuneøkonomien. Det er begrensninger på størrelsen på eiendomsskatt og synes derfor å være lite hensiktsmessig i forhold til utfordringer.
2. Kun en kommune har søkt om skjønnsmidler for å dekke merkostnaden knyttet til disse tjenestene. Skjønnsmidler tildeles etter søknad og er avhengig av en skjønnsmessig vurdering. Som finansieringsform er skjønnsmidler administrativt krevende, gir lite stabilitet og er derfor etter vår mening lite hensiktsmessig som fremtidig finansieringsmodell.
3. Bruk av egenbetalingsordninger er begrenset gjennom forskrift og må ses i sammenheng med brukerens inntekt. Det er en individualisert form for finansiering som generer administrative kostnader og vurderes derfor som lite hensiktsmessig som stabil fremtidig finansieringsstrategi for hyttekommuner.
4.  $\frac{3}{4}$  deler av hyttekommunene ser for seg en refusjonsordning for pleie- og omsorgstjenester mellom kommunene, slik det praktiseres på andre tjenestoområder (skole, barnevern) og i Danmark. Det er en overvekt av hyttekommuner som ønsker en refusjonsordning etter reelle kostnader, alternativt etter statlig regulativ.

Vår anbefaling er at en refusjonsordning er en egnet finansieringsmodell for å møte fremtidige utfordringer i pleie- og omsorgssektoren for hyttekommunene.

## **Summary**

This report investigates nursing- and welfare services for peripheral municipalities with a large number of second homes/cabins. In Norway, citizens registered in other municipalities have basic rights to nursing- and welfare services in these “leisure” municipalities. This study focuses on problems related to financing these services and the recruitment of qualified personnel.

There are a large number of second homes in Norway, app. 420 000 in 2008, and the number is expected to rise in the years to come. As a way of generating income and jobs many peripheral municipalities arrange for further increases. Thus the need for nursing- and welfare services will increase in the future. There are several reasons for this development and the most important are:

- Increase in the number of people with chronic illnesses
- An ageing population
- The restructuring of primary health services towards increased municipal responsibility
- Increased expectations of quality services
- Increased use of second homes, particularly by pensioners
- Increased consciousness of citizen rights

It is therefore reasonable to maintain that leisure municipalities will experience increased pressure on resources for nursing- and welfare services, related both to employment needs and economy.

As of today most leisure municipalities do not experience these services to the recreational population as particularly challenging. It is either seen as not a problem at all, municipalities have little overview, or are not interested to consider the question. 75 percent of the municipalities state that excess cost is less than kr. 22 500 annually. But at the same time they experience large seasonal variations in demand (64 percent of municipalities), and about the same number of municipalities do not have enough qualified personnel to cover increased demand. Temporary staff recruitment agencies are hardly used and seasonal demand is covered by:

- Temporary staff from other countries, high schools
- Full employment for part-timers during the period

- Full wage seniority
- Cooperation with educational establishments
- Inter-municipal cooperation (ca. 40 percent of municipalities) in order to improve the specialist environment

The majority of leisure municipalities expect increased demand for nursing- and welfare services in the future and we have therefore investigated various financial regimes.

1. Property taxes for second homes are in place in 63 percent of the municipalities in this study, but generate only 2 percent of the total municipal economy on average. There are limits imposed on the size of property taxes, and this regime therefore seems to be inadequate for future challenges.
2. Merely one municipality has applied for appraisal funds to cover for increased cost of these services. Appraisal funds have to be applied for and depend on external assessment by the state. As a financial regime, appraisal funds are administratively demanding, provide little economic stability over time and are therefore viewed as inadequate.
3. Cost-sharing by patients is limited by regulation and has to incorporate income of the user. It is an individualized form of financing that generates administrative cost and is therefore considered less adequate as a stable financial strategy for leisure municipalities.
4. The majority of leisure municipalities (75 percent) favour a reimbursement scheme/system between municipalities, as it is practiced in other services (schooling, child welfare), and in Denmark. Most of the municipalities want a reimbursement scheme on the basis of real costs, alternatively based on a governmental tariff.

Our recommendation is that a reimbursement scheme is the most appropriate financial strategy in order to meet future challenges in nursing- and welfare services in leisure municipalities.

## 1 Innledning

Agderforskning AS fikk ved årsskiftet 2009/2010 i oppdrag fra Kommunesektorens Interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (heretter KS) å gjennomføre en utredning om kommunale pleie- og omsorgsoppgaver relatert til hytte/fritidsbeboelse. Fokus i utredningen er kommunenes finansieringsmuligheter og rekruttering av pleie- og omsorgspersonell i forhold til behovet som kan variere ut fra sesongsvingninger i løpet av året. Utredningen tar utgangspunkt i de tendensene som bidrar til en forventet økning i hyttekommunenes pleie- og omsorgsoppgaver, og de problemstillinger dette reiser. I kapittel 2 beskrives de metodiske tilnærminger som er brukt i utredningen samt avgrensninger. Kapittel 3 viser fremskrivninger relatert til hyttebruk og sykdomsutvikling i samfunnet. Kapittel 4 ser nærmere på praksiser relatert til kommunale pleie- og omsorgsoppgaver for hyttebeboere i andre skandinaviske land (Sverige og Danmark) og hvordan finansiering mellom kommuner organiseres på andre tjenesteområder. I kapittel 5 presenterer vi analysen av utredningen organisert etter våre hovedproblemstillinger. Kapittel 6 oppsummerer analysen og presenterer konklusjonene angående politikkutforming.

### 1.1 Bakgrunn for undersøkelsen

Bakgrunnen for utredningen er todelt. På den ene siden kan vi konstatere at mobiliteten øker i dagens samfunn. I tråd med økt velstand, fritid, behov for avkopling og et ønske om naturopplevelser øker også fritidsbebyggelsen i norske kommuner. Som regel er det urbane mennesker som søker seg til rurale områder, dvs. til kommuner med lavere befolkningstall og spredt befolkning. Hyttemobiliteten er sterk sesongavhengig og kan øke befolkningsgrunnlaget i mottakerkommunene i betydelig grad. I tillegg viser undersøkelser (Ericsson & Grefsrud, 2005) at hyttene eller sekundærboliger innredes i økende grad som helårs standard og at hyttebeboerne bruker denne boligen over lengre tid per år, i gjennomsnitt 50-75 dager per år i følge våre undersøkelser. Bruken øker med økt levealder. De fleste hyttekommunene ligger innenfor 4 timers reisetid fra nærmeste by(er) og Østlandet, med fylkene Østfold, Vestfold, Telemark, Buskerud, Oppland og Hedmark, er derfor den regionen med høyest forekomst av fritidsboliger. 47 prosent av

det totale antallet fritidsboliger på ca. 420 000 og 50 prosent av befolkningen er lokalisert i dette området (Overvåg, 2009).

På den andre siden, gir hyttene positive ringvirkninger for vertskommunene, men også utfordringer spesielt på pleie- og omsorgstjenester. Den offentlige helsetjenesten i Norge kan deles inn i tre tjenesteområder: kommunehelsetjenesten (også kalt primærhelsetjenesten), spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten. Prosjektet er avgrenset til kommunehelsetjenesten. Kommunenes ansvar for å yte helsetjenester er regulert i kommunehelsetjenesteloven. Kommunen er blant annet pålagt å ha et tilbud om fastlegetjeneste, legevaktsordning, fysioterapi, rehabilitering, hjemmesykepleie og sykehjem eller boform for heldags omsorg og pleie. Kommunen har en lovpålagt plikt til å yte helsehjelp til alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Kommunens helsetjeneste omfatter offentlig organisert helsetjeneste som ikke hører under stat eller fylkeskommune, og privat helsevirksomhet.

Retten til helsehjelp er regulert i Pasientrettighetslovens 1 § 2.1.1. Pasienter har rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten. Det vil si at kommunen plikter å legge til rette for forebyggende helsetjenester, behandling av sykdom, medisinsk habilitering og rehabilitering og pleie- og omsorgstjenester. Kommunen må holde et forsvarlig minstenivå på den helsehjelp som gis. Her ligger også rett til individuell plan (Pasientrettighetsloven § 2-5). Pasienter med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester har rett til å få utarbeidet en plan for sitt behandlingsopplegg. Det skal bare utarbeides én individuell plan for hver enkelt pasient. Pasienten må samtykke til at planen utarbeides og har rett til å delta i arbeidet med utarbeidelsen av planen.

Størstedelen av kommunenes tjenesteproduksjon er rettet mot egne innbyggere og eget næringsliv. Men en del offentlige oppgaver er av en slik karakter at forbruket av de tjenester og goder som tilbys ikke kan avgrenses til tjenesteytende myndighets geografiske ansvarsområde, blant annet har deler av helse – og sosialsektoren en slik karakter. Dette stiller

---

<sup>1</sup> LOV 1999-07-02 nr 63: Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)

vertskommunene overfor utfordringer spesielt på pleie- og omsorgstjenester. I henhold til lov om helsetjenester i kommunene har landets kommuner plikt til å yte helsehjelp til personer som oppholder seg midlertidig i kommunen (§1-1). Dette inkluderer også hjemmesykepleie og sykehjemsbehandling (§1-3). Det gis i hovedsak ikke mulighet for kommunene til å sende refusjonskrav til den kommunen der brukeren har bostedsadresse. Kommunene kan i dag kun sende refusjonskrav for opphold i institusjon eller bolig med heldags omsorgstjeneste<sup>2</sup>. For hyttekommunene på fjellet og ved kysten er det derfor ikke mulig å få kompensert kostnadene de har ved helse- og sosialytelser til ”hyttbefolkningen” og andre som av ulike årsaker oppholder seg midlertidig i kommunen. De eneste mulighetene er å vurdere størrelsen av egenbetaling der det er hjemmel for det, og å vurdere innføring av eiendomsskatt.

Grensesnittet mellom helsetjenester og sosiale tjenester som pleie og omsorg kan være uklart. Retten til sosiale tjenester er forankret i Sosialtjenesteloven der forskriften av 4. desember 1992 med endringer fra 1. januar 1998. Der fastsetter § 8-1 kommunenes adgang til egenbetaling for lovpålagte tjenester med unntak av de begrensninger som § 8-2 beskriver, blant annet hjemmesykepleie etter [Lov om helsetjenesten i kommunene § 1-3](#).<sup>3</sup> Kommunens adgang til selv å fastsette betalingssatser reguleres i forskriftens § 8-3. *Kommunens adgang til å fastsette betalingssatser m.v.* som sier at kommunen selv kan fastsette regler for betaling av vederlag og betalingssatser for de tjenester som er nevnt i § 8-1 begrenset til kommunens

---

<sup>2</sup> NoU 2005/18: Fordeling, forenkling, forbedring. Inntektssystemet for kommuner og fylkeskommune, Kap. 8.5 *Håndtering av personer som ikke er folkeregistrert i kommunen.*

<sup>3</sup> Forskrift 1992-12-04 nr. 915 Forskrift til: Kommunehelseloven, Sosialtjenesteloven, Sosialtjenesteforskriften.

Kapittel 8. Vederlag for sosiale tjenester og for opphold i institusjon m.v. Sosialtjenesteloven § 11-2 og Kommunehelsetjenesteloven § 2-3 femte ledd.

Rundskriv I-46/97 av 12.12.1997 fra Helse- og omsorgsdepartementet, HOD: Endring av forskrift om vederlag for sosiale tjenester, hjemmesykepleie og opphold i institusjon mv.

selvkost. For fritids- og hyttebeboere kan det imidlertid ikke kreves refusjon fra folkeregistrert bostedskommune. Når mulige framtidige refusjonsordninger drøftes, omfattes alle pleie- og omsorgstjenester inklusive helsetjenester hjemlet i Lov om pasientrettigheter på generell basis, uavhengig av hvordan den enkelte kommune har organisert tjenester og betalingsordninger. Når vi bruker pleie- og omsorgsbegrepet i utredningen inkluderes også kommunale helsetjenester, unntatt fastlege.

Når vi vet at en stor andel av hytteeierne er over 60 år, (<http://www.agderforskning.no/hyttestatistikk/>) vil utfordringene sannsynligvis øke i fremtiden. Situasjonen, spesielt i kystkommuner, forsterkes ved at kommunale ansatte i pleie- og omsorgstjenesten tar ut ferie i høysesongen. I tillegg er adkomsten til hyttene delvis upraktisk og forholdene i hyttene ikke tilrettelagt for hjemmesykepleie, noe som gjør oppgavene til personell mer tidskrevende. Alle faktorene, helårs standard på fritidsboligene, økt bruk, økt alder på eierne, og større forventninger av tjenestemottakerne, tilsier at det er viktig for vertskommunene å være forberedt på en situasjon hvor presset på helsetjenester kommer å øke i årene fremover. I henhold til St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. ”Rett behandling – på rett sted – til rett tid” av 19. juni 2009, vil en rekke helsetjenester som i dag utføres i spesialisthelsetjenesten bli overført til kommunene, noe som vil by på ytterligere utfordringer i forhold til ressursbruk.

Denne formen for kommunale tjenester er kostnadskrevende og nyere former for økende mobilitet mellom kommuner utfordrer derfor det som ligger til grunn for kommuneborgerskapet som gir rettigheter til borgere der hvor man bor og der hvor borgere i Norge betaler skatt (Carlsson, 2008). Det territoriell organiserte prinsippet om skattegrunnlag og inntektsoverføringer fra staten koplet til tjenesteytelse er ”i bevegelse”. Spørsmålene vi belyser i denne utredningen er derfor av prinsipiell og normativ karakter, og ikke minst av praktisk betydning for (fritids)kommunene. Vi vil understreke at prinsippet om tjenesteyting som fastlagt i lovverket ikke er til diskusjon her, men at vi er interessert å finne frem til hvordan finansielle og personellmessige utfordringer av mobilitet i et territorielt system kan løses, og hvilke eventuelle reguleringer som kan være hensiktsmessig.

## **1.2 Problemstillinger i prosjektet**

Oppdragsgivers problemstillinger fokuserer på kommunenes finansierings- og rekrutteringsmuligheter på kommunale pleie- og omsorgstjenester i dette prosjektet:

***1. Hvordan kan/bør pleie- og omsorgstjenester overfor fritidsboende finansieres?***

Fire ulike finansieringsstrategier utredes:

1. Bruk av skjønnsmidler
2. Eiendomsskatt
3. Refusjonsordninger mellom kommuner
4. Bruk av egenbetalingsordninger

***2. Hvordan skal hyttekommunene skaffe nok kvalifisert personell til pleie- og omsorg overfor en brukergruppe som varierer sterkt sesongmessig?***



## 2 Metode

Vår metodiske tilnærming i undersøkelsen er triangulering, dvs. at vi bruker flere metodiske tilnærminger i prosjektet. Dette bidrar til en beriking av analysen fordi problemstillingene kan undersøkes fra ulike perspektiver. De ulike data som produseres gjennom ulike metoder kan derimot ikke aggregeres, og vi forstår denne formen for metodebruk mer i forhold til å øke reliabiliteten av undersøkelsen og å få frem et rikere bilde av prosessene. Det er hensiktsmessig at dataproduksjonen ved ulike metoder gjennomføres i riktig rekkefølge. Det er derfor tre metodiske faser i prosjektet:

Fase 1: Dokumentstudier og pilotintervjuer

Fase 2: Survey til hyttekommuner på Østlandet

Fase 3: Intervjuer i enkelte hyttekommuner

Dokumentstudier og to pilotintervjuer (et med ledelsen i en kystkommune og et i en fjellkommune med betydelig innslag av hytter) danner et utgangspunkt for gjennomføringen av surveyen. Dokumentstudier og pilotintervjuene etablerer en grunnleggende forståelse av hvordan situasjonen oppleves og håndteres, type incentiver og handlingsformer. Dette er viktig for presisjonsnivået i survey spørsmålene. Analysen av surveyen danner videre et utgangspunkt for en intervjuguide som gir anledning til en fordypning på enkelte områder, og for å følge opp enkelte svar eller gode praksiser. Den kvantitative analysen viser også hvilke kommuner som skiller seg ut, enten ved at det er stor press på pleie- og omsorgstjenester, eller at det er strategier på plass for å møte behovet, eller at det for eksempel er en form for interkommunalt samarbeid etablert.

Før vi presenterer de enkelte fasene nærmere gjør vi rede for våre vurderinger knyttet til validitet, reliabilitet og representativitet av utredningen. Validitet avhenger av hva det er som er målt, om dette er de egenskaper problemstillingen gjelder. Validiteten betegner altså dataenes relevans for problemstillingen i undersøkelsen. Som begrunnet innledningsvis øker triangulering etter vårt syn validiteten av resultatene. Dette har også betydning for reliabiliteten, som sikter til nøyaktigheten i de ulike operasjonene i denne prosessen. Vi mener at sekvensen i tilnærmingen som er beskrevet øker reliabiliteten i undersøkelsen, dokumentstudier fører

til mer nøyaktige spørsmål i surveyen, og surveyen gir anledning for presisering gjennom intervjuer. I tillegg bruker vi intern og ekstern kvalitetssikrer for en gjennomgang av hele analysen. ”At utvalget er representativt, vil si at resultatene blir tilnærmet de samme som en ville fått om en hadde undersøkt samtlige enheter” (Hellevik, 1991: 83). Representativitet er etter vår oppfatning ivaretatt ved at hyttekommunene i utvalget representerer ca. 50 prosent av hyttemarkedet i Norge. Vi har også delvis et sammenligningsgrunnlag fra en annen survey som vi gjennomførte innenfor et NFR-prosjekt.

#### *Dokumentstudie*

I dokumentstudien inngår en gjennomgang av lovverk, stortingsmeldinger, NoU-er og forskrifter for å skaffe et helhetlig bilde av brukernes rettigheter og kommunenes plikter på pleie- og omsorgssektoren. I tillegg kan vi gjennom dokumentstudien se på hvordan ulike kommuner har møtt utfordringene, for eksempel ved å se på organiseringen av tjenesten i ulike kommuner. Vi ser spesielt etter de gode eksemplene: hvordan enkelte kommuner har funnet gode løsninger på tjenestenes nivå, organisering og finansiering til tross for store økonomiske og personellmessige utfordringer. Vi samler også erfaringer fra andre land med en tilsvarende stor andel av fritidsboliger. Eventuelle modeller fra disse land diskuteres opp mot norske forhold. Dette gjelder også for erfaringer og incentivordninger fra andre tjenesteområder og bransjer. Dokumentstudier bringes også inn i foresight om utvikling av kroniske sykdommer (tallmateriale fra WHO, Helsedirektoratet og andre relevante institusjoner).

#### *Survey (kvantitativ tilnærming)*

Surveyen i dette prosjektet retter seg spesifikt mot finansierings- og rekrutteringsproblematikken slik de er formulert i problemstillingene. Hovedmålet er å finne ut status for hvordan kommunene håndterer utfordringene og ikke minst hvilke oppfatninger som finnes om fremtidige utfordringer på pleie- og omsorgsfeltet for fritidsboende, og hvordan disse tjenestene bør finansieres. Det normative aspektet er en del av surveyen som holdningsspørsmål. Utgangspunktet er dokumentstudier som kan gi innspill om ulike praksiser, modeller, strategier og incentiver. Begrunnelse for å gjennomføre en survey er å få en oversikt over de ulike tilnærmingene som kan koples opp mot variansen i kommunenes forutsetninger. Surveyen er

gjennomført elektronisk med *SurveyMonkey* og har vært adressert til kommunalsjef med ansvar for pleie- og omsorgstjenester i kommunen respektive til pleie- og omsorgssjef /virksomhetsleder pleie og omsorg i kommunen, avgrenset til hyttekommuner på Østlandet (se kap.2.1).

Spørreundersøkelsen er basert på svar fra et utvalg av kommuner i Østfold, Vestfold, Telemark, Buskerud, Oppland og Hedmark. På bakgrunn av disse fylkene har vi trukket et utvalg av hyttekommuner uten bykjerne. Av i alt 86 utsendte spørreskjema responderte 67 kommuner. Dette gir en svarprosent på 78 % som vi mener gir et representativt bilde av de problemstillinger hyttekommunene møter. Til tross for dette er utvalget lite og kan gi enkelte metodiske problemer. Ved bruk av krysstabeller er det en svært lav frekvens fordelt på ulike svaralternativer og en fare for at fordelingen er tilfeldig og ikke stemmer overens med virkeligheten. Vi har derfor vektlagt frekvensfordelinger og ikke krysstabeller. Men vi vil bruke enkelte krysstabeller, hvor det er hensiktsmessig, for å beskrive enkelte tendenser i tallmaterialet. I tillegg har vi åpnet for individuelle kommentarer gjennom kommentarfelt i surveyen, og kommunene fikk også tilsendt surveyen som pdf-fil for interne diskusjoner.

Agderforskning har i tillegg tilgang til en survey gjennomført av samarbeidspartneren Senter for bygdeforskning, Trondheim, i et NFR-prosjekt relatert til forandringer i hyttekommuner. En mindre del av surveyen omhandler spørsmål knyttet til pleie- omsorgshåndteringen, bl.a. om bemanningssituasjonen. Vi bruker denne surveyen som sammenligningsgrunnlag der det er mulig, og ser på dette som en sjekk for å teste representativiteten av egen survey. Bygdeforsknings survey er derimot ikke tilpasset problemstillingene som gjelder finansiering (problemstilling 1) og er sendt til alle kommuner i landet, også bykommuner.

#### *Kvalitativ studie (Intervjuer)*

Med utgangspunkt i analysen av surveyen er det foretatt intervjuer i 10 utvalgte kommuner for å få fordypning på enkelte områder, og for å følge opp enkelte svar eller gode praksiser. Breddeundersøkelsen gjennom surveyen kompletteres av dybdestudier i enkelte kommuner. Surveyen gir mulighet å avgrense kommuner med spesielle behov eller spesielle tiltak. Gjennom intervjuer ønsker vi å avdekke kommunenes problemforståelse i

forhold til de ulike framskrivninger og scenarier, og i hvilken grad kommunene har forstått de ulike problemstillingene knyttet til omsorgstjenester overfor fritidsboende, og om det er tatt høyde for dette i de mellomlange og langsiktige kommuneplanene. Det er viktig å se på hvilke utfordringer kommunene i dag har ved å yte hjemmehjelp/hjemmesykepleie til hytteboerne og hvordan kommunen vil håndtere disse utfordringene i fremtiden. Spesifikke temaer så som samarbeid med vikarbyråer, bruk av skjønnsmidler eller interkommunalt samarbeid er studert mer inngående og i detalj. Vi får dermed også informasjon om hvordan enkelte tiltak virker, og hvorfor kommunen vurderer noen modeller som mer hensiktsmessig enn andre. Intervjuene er gjennomført telefonisk med 10 kommuner med fra ca. 1950 til ca. 14000 innbyggere og fra ca. 2100 til ca. 6500 hytter. De intervjuede kommunene har et ulikt utfordringsbilde og er både innlands- og kystkommuner fra alle fylkene rapporten omfatter. Analysen av intervjuene er drøftet i forhold til surveyen for å kunne gå mer i dybden på de ulike problemområdene.

## 2.1 Avgrensninger

Oppdragsgiver har avgrenset undersøkelsen til seks fylker på Østlandet: Østfold, Vestfold, Telemark, Buskerud, Oppland og Hedmark. Disse fylkene representerer ca. halvparten av hyttemarkedet, og vi synes derfor at de gir et representativt bilde av utfordringene på pleie- og omsorgssektoren i kommunene. Vi har foretatt en videre avgrensning i forhold til størrelsen på hyttefenomenet i de enkelte kommuner i tråd med hyttestatistikken utviklet av Agderforskning (med SSB) hvor vi definerte hyttekommuner, urbane hyttekommuner (f.eks. Kragerø) og bykommuner. Bykommuner i disse fylkene er ikke relevant i forhold til denne undersøkelsen fordi hyttebefolkningen vil normalt være meget begrenset. Surveyen var adressert til alle typer hyttekommuner, men hovedfokuset i til dels dokumentstudier og intervjuene er rettet mot typiske hyttekommuner. Vi har definert hyttekommuner som mer enn 12,5 prosent hytter per innbygger<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Det vil si at når det er 3 000 hytter i en kommune med 12 000 innbyggere er ratio på 25 prosent.

Hyttelommunene har ulike forutsetninger og flere faktorer vil påvirke kommunens evne for å løse oppgaven med å gi kvalifisert omsorg, for eksempel:

- Antall hytter i forhold til innbyggertall
- Størrelse/kapasitet og ressursbruk på pleie- og omsorgstjenesten
- Avstand fra større arbeidsmarked
- Kommunens inntektsgrunnlag
- Sammenfall av hyttesesong med avvikling av ferie
- Interkommunalt samarbeid

Statistisk sett blir dette for mange faktorer å ta hensyn til fordi utvalget er relativt begrenset, noe som vil gå utover representativiteten. Vi har derimot gjennomført intervjuer med ulike typer hyttelommuner på basis av nevnte variabler.

### **3 Fremskrivninger for pleie- og omsorgstjenester i kommunene**

Denne studien handler ikke bare om situasjonen for hyttekommunene i nåtid men vi skal også se nærmere på utviklingen fremover når det gjelder utvikling av de mest vanlige aldersrelaterte sykdommene og behovet for pleie- og omsorgspersonell i form av relevant tallmateriale som synliggjør omfanget av problemstillingene. Det gjelder fremskrivninger til 2020-2060 av befolkningen/fritidsboende som alderssammensetning, diagnosegrupper og kostnader knyttet til pleie- og omsorgstjenester; samt framskrivning til 2020/2030 av behov for kvalifisert personell.

Utfordringene knyttet til befolkningens helse vil fram mot 2030 vise en betydelig økning, i særdeleshet for kommunene som vil få et større ansvar. Dette er både en økonomisk utfordring og en utfordring knyttet til kompetanse og personell. Hyttekommunene vil kunne merke dette i særlig stor grad. Gjennomføringen av samhandlingsreformen (St.meld. nr 47 2008-2009) vil eventuelt stille nye krav til kommunehelsetjenesten, noe som vil få konsekvenser for kostnadene. I tillegg til å betjene kommunens egne innbyggere vil "hyttebefolkningens" behov for helse- og omsorgstjenester øke presset.

#### **3.1 Utviklingen av viktige sykdommer og kroniske helsetilstander fremover**

Nye helseutfordringer er synliggjort i arbeidet med St.meld. nr 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen der det pekes spesielt på 13 grupper av pasienter og brukere av helse- og omsorgstjenesten som vil kreve økt innsats fra kommunehelsetjenesten. Alle disse diagnosegrupper vil en kunne finne i hyttebefolkningen. Av de 13 fokusgruppene vil de viktigste i forhold til eldreomsorg være diabetes, kreft, kols, demens (eldre med sammensatte problemer og lidelser) og slag. Det er disse vi skal se nærmere på. I tillegg vil gruppene sjeldne sykdommer og funksjonshemninger, multifunksjonshemmede barn og personer med utviklingshemninger ha betydning. Det store presset vil imidlertid komme fra den eldre delen av befolkningen.

### *Diabetes*

Den internasjonale diabetesføderasjonen (IDF) anslår at 247 millioner mennesker hadde diabetes i 2007. Tallet er økende og skyldes en sterk økning i type 2 diabetes. I 2025 er det anslått at 333 millioner voksne i aldersgruppen 20-79 år vil ha diabetes. Helsedirektoratet anslår at antallet personer med diabetes i Norge i 2004 til ca. 265 000, og at halvparten av disse hadde ikke fått diagnostisert sykdommen<sup>5</sup>. For Norge vil dette bety at en med utgangspunkt i antall diagnostiserte pr. i dag vil kunne ha økning på mer enn 100 % fram mot 2030.

### *Kreft*

Kreft rammer alle aldersgrupper, men spesielt eldre. De fleste nordmenn som får kreft er eldre enn 50 år - denne gruppen utgjør 90 prosent av de mannlige og 85 prosent av de kvinnelige pasientene. Over halvparten av tilfellene inntreffer etter fylte 70 år. Ca. 191 000 har per i dag en kreftdiagnose. Antall krefttilfeller kommer til å øke med om lag 30 prosent frem mot 2020, og nesten 31 000 nordmenn vil få en kreftdiagnose dette året.<sup>6</sup> Mot 2030 vil økningen være ca. 40 %. Det vil si at i 2030 vil ca. 270 000 ha en kreftdiagnose. Den økte kreftforekomsten henger sammen med økt størrelse på befolkningen, økt levealder og økt risiko for enkelte kreftformer samt livsstil faktorer som overvekt og røyking.

### *KOLS*

Om lag 200 000 nordmenn har trolig kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og av disse har mer enn halvparten diagnosen uten å vite om det. Forekomsten er økende, særlig blant kvinner. Hovedårsaken er røyking, men arbeidsmiljø og arvelige egenskaper spiller også en rolle. I følge WHO vil KOLS i 2030 være den 4. hyppigste dødsårsak i verden. Fordi det ikke finnes noe komplett register over personer med KOLS, kan ikke antallet personer med KOLS fastslås presist. Data fra 1996-97 viser at om lag 7 % eller om lag én av 14 nordmenn i alderen 26-82 år har KOLS. Det innebærer det at noe over 200 000 voksne personer har KOLS og at ca. 20 000 voksne får KOLS hvert år. Forekomsten av KOLS er høyest i aldersgruppen 60-74

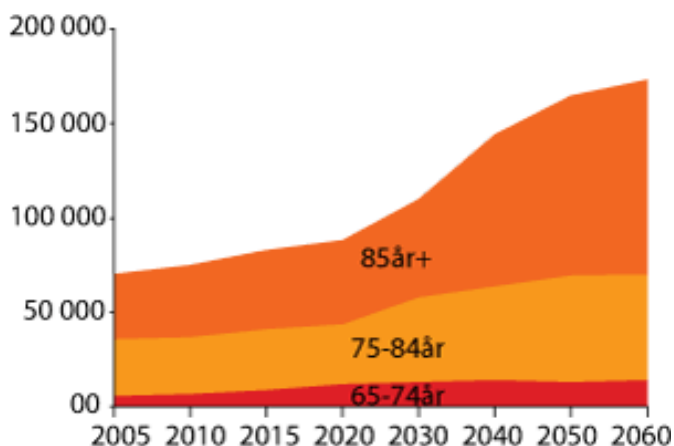
---

<sup>5</sup> "DIABETES Forebygging, diagnostikk og behandling" (2009)

<sup>6</sup> Kreftregisteret

år. Undersøkelsen viser 25 % økning i forekomsten av KOLS i Norge i løpet av de siste 15 årene. Med utgangspunkt i at ca. 7 % av nordmenn i alderen 26-82 år har kols, vil et estimat for 2030 være ca. 375 000.<sup>7</sup>

**Figur 1: Fremskrevet forekomst av demens 2005-2060**



Kilde: Nasjonalt kompetansesenter for alderdemens 2005<sup>8</sup>

*Demens (Eldre med sammensatte problemer og lidelser)*

Totalt antas det at knapt 70 000 personer i aldersgruppen over 65 år er demente i Norge i dag, mens bare 1000-1500 personer under 65 år er rammet. Vi regner med at om lag 250 000 personer – både syke og pårørende – er berørt av sykdommen. Fordi antallet eldre i befolkningen øker, øker også antallet demenstilfeller. Det er beregnet at antallet demente personer vil være omtrent 160 000 i år 2050, forutsatt at dagens utvikling fortsetter (Helsedirektoratet 2007, Folkehelseinstituttet 2008). Om lag 10 000 personer rammes årlig av demens. Fordi antall eldre over 75 år og spesielt de eldste over 80 år vil stige de neste tiårene, vil antallet personer

<sup>7</sup> Kilder: Helse og omsorgsdepartementet: Nasjonal strategi for KOLS-området 2006-2011, Folkehelseinstituttet og WTO

<sup>8</sup> Hentet fra: St.meld. nr. 25(2005–2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer (<http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20052006/025/PDFS/STM200520060025000DDDPDFS.pdf>)



med demens i Norge kunne doubles til om lag 130 000 innen en periode på 30-40 år. Personer med demens trenger pleie og omsorgstiltak. Det antas at halvparten av alle demente personer i Norge i dag bor i sykehjem som er spesielt tilrettelagt for denne pasientgruppen. De øvrige bor hjemme. Det er beregnet at tiltak for demente vil koste ca 18 milliarder kroner per år i 2020. Personer med demens er den største diagnosegruppen blant brukere av kommunale omsorgstjenester (Helsedirektoratet 2007).

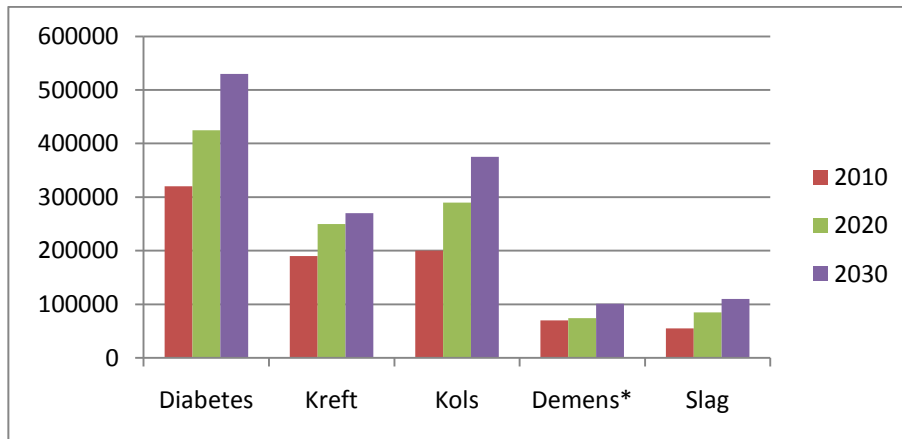
### *Slag*

Et hjerneslag, også bare kalt "slag", er en felles betegnelse for hjerneinfarkt og hjerneblødning. Det er den tredje hyppigste dødsårsak av alle sykdommer og en av de viktigste sykdomsårsakene til alvorlig invaliditet i den vestlige verden. Det blir nesten 15 000 nye tilfeller av hjerneslag i Norge hvert år og koster det norske samfunnet ca. tolv milliarder kroner i året. Basert på en undersøkelse i Nord-Trøndelag kan vi anta at 55 000 lever med hjerneslag i Norge. På grunn av at vi har en aldrende befolkning, kan antallet øke til 110 000 i 2030.<sup>9</sup> Hjerneslag er årsak nummer en til uførhet, nummer to til innleggelse i sykehjem samt nummer tre som dødsårsak. I 2006 døde i alt 3583 personer av hjerneslag. Siden 1970 har det vært en klar nedgang i dødeligheten av hjerneslag. Det er imidlertid ikke observert en entydig nedgang i risikoen for hjerneslag i de senere år i de nordiske land, men flere overlever etter et hjerneslag og flere lever lenger. I de senere år har nok bedret slagbehandling det meste av æren for den observerte nedgangen i dødelighet. Men vi savner systemetiske, standardiserte registreringer av hjerneslagtilfeller i befolkningen som kan si oss noe sikkert om dette i Norge. Slike registreringer gir grunnlag for studier av tidstrender og geografiske sammenligninger som er avgjørende for å forstå betydningen av ulike risikofaktorer for hjerneslag, identifisere risikogrupper og planlegge forebyggende tiltak.

---

<sup>9</sup> Kilde: Statens helsetilsyn.

**Figur 2: Utviklingen av viktige sykdommer/kroniske helsetilstander fram mot 2030**



Sykdom/kronisk helsetilstand	2010	2020	2030
Diabetes	320000	425000	530000
Kreft	190000	250000	270000
Kols	200000	290000	375000
Demens*	70000	74000	101000
Slag	55000	85000	110000
Antall enkeltdiagnoser	835000	1122000	1386000
Andel av befolkningen	17,20 %	21,75 %	25,80 %
<b>Folketall</b>	<b>4 858 199</b>	<b>5 156 023</b>	<b>5 363 269</b>

\*I hovedsak over 65 år

Kilde: Sosial- og helsedirektoratet, SSB og Helse og omsorgsdepartementet

Det er et ulikt forløp for diagnostisering og behandling av de ulike diagnosene, og sykdomsrisiko/forekomst øker med alder. Det må her presiseres at mange kan ha flere av lidelsene. Antallet mennesker med dobbelt- eller trippeldiagnoser øker med øket levealder. De fleste over 65 år med én av de her nevnte diagnosene har gjerne en eller flere av de andre. En kan derfor ikke uten videre legge sammen gruppene. På den annen side er behandlingen av de ulike diagnosene forskjellig. En person med eksempelvis trippeldiagnose vil kunne ha tre ulike parallelle behandlingsforløp som der hvert enkelt i seg selv er ressurskrevende.

Det vil være stor usikkerhet i framskrivningene da en i dag ikke har god nok kunnskap om framtidige behandlingsmetoder, og heller ikke har god nok kunnskap om effekten av livsstils endringer og forebygging. Uansett vil en med bakkgrunn i dagen kunnskap peke på store utfordringer for helsevesenet fram mot 2030.

### **3.2 Fremtidig behov for helsepersonell og økonomiske konsekvenser**

Frem mot 2030 vil det bli en betydelig økning i behovet for helsepersonell.<sup>10</sup> Det utdannes altfor få helsefagarbeidere, og det kan også bli mangel på sykepleiere, bioingeniører, fysioterapeuter, helsesøstre og jordmødre. Den samlede mangelen vil i 2030 være 40.000 personer. Dette gjelder særlig helsefagarbeidere (de tidligere hjelpepleiere og omsorgsarbeidere) og sykepleiere. En viktig grunn er at en framskrivning helt fram til 2030 blir mer preget av den sterke veksten i antall personer over 80 år som vil komme etter 2020.

Kostnadene til helse i Norge er samlet på over 220 milliarder årlig. Endringer i sosiale mønstre, befolkningens forventninger og rettigheter er også forhold som vil bidra til økt etterspørsel etter helsetjenester. Tjenestevæksten som følger av dette vil også over tid innebære store kostnadsøkninger. Det er vanskelig å foreta en god framskrivning av helsekostnadene fram mot 2030, og det enda vanskeligere å beregne hvordan dette slår ut i forhold til kommunene. Det er flere årsaker til dette. Den medisinske utviklingen fører til krav om bedre og kostbarere behandling. Samhandlingsreformens konsekvenser mht. hvor behandlingen skal finne sted, og hvordan helsetjenestene skal finansieres er ikke utredet godt nok til å kunne utarbeide rimelig sikre estimater.

Denne usikkerheten fører til at den enkelte kommune ikke vil kunne ha forutsigbarhet i forhold til egne ressursbehov, verken økonomiske eller

---

<sup>10</sup> Statistisk sentralbyrås rapport 2009/9 *Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell*

Fram mot år 2030 Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2008.

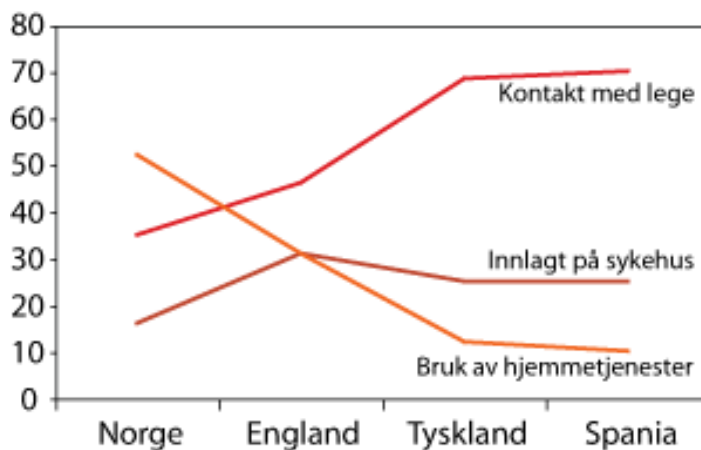
personellmessige. Dette vil igjen gi usikkerhet om ressursbehovet knyttet til helsetjenester til hyttebefolkningen. Noen eksempler på denne usikkerheten er at behandling av nyresvikt nå kan foretas i hjemmene med mobile dialyseapparater. Dersom dialyse i framtida blir en kommunal oppgave vil en hyttebeboer i prinsippet kunne bo på hytten og bli behandlet der. Ved medisinsk rehabilitering etter eksempelvis slag vil en slagrammet hyttebeboer i prinsippet kunne kreve behandlingen gjennomført i hyttekommunen. Dette vil kunne føre til et betydelig større ressursbruk knyttet til hyttebeboerne enn det en ser i dag.

Den demografiske utviklingen og endringer i sykdomsbilde viser at de samfunnsmessige effektene over tid kan få et omfang som sterkt utfordrer samfunnets bæreevne. Samhandlingsproblemene er store og vokser med spesialiserte personellgrupper, behandlingskompleksitet, funksjonsdeling og nye pasientgrupper, og fram mot 2050 vil vi få en betydelig økning i antall eldre. Samhandlingsreformen vil innebære at kommunehelsetjenesten skal overta mange tjenester som i dag ligger under spesialisthelsetjeneste og at medisinske funksjoner blir kommunale oppgaver. Dette vil være kompetansekrevende funksjoner som er ofte av tverrfaglig art og krever i noen grad spesialisert kompetanse for å sikre gode og effektive tjenester som eksempelvis:

- Tidlig intervensjon ved for eksempel type 2 diabetes, kols, demens og rus.
- Tverrfaglige team, herunder ambulante, med særskilt fokus på kroniske sykdommer som type 2-diabetes, kols, demens, rehabilitering/ habilitering, lindrende behandling, psykisk helse og rus.
- Behandling av pasienter før, i stedet for og etter sykehusinnleggelse;
- Behandling av eksempelvis pasienter med funksjonssvikt, smertebehandling, lindrende behandling, forverring av kols, infeksjoner, ernæringssvikt, medikamentjusteringer, personer med psykiske lidelser og/eller rusproblemer i stedet for innleggelse i sykehus.
- Observasjon for å avklare behovet for innleggelse i sykehus.
- Etterbehandling og rehabilitering etter sykehusopphold før utskrivning til eget hjem.

Dette er tjenester som hyttebeboere vil ha rett til uten at kommunene med gjeldende lovgivning kan ta egenbetaling eller kreve refusjon fra ”hyttepasientens” folkeregistrert kommune. En framskrivning av utviklingen vil ha mange usikkerhetsfaktorer, da det i de fleste modeller for framskrivning opereres med en tidshorisont 2030-2050. Men med den kunnskapsbasen vi har i dag kan en med rimelig sikkerhet peke på følgene så langt det ikke skjer betydelige endringer i folks livsstil eller radikale gjennombrudd innen medisinsk behandling. Aldersrelatert sykdom med stort samhandlingsbehov vil øke.

**Figur 3: Andel av personer i alderen 85år + som har: 1) vært innlagt på sykehus, 2) mottatt hjemmetjenester siste 12 måneder, 3) hatt kontakt med lege siste måned, i Norge, England, Tyskland og Spania.**

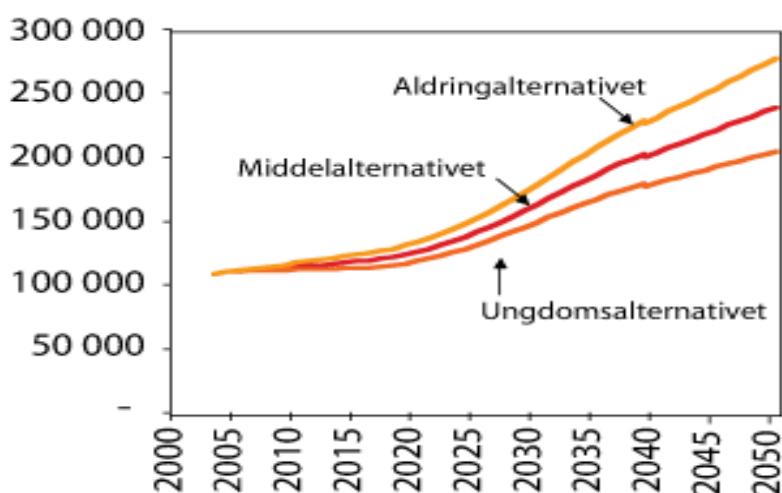


Kilde: Daatland og Herlofson 2004

En vesentlig faktor er at befolkningens alderssammensetning ved at antall eldre over 80 år vil øke med ca. 50 % fra 2007 til 2030. Hjemmehjelp og hjemmesykepleie er for Norges del de to sentrale tjenestene for hjemmeboende eldre. Når vi sammenligner bruk av hjemmesykepleie er tilgangen høyere i England, men en større andel eldre mottar hjemmesykepleie i Norge sammenlignet med Tyskland og Spania (Figur 3). Norge ligger også høyt over de samme landene i bruk av alders- eller sykehjem.

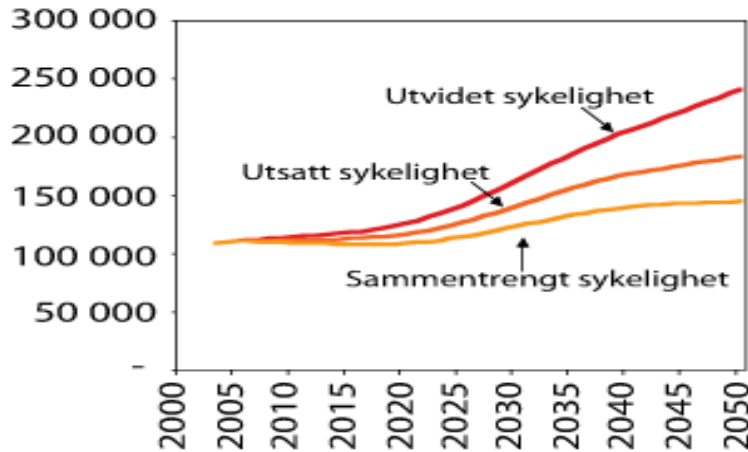
Flere utviklingstrekk peker i retning av en økning av standarden på tjenestetilbudet i framtida. Morgendagens eldre vil ha andre preferanser enn dagens eldre, og det kan komme krav om kvalitetsforbedringer fra flere hold. Nye teknologiske muligheter og nye rettigheter kan også øke standarden på tjenestene. Dette fører til en sterk økning i ressursbehovet til nesten 420 000 årsverk i 2050, noe som representerer en økning på over 280 prosent i forhold til 2003. Økningen forsterkes av at de som får familieomsorg også vil kreve en økning av standarden, og denne økningen vil komme i form av omsorgstjenester fra det offentlige. Framskrivningen illustrerer at krav og forventninger om økning i standarden tidlig i perioden vil kunne få større konsekvenser for personellbehovet enn de demografiske utfordringene omsorgstjenesten står overfor. I stedet for en økning av standarden på tjenestetilbudet, bør de mulighetene den demografisk sett stabile perioden de neste 15 år først og fremst benyttes til å ruste opp tjenestetilbudet for å møte de framtidige utfordringene. De neste tre figurene viser hvordan ulike faktorer virker inn på sysselsettingsbehovet i helsesektoren. Vi ser nærmere på befolkningsøkning, antakelser om sykkelighet i befolkningen og standardøkning.

**Figur 4: Sysselsettingsbehovet (2000–2050) ved ulike forutsetninger i befolkningsframskrivningen, målt i antall årsverk. Familieomsorgen er holdt konstant på 2002-nivå.**



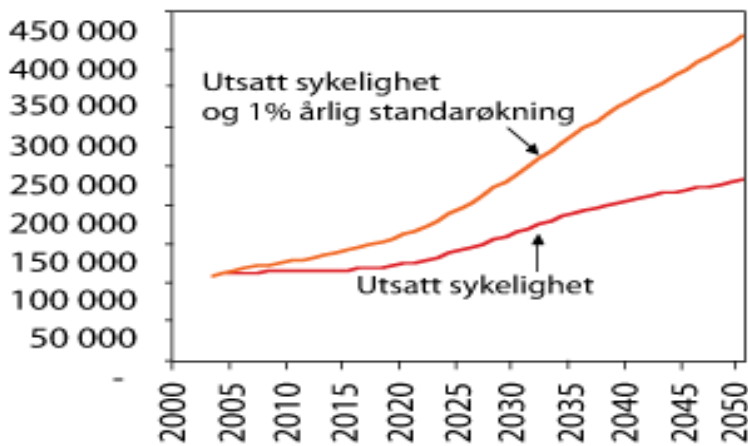
Kilde: Økonomiske Analyser nr 4/2006. SSB

**Figur 5: Sysselsettingsbehovet (2000–2050) under ulike antagelser om helse og funksjonsevne, målt i antall årsverk. Familieomsorgen er holdt konstant på 2002-nivå.**



Kilde: Økonomiske Analyser nr 4/2006. SSB

**Figur 6: Sysselsettingsbehovet (2000–2050) ved standardøkning, 1 prosent vekst i standard per år, målt i antall årsverk. Familieomsorgen er holdt konstant på 2002-nivå.**



Kilde: Økonomiske Analyser nr 4/2006. SSB

Det er mye usikkerhet knyttet til disse fremskrivinger og f.eks. ett gjennombrudd i demensforskningen vil kunne føre til en betydelig justering.

I forhold til en ren framskrivning av utgiftene på helsetjenester på et overordnet nasjonalt nivå der spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten sees under ett, vil bl.a. følgende momenter kunne trekke i retning av lavere utgifter: En positiv velferds- og økonomisk utvikling vil kunne bedre helsen. Høyere utdanningsnivå vil kunne føre til bedre helse og større evne til egen mestring. En større andel av framtidens eldre blir menn, som har et lavere forbruk av helse- og omsorgstjenester enn kvinner. Faktorer som trekker i retning av økte utgifter er: Potensialet for familieomsorg holdes forholdsvis konstant, noe som innebærer at veksten i omsorgsbehovet må dekkes av det offentlige, standardforbedringer og høyere reallønn i sektoren som følge av rekrutteringsstrategier og lav produktivitetsvekst. En del faktorer kan slå ut i begge retninger: den medisinske utviklingen kan gi folk en bedre helsetilstand, men vil også føre til at flere med svak helse kan leve lenger; og en bedring i eldres ressurser samt et mer individualistisk verdisyn kan føre til at flere ønsker å klare seg selv, men også at de kan bli mer krevende brukere. I tillegg er omsorgstjenesten avhengig av hvordan kapasiteten i sykehus og spesialisthelsetjenesten utvikler seg. For kommunene er Samhandlingsreformen den faktor som vil bidra til de største utfordringene ved den store usikkerheten som ligger i gjennomføringen av denne.

Behovet for sykehjems plasser og omsorgsboliger vil øke betydelig. En stor utfordring i årene framover er å bygge ut kapasiteten for det samlede bo- og institusjonstilbudet, slik at vi ikke havner på etterskudd når den store økningen i behovet for omsorgstjenester kommer rundt 2020. I 2005 var det i overkant av 40 000 institusjonsplasser for eldre, og nesten 50 000 boliger til omsorgsformål, hvorav halvparten var omsorgsboliger. Til sammen utgjør dette om lag 90 000 boenheter tilrettelagt for pleie og omsorg. Med utgangspunkt i de forutsetninger som er lagt til grunn i SSBs framskrivninger av personellbehovet, er det gjort tilsvarende framskrivninger av behovet for boenheter til omsorgsformål. Høyere bostandard, universell utforming av boliger og omgivelser og bedre økonomi hos alderspensjonistene vil gi brukerne større mulighet til å finansiere tilrettelegging av egen bolig, eller betale høyere husleie, innskudd og vederlag ved opphold i sykehjem. Det legges til grunn at det offentlige først og fremst skal sikre botilbud for personer som har behov for omfattende omsorgstjenester/ døgntjeneste. Behovet er begrunnet i følgende forhold:



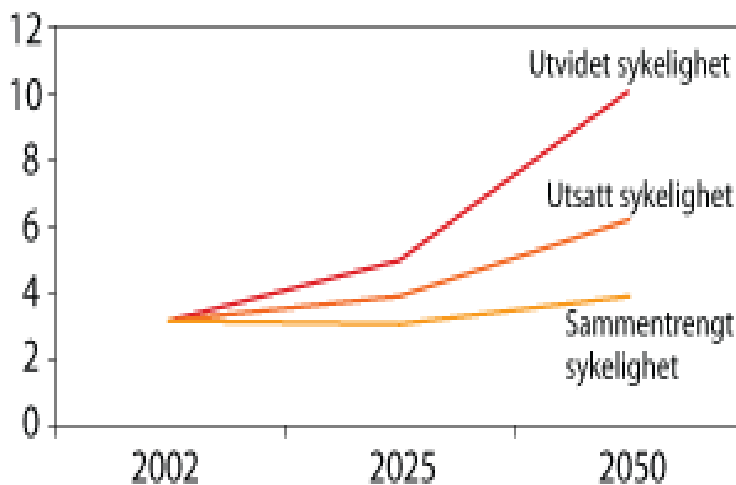
SSB sine fremskrivninger viser at Norge fra rundt 2020 må forvente en kraftig vekst i antall innbyggere over 80 år (årlig vekst mellom 3,5-7 prosent). En del kommuner vil imidlertid møte veksten tidligere (folkerike kommuner i Akershus) mens andre vil få en reell nedgang i antall eldre. Utvidelse av kapasiteten i den enkelte kommune må starte i god tid før veksten inntreffer.

Kommunene har i dag et udekket behov for egnede boliger til yngre tjenestemottakere med omfattende tjenestebehov, herunder både mennesker med utviklingshemming og psykisk lidelser. Sosial- og helsedirektoratet har dokumentert behov for 2 700 boliger til personer med psykiske lidelser og omfattende tjenester ut over opptrappingsplan for psykisk helse. Ut over det ordinære vedlikehold er det et løpende behov for utskifting av gamle bygninger som ikke oppfyller hensynet til effektive driftsformer, krav til tilgjengelighet, arbeidsmiljø og brannsikkerhet. Som et anslag antydes det behov for om lag 60 000 nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger fram til 2030. Anslaget omfatter både eldre og yngre personer med behov for heldags omsorgstjenester. En del av de 60 000 enhetene kan finansieres av brukerne. Et jevnt utbyggingsnivå de nærmeste 20 årene innebærer 3 000 plasser og boenheter per år. Imidlertid kan en tenke seg at investeringstakten fram mot 2030 vil være økende, og at takten de nærmeste årene er noe lavere. Husbanken skal stimulere til livsløpsstandard og universell utforming av boliger og omgivelser. Dette forebygger og utsetter behovet for tilbud i sykehjem og omsorgsboliger.

I langtidsprogrammet (2002- 2005) ble det foretatt fremskrivninger av utgiftene til offentlig finansiert eldreomsorg, dvs. utgifter til omsorgstjenester til henholdsvis personer over 67 og 80 år. Utgiftene for personer over 67 år er framskrevet under ulike forutsetninger om endringer i eldres funksjonsevne. Alle beregningene er gjort under antagelsen om lik forventet levetid. Som andel av bruttonasjonalproduktet (BNP) vil utgiftene for aldersgruppen over 67 år øke fra 2,9 prosent i 1998 til 4 prosent i 2030, hvis det ikke skjer en endring i eldres funksjonsevne. Dette innebærer en relativ økning på 40 prosent. For gruppen over 80 år, vil den relative økningen være på knapt 50 prosent. Legger en til grunn en fortsatt forbedring av eldres funksjonsnivå i samme takt som de siste 10-15 årene antyder, vil omsorgstjenestenes andel av BNP kunne stabiliseres fram mot

2030 til tross for økningen i antall eldre. Det understrekes imidlertid at framskrivningene bygger på svært få variabler for å beskrive funksjonsevne.

**Figur 7: Lønnskostnader i pleie- og omsorgssektoren som andel av BNP fastlands-Norge under ulike forutsetninger om helsetilstand og der familieomsorgen er holdt konstant på 2002 nivå.**



Kilde: SSB Rapport 21/2006

Statistisk sentralbyrå har foretatt framskrivninger av utgiftene til sektoren fram til 2050 ved hjelp av MSG-modellen som er en generell likevektsmodell for norsk økonomi som benyttes til å belyse utviklingen i samlet produksjon, fordeling, sysselsetting og realkapital på ulike sektorer, privat og offentlig konsum, priser på varer og reallønnsutvikling på lang sikt. I de framskrivningene som hittil har vært laget av norsk økonomi og offentlige finanser til 2050-60, for eksempel i Perspektivmeldingen<sup>11</sup>, er det antatt at dagens aldersspesifikke helsetilstand ikke endres. Hensikten med de nye beregningene er å vise betydningen av alternative forløp for helsetilstanden for offentlige finanser. Konkret ser vi på forløpet fram til 2050 under følgende alternative forutsetninger om helsetilstand:

- utsatt sykkelighet: Forventet antall år med alvorlig sykdom og funksjonstap holdes på 2002-nivå, men utsettes ved lengre levealder

<sup>11</sup> St.meld. nr. 9 (2008-2009) Perspektivmeldingen 2009

- utvidet sykkelighet: Helsetilstand holdes konstant som i 2002, og utvides med økt levealder
- sammentrengt sykkelighet: Forventet antall år med alvorlig sykdom og funksjonstap blir færre enn i 2002

I alle tre alternativene holdes frivillig og familiebasert omsorg konstant, og det forutsettes ingen endringer i oppgavefordelingen mellom spesialisttjenesten og kommunene. Figur 7 gir utviklingen i lønnskostnadene for omsorgstjenesten som andel av BNP for de tre helsealternativene.

Forutsetningene om befolkningens helsetilstand vil ha stor betydning for utviklingen i utgiftene til pleie og omsorg i årene framover. Framskrivningen viser at omsorgstjenestens utgifter vil øke fra 3,4 prosent av BNP i 2005 til 4,7 prosent i 2030 og 6,4 prosent i 2050, under forutsetning av at perioden med nedsatt funksjonsevne på slutten av livet er uendret, men utsettes ved forlenget levealder («Utsatt sykkelighet»). I alternativet med «Utvidet sykkelighet» vil utgiftene utgjøre hele 10,5 prosent av BNP i 2050. Hvis derimot helseutviklingen fører til at befolkningen i gjennomsnitt får en kortere periode med stort omsorgsbehov før død («Sammentrengt sykkelighet»), vil det bli en forholdsvis moderat økning i de relative utgiftene, og det vil til og med bli en nedgang i disse fram mot 2020.

Demografiske framskrivinger viser at framtidens brukere av de kommunale omsorgstjenestene vil bli flere. Samtidig ser vi at den største økningen av tjenestemottakere de seneste tiår er personer under 67 år. Morgendagens brukere vil ha andre behov og problemer enn dagens tjenestemottakere, men også andre ressurser til å mestre dem. Framtidens brukere vil både bestå av nye generasjoner eldre og flere yngre tjenestemottakere som krever et mer mangfoldig tjenestetilbud. Framtidens eldre vil både ha høyere utdanning, være mer ressurssterke og ha bedre helse enn dagens eldre. I større grad enn dagens eldre vil de også være vant til, og forventer, å kunne bestemme over egen tilværelse, noe som innebærer at de selv vil styre sin egen fritid, og hvor de vil tilbringe fritiden.

## 4 Praksiser for finansiering og rekruttering

Hvordan løses utfordringer relatert til pleie- og omsorgstjenester for hyttebeboere i andre skandinaviske land med lignende hyttebefolkninger, dvs. Sverige og Danmark? Hvordan er finansiering og rekruttering organisert i denne sektoren? Disse spørsmål beskrives i neste avsnitt og danner et viktig bakteppe for våre konklusjoner. Like viktig er det å se nærmere på hvordan rekruttering av kvalifisert personell er organisert i andre bransjer og på andre tjenesteområder, og hvordan kommunal finansiering på tvers av kommunegrenser er organisert på andre tjenesteområder (se Kap.4.2).

### 4.1 Regelverk og praksis i Sverige og Danmark

#### *Sverige*

I Sverige er det forvaltningsloven som fastsetter kommuners ansvar i forhold til bl.a. pleie- og omsorgstjenester regulert gjennom *vistelsesprinsippet*, som innebærer at hver person som besøker en annen kommune har rett til pleie- og omsorgstjenester (Socialhjälpslagen referert i SOU, 2009). Slik anvender Sverige ”mobilitetsprinsippet” i likhet med Norge, men til forskjell fra Danmark som støtter seg på et mer territoriell ”bosettingsprinsipp”. Men i utgangspunkt krevde også Sverige interkommunale erstatninger inntil 1980-tallet når disse ble tatt bort. Resonnementet var den gangen at det utgjør et lite antall enheter og at administrative kostnader påløper, i tillegg til mer prinsipielle spørsmål om borgerskap og krav på tjenesteytelse. Flere offentlige utredninger har belyst spørsmålet, ikke minst på grunn av tvister mellom kommuner. Særsilt attraktive feriekommuner savnet rettferdighet i fordelingen. Utviklingen gikk i retning av at kommuner ble mer restriktive i sitt ansvar for personer som oppholdt seg tilfeldig i kommunen. Prinsippet derimot er uforandret, ikke minst fordi det savnes dokumentasjon for at feriekommuner faktisk har større kostnader som følge av *vistelses* prinsippet, og fordi det kan være vanskelig å avgjøre i enkelte tilfeller hvor personer er bosatt (f.eks. hjemløse). Det viktigste argumentet er at det skal finnes et sammenhengende omsorgsansvar i hele landet, selv om bosettingskommunen anses å ha best forutsetning for å utrede og gi pleie- og omsorgstjenester på lang sikt.

Kommunen har det ytterste ansvar for at de som besøker kommunen får den hjelpen de treng (2§ SoL). Problemet er at selve implementeringen og tolkningen av hva som faller under ”besøk” praktiseres ulikt i kommunene. Dette avklares i SOU 2009:38, og det diskuteres et begrenset ansvar til akutte pleie- og omsorgstjenester (stöd- och hjälpinsatser) som sikrer ”et skälig levnadsnivå” i en begrenset tid. Fortsatt har feriekommunen ansvar for utarbeidelse av planer på grunn av fysiske og miljø forskjeller mellom folkeregistrert bosted og hytte, f.eks. handikapptilpasninger. Tvister mellom kommuner avgjøres av Socialstyrelsen.

En undersøkelse gjennomført blant 90 % av Sveriges kommuner viser at de har brukt mellom 2 og 2,25 prosent av pleie- og omsorgstimer til personer som er folkeregistrert i en annen kommune. Det tilsvarer kostnader som utgjør mellom 0,9 og 1,7 prosent av kommunenes totale kostnader. Omfanget er dermed relativt beskjedent. Enkelte feriekommuner etterlyser et omfordelingssystem fordi det er folkeregistrert kommune som får skatteinntekter og eventuelt statsbidrag gjennom det kommunale utjevningssystemet. Det nåværende kommunaløkonomiske utjevningssystemet tar ikke hensyn til kostnader knyttet til pleie- og omsorg for personer som er folkeregistrert i en annen kommune. På den andre siden får feriekommuner en inntekstøkning gjennom eiendomskatt. Så langt motiverer ikke det lave gjennomsnittlige kostnadsnivå til etablering av et omfordelingssystem, men det åpnes for at det kan begrenses til pleie- og omsorgstjenester fordi metoden for kostnadsberegning er på plass (nasjonalt). Det åpnes også for en fremtidig revidering: ”Om det däremot i framtiden skulle visa sig att kostnaderna för besökare skulle öka kraftig, kan det övervägas om en kommun som beviljat insatser till en person som inte är bosatt i kommunen ska ges en rätt att i efterhand begära ersättning från bosättningskommunen” (SOU, 2009: 99). Et annet forslag er at feriekommunen bare kan søke erstatning for besøk over en viss tid. Denne utredningen tyder dermed ikke på at det iverksettes store forandringer i hvordan det håndheves, og innebærer mer en tydeliggjøring av ansvaret for kommunene. Men det kan komme endringer i framtiden, slik enkelte kommuner krever (se Innboks), og spesielt fordi det er stor etterspørsel etter kvalifisert personal for pleie- og omsorgsoppgaver i ferieperioder og kommuner kan møte problemer med rekrutteringen.

Tidningarnas Telegrambyrå (TT), meldte at helse- og sosialutgiftene begynner å bli vel følbare i enkelte svenske hyttekommuner (17/4/2010):

Tak for hemtjänst till sommarboende

Borgholms kommun (på Öland) har tröttnat på att betala notan för sommargästernas hemtjänst. Nu föreslås en maxgräns på fyra veckor för personer som har rätt till hemtjänst och som planerar att semestra på Öland, det skriver tidningen Östra Småland.

Problemet är inte unikt för Borgholm, alla så kallade turistkommuner i landet får en högre kostnad för hemtjänsten på somrarna. Borgholms tidigare försök att förmå hemkommunerna att ta hela eller åtminstone dela kostnaderna för de sommarboendes hemtjänst har varit utan framgång.

Socialnämnden har redan börjat ge avslag på ansökningar om hemtjänst som gäller längre perioder än fyra veckor.

#### *Danmark*

Mens Sveriges forvaltningspraksis på kommunal tjenesteytelse for pleie- og omsorg ligner den norske, har Danmark organisert det annerledes. Danmark har ca. 200 000 fritidsboliger, såkalte *sommerhuse*, hvorav 18 300 er helårsbruk (Miljø- og Planlægningsutvalget, 2009). Dette har ført til en sterk økning av pensjonister i fritidskommunene, ikke minst fordi *pensjonistreglen* (Planloven § 41) gjør det lovlig å bo i fritidsboligen hele året. Dette understøtter vår påstand at pensjonister bruker sine fritidsboliger/hytter i større omfang, også i Norge.

Forvaltningslov i Danmark innebærer at hyttebeboere har krav på pleie- og omsorgstjenester fra hyttekommunen uten egenandel utover den statlig regulerte. Imidlertid kan hyttekommunen pålegge en del begrensninger (se retningslinjer fra Fanø kommune under), og finansieringen er ordnet etter et strengt territorielt prinsipp. Det er "gjestens" egen hjemkommune som skal betale for pleie og omsorgstjenester herunder også hjelpemidler. Hjelpen vil være den samme som i egen kommune eller etter fritidskommunens standarder. Det blir etablert kontakt mellom forvaltningen i fritids- og hjemkommunen. Det er dermed en etablert refusjonsordning mellom kommunene, og det er de faktiske utgifter i fritidskommunen som skal refunderes av hjemkommunen. "*De udgifter, som opholdskommunen kan få*

dækket efter stk. 2-6, er opholdskommunens faktiske udgifter” (<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=121097#Kap3>).

Prisen i de enkelte kommunene kan derfor variere noe, fordi alle kommunale utgifter, inklusive lønn til f.eks. forvaltningssjefer, er innberegnet. I Fanø kommune er timeprisen kr. 385 (personlig kommunikasjon).

For å forstå hvordan det fungerer for en liten kommune med stor innrykk av hyttefolk har vi tatt kontakt med Fanø kommune. Fanø kommune er en liten øykommune med 3200 innbyggere og med 2600 sommerhus, og om sommeren kan innbyggertallet være omkring 30.000- 50.000. Rekruttering av helsepersonell i høysesongen er problematisk, da Fanø kommunes eget personale også skal ha ferie. I tråd med oppgavens art og dermed den nødvendige kompetansen prøver kommunen å tiltrekke sykepleier- og ergoterapeutstudenter. I tillegg har kommunen utstedt et sett med retningslinjer for hyttebeboere, som innebærer at pleie- og omsorgstjenester må bestilles av ”gjestene” fra andre kommuner 14 dager før ankomst, sykepleieartikler, hytteadkomst og hjelpemidler er ”gjestens” ansvar, og forsvarlige arbeidsforhold for personalet skal sikres. Alt dette bidrar til at kommunen har mulighet å forberede seg og at kommunens håndtering av materiell er begrenset, samt at HMS sikres for personell for å begrense kommunens potensielle økonomiske ansvar. Det betyr at til tross for økonomisk kompensasjon fra hjemkommunen legger fritidskommunen opp til visse begrensninger av tjenester. Det synes å ha sammenheng med begrenset tilgang til kvalifisert personell i høysesongen.

.....  
*Følgende retningslinier er gjeldende for borgere, der midlertidig opholder sig i Fanø kommune:*

*Hjemmehjelp:*

*Hjelp til personlig pleje og praktisk bistand skal bestilles senest 14 dage inden ankomst ved henvendelse til Visiteringen, Fanø Kommune.*

*Hjælpemidler i henhold til servicelovens § 112:*

*Hjælpemidler bevilget af hjemkommunen medbringes af borgeren selv eller lejes via firmaet Zealand Care.*

*Hvis det skønnes nødvendigt for personalets varetagelse af plejen, at der skal anvendes hjælpemidler såsom plejeseng og lift, og disse ikke er bevilget*

*i hjemkommunen på grund af bedre og andre bolig- og arbejdsforhold, kan disse lejes af Zealand Care.*

*Der udføres ikke boligændringer og det er ikke muligt at stille ramper til rådighed.*

*Hjemmesygepleje: Hjemmesygepleje tilbydes som udgangspunkt i Sundhedsklinikken i Sundhedshuset, Vestervejen 1, Nordby. Bestilles ved henvendelse til Visiteringen, Fanø Kommune.*

*Hjælp til ukomplicerede opgaver: F.eks. øjendrypning, insulingivning eller mindre sårskift skal bestilles senest 3 hverdage inden ankomst.*

*Hjælp til komplicerede opgaver: F.eks. større sårskift skal bestilles senest 14 dage inden ankomst.*

*Sygeplejeartikler, som skal anvendes i forbindelse med plejen, skal medbringes.*

*Medicindoseringer udføres ikke for borgere, der opholder sig i Fanø Kommune i perioder på under 4 uger.*

*Det gøres opmærksom på at retningslinierne skal overholdes.*

*Det kan være nødvendigt for Fanø Kommunes visitatorer, at besigtige og vurdere arbejdsforholdene i hjemmet inden ankomst. Vurderes det af Fanø kommunes visitatorer, at der er forhold i hjemmet som skal ændres, skal dette ske inden borgerens ankomst.*

*For at hjælpen kan ydes skal det være vurderet, at det kan foregå på sikkerheds- og sundhedsmæssigt forsvarlig vis for personalet.*

.....

## **4.2 Praksiser for finansiering og rekruttering på andre tjenesteområder**

Kommunene har et utstrakt samarbeid på ulike sektorer som er regulert gjennom kommuneloven. Områdene der interkommunalt samarbeid er mest fremtredende er tekniske sektorer (brannvern, renovasjon og veivedlikehold), men også ved administrative tjenester (regnskap, data, etc.). Det som kjennetegner alle samarbeidsområdene- og formene er at det foreligger robuste avtaler om kostnadsrefusjoner og at samarbeidsklimaet er godt. Avtalene kan være forskjellige på de ulike feltene, men de tar



utgangspunkt i de reelle kostnadene og fordeles kommunene imellom med folketallet som førende for fordelingsnøkklene.

Drøftingen av refusjonsordninger for kommunale tjenester til innbyggere fra andre kommuner, dvs. hyttebeboere og eventuelt andre med folkeregistrert adresse utenfor kommunen, ser på hvordan dette er gjort på andre samfunnssektors tjenestoområder der det finnes ulike refusjonsordninger. Ordningene er ulike og med ulike hjemler. Felles for dem er prinsippet om at det er kommunen som vedkommende har folkeregistrert adresse i som skal betale for de tjenester som mottas i andre kommuner. To sentrale sektorer som har robuste lovfestede retningslinjer for dette er utdanningssektoren og barnevernet, mens for helsetjenester er slike typer hjemler eller avtaler fraværende. Det er naturlig å benytte disse som modeller for hvordan en kan innrette seg mht. helsetjenester i kommunene fordi begge er offentlige sektorer som har benyttet dette refusjonsregime i en årrekke.

#### *Refusjonsordninger for undervisningssektoren*

I forskrift til opplæringsloven beskrives kommunens økonomiske ansvar for elever (gjærne benevnt som gjesteelever) som får opplæring utenfor bostedskommunen sier § 18-1- b, andre ledd<sup>12</sup>:

*Om ikkje anna blir avtalt, skal den kommunen som ber det økonomiske ansvaret, betale for vanleg undervisning det som ein elev i den kommunen der eleven har opphald, kostar i gjennomsnitt. For spesialundervisning og spesialpedagogisk hjelp fastset bustadkommunen omfanget etter ei sakkunnig tilråding frå vertskommunen. Det økonomiske ansvaret følgjer av det å fastsette omfanget.*

Kapittel 18 beskriver også i detalj hvordan dette skal reguleres i ulike situasjoner det eleven er under barnevernet, på institusjon eller i fosterhjem. I kapittel 19 beskrives fylkeskommunens økonomiske ansvar for videregående opplæring.

---

<sup>12</sup> FOR 2006-06-23 nr 724 til Opplæringsloven.

*Refusjonsordninger i barnevernet*

Loven om barneverntjenester (barnevernloven) gir i kapittel 9 klare føringer for hvor det økonomiske ansvaret ligger ved omsorgsovertakelse for barn, og når omsorgsansvaret legges til andre kommuner en hjemkommune<sup>13</sup>.

*Omsorgskommunen er den kommune som etter lovens § 8-4 jf. § 9-1 har ansvaret for å treffe vedtak om tiltak og for gjennomføring av tiltaket, samt for utgiftene forbundet med tiltaket. Dette er den kommune som har truffet vedtak om plassering utenfor hjemmet, dersom det ikke senere er avtalt at ansvaret skal overføres til en annen kommune. Begrepet omsorgskommune benyttet her forutsetter således ikke at det formelt sett er truffet vedtak om omsorgsovertakelse for barnet.*

For Kommune-Norge vil dette kunne være mulige tilnæringsmåter dersom det ønskes å få gjennomslag for lovfestede refusjonsordninger for hytteboere og andre som oppholder seg i kommunene uten å ha folkeregistrert adresse i disse. Vi presenterer nedenfor et eksempel på en samarbeidsavtale med refusjonsordning mellom kommuner for gjesteelever.

.....  
***Samarbeidsavtale om gjesteelever for Frogn, Nesodden og Ås kommuner 2005 – 2008***<sup>14</sup>

Gyldighetsområde:

Avtalen gjelder der enten Frogn, Nesodden eller Ås kommune er vertskommune for en elev som har enten Frogn, Nesodden eller Ås kommune som hjemkommune, men får sitt skoletilbud i en annen kommune enn hjemkommunen. Avtalen gjelder ikke fosterhjemsplasserte elever.

Definisjoner:

Gjesteelev: En elev som får sitt skoletilbud i en kommune eleven ikke er bosatt i.

Hjemkommune: Elevens bostedskommune

---

<sup>13</sup> LOV 1992-07-17 nr 100

<sup>14</sup> [http://as.kommune.no/Innkallinger/200405%20HOK/Vedlegg\\_2\\_til\\_HOK-sak\\_18-05.pdf](http://as.kommune.no/Innkallinger/200405%20HOK/Vedlegg_2_til_HOK-sak_18-05.pdf)

Vertskommune: Kommune hvor eleven går på skole, men ikke er bosatt i.

Gjeldende rett:

Barn har skolerett i den kommunen der de er folkeregistrert. Barnet inngår i beregningen av rammetilskuddet til hjemkommunen.

Søknad om skoletilbud i annen kommune enn hjemkommunen.

Barn bosatt i Frogn, Nesodden og Ås kommuner, kan etter søknad få sitt skoletilbud i nabokommunen etter vedtak i begge kommuner. Foresatte må søke begge kommuner om skolegang i nabokommunen.

Behandling av søknad: Frogn, Nesodden og Ås kommuner er enige om å ha en restriktiv praksis og kun imøtekomme søknader i særskilte tilfeller.

Ved en behandling av søknaden skal følgende vektlegges:

- pedagogiske forhold, sosiale forhold, bosted, skolestruktur, økonomi.

Betaling: Grunnbeløp er pr 01.08.05 på kr 40.630 pr. skoleår. Beløpet justeres pr 01.01. hvert år i henhold til Beregningsteknisk dokumentasjon i St. prop.1.

Vertskommunen sender faktura til elevens hjemkommune 2 ganger pr år:

For vår halvåret innen 01.06. på 7/12 av årsbeløpet

For høsthalvåret innen 01.12. på 5/12 av årsbeløpet

Det beregnes ikke grunnbeløp for skoleåret for elever som begynner etter 01.10.

Spesialundervisning:

PP-tjenesten i vertskommunen er i henhold til opplæringsloven sakkyndig instans, mens hjemkommunen fatter enkeltvedtaket om spesialundervisning.

Vedtaket om spesialundervisning fattes når vertskommunens PP-tjenesten har:

- vurdert at den tilpassede opplæringen ikke gir eleven et likeverdig opplæringstilbud.
- vurdert at eleven har behov for spesialundervisning etter opplæringslovens § 5-1.
- kommet med tilråding om innhold, omfang og organisering av spesialundervisningen.

Utgifter til spesialundervisning dekkes av hjemkommunen.

Skyss: Hjemkommunen eller foreldrene svarer for skyssutgifter.

Denne avtalen er en gjensidig avtale mellom Frogn, Nesodden og Ås kommune og gjelder i perioden 01.08.2005 – 31.07.2008. Avtalen kan sies opp av en av partene med 6 måneders varsel.

.....

Rekruttering til helse- og omsorgstjenestene er pekt på som en utfordring for hyttekommunene, og en har sett på hvordan dette er løst både for de angjeldende kommunene, men også for andre offentlige tjenesteområder generelt. Mangel på kvalifisert arbeidskraft har ført til at det brukes ulike incentiver for å trekke til seg denne. Det gjelder yrkesgrupper som leger og annet helsepersonell, lærere, ingeniører, etc. og vanlige incentiver er lønns ansiennitet, oppgradering av stillingsbeskrivelse, gunstige skatteregler, flyttetilskudd og subsidierte boliger. Gunstige skatteregler, flyttetilskudd og subsidierte boliger er spesielt for de nordligste fylkene der Finnmarkstillegget som går til familier i Nord-Troms og Finnmark er velkjent. Et incentiv som eksempelvis gunstige skatteregler gjelder bare for Nord-Norge og har liten relevans for de store hyttekommunene. Det mest effektive og enkleste synes derfor å være aktiv bruk individuelt rettede tiltak som stillingsplasseringer, stillingsstørrelser der deltidsstillinger oppjusteres til fulle stillinger i perioder og lønnsregulativet.

## 5 Analyse av datamaterialet

I dette kapittelet presenterer vi analysen av de dataene som er hentet inn fra egne undersøkelser, både surveyen i Østlandskommunene og de kvalitative intervjuene. Analysene er også satt i forhold til fremskrivninger, presentert i Kap. 3 og praksiser i andre land og på andre tjenesteområder (Kap 4). I tillegg henter vi inn fordelinger fra en nasjonal survey på enkelte spørsmål. Vi ser innledningsvis under bakgrunnsvariabler på status og utviklingen av hytter/fritidsboliger og behov (nåværende og forventet) i pleie- og omsorgssektoren i hyttekommunene.

### 5.1 Bakgrunnsvariabler

#### *Status og utvikling av hytter/fritidsboliger*

Interessen for å eie en hytte/fritidsbolig er historisk stor i Norge og selv om det er varierende eierskap av fritidsbolig av kommunens egne innbyggere (se tabell 1) er det en tydelig overvekt av eiere fra andre kommuner. Det har vært en stabil økning av eierskapet av rurale fritidsboliger av urbane mennesker de siste fem decennier og det bygges fortsatt ca. 8 000 hytter hvert år. I 2008 var det nasjonalt ca 420 000 hytter i Norge. Tabellen viser også at en relativ stor andel av fritidseiendommene eies av personer over 60 år, delvis opp til 50 prosent. Forskningen viser i tillegg at det etableres følelsesmessige relasjoner til hytten og det kan derfor antas at mange eldre ønsker å tilbringe mer tid i hyttekommunen. Ulik aldermessig eierskap vil føre til ulike utviklingsforløp i kommunene.

**Tabell 1: Innbyggertall, antall fritidsboliger og eierskap etter alder i hyttekommuner i "Østlandsregionen"**

Fylke Kommune	Innbyggertall	Antall fritidsboliger			Aldersfordeling eiere	
		Totalt	Eiet av utenbygds		% eiere 45-59 år	% eiere over 60 år
<b>Østfold</b>						
Hvaler	3880	4639	4414	95 %	38	49
Aremark	1417	704	585	83 %	42	38
Marker	3517	651	425	65 %	36	47
Rømskog	659	183	134	73 %	43	33
Trøgstad	4994	477	409	86 %	37	40
Spydeberg	4948	821	701	85 %	47	37
Skiptvet	3413	397	366	92 %	42	35
Rakkestad	7428	410	222	54 %	42	42

Agderforskning

Fylke	Innbyggertall	Antall fritidsboliger			Aldersfordeling eiere	
		Totalt	Eiet av utenbygds		% eiere 45-59 år	% eiere over 60 år
Råde	6654	983	855	87 %	38	44
Våler	4152	465	388	83 %	42	39
Hobøl	4578	132	83	63 %	41	38
<b>Hedmark</b>						
Ringsaker	31974	6345	4073	64 %	38	46
Løten	7292	1279	529	41 %	41	41
Nord-Odal	5055	1189	807	68 %	35	49
Sør-Odal	7754	793	544	69 %	40	43
Eidskog	6385	775	538	69 %	35	47
Grue	5152	1014	495	49 %	35	45
Våler	3877	1073	641	60 %	32	49
Trysil	6782	6499	5067	78 %	34	49
Åmot	4284	2099	1363	65 %	34	48
Stor-Elvdal	2705	2802	2109	75 %	35	49
Rendalen	2055	3273	2463	75 %	32	52
Engerdal	1460	1462	1116	76 %	29	46
Tolga	1707	956	561	59 %	40	34
Tynset	5371	2291	1400	61 %	40	38
Alvdal	2430	1216	669	55 %	37	40
Folldal	1695	925	670	72 %	35	38
Os	2063	1501	896	60 %	34	36
<b>Oppland</b>						
Dovre	2812	931	593	64 %	34	46
Lesja	2150	2020	1520	75 %	42	39
Skjåk	2329	823	453	55 %	34	53
Lom	2436	599	347	58 %	47	37
Vågå	3724	1289	840	65 %	35	50
Nord-Fron	3199	2808	1856	66 %	36	41
Sel	6099	2880	1755	61 %	37	45
Sør-Fron	3199	2210	1535	69 %	36	46
Ringebu	4557	4143	2982	72 %	37	39
Øyer	4893	3044	2074	68 %	38	42
Gausdal	6114	2691	1999	74 %	39	44
Østre Toten	14389	1193	664	56 %	40	44
Lunner	8522	1214	982	81 %	41	36
Gran	13110	1693	962	58 %	40	37

Agderforskning

Fylke	Innbyggertall	Antall fritidsboliger			Aldersfordeling eiere	
		Totalt	Eiet av utenbygds		% eiere 45-59 år	% eiere over 60 år
<b>Søndre Land</b>	5932	1246	865	69 %	40	39
Nordre Land	6720	2391	1812	76 %	37	43
Sør-Aurdal	3194	3798	2960	78 %	32	46
Etnedal	1394	2204	1971	89 %	28	46
Nord-Aurdal	6388	5001	3675	73 %	40	39
Vestre Slidre	2212	3022	2555	85 %	40	37
Øystre Slidre	3166	3828	2965	77 %	33	44
Vang	1591	2015	1417	70 %	39	41
<b>Buskerud</b>						
Ringerike	28385	3995	2553	64 %	40	43
Hole	5436	1173	927	79 %	41	35
Flå	989	1459	1159	79 %	29	49
Nes	3456	2983	1990	67 %	40	39
Gol	4435	2184	1487	68 %	35	44
Hemsedal	1963	2166	1543	71 %	38	30
Ål	4642	3078	1969	63 %	37	40
Hol	4475	5270	4511	86 %	37	44
Sigdal	3496	4279	3576	84 %	39	41
Krødsherad	2120	1532	988	64 %	41	39
Hurum	8935	2474	2227	90 %	38	44
Flesberg	2523	3267	2789	85 %	41	39
Rollag	1402	1884	1532	81 %	36	37
Nore og Uvdal	2526	4040	2366	59 %	36	44
<b>Vestfold</b>						
Sande	7828	1156	956	83 %	38	37
Hof	3099	406	314	77 %	42	35
Re	8321	349	244	70 %	45	34
Andebu	5137	332	230	60 %	37	39
Tjøme	4493	2479	2358	95 %	39	46
Lardal	2420	586	374	64 %	48	31
<b>Telemark</b>						
Siljan	2362	252	218	86 %	44	31
Bamble	14061	2499	1985	79 %	40	40
Kragerø	10481	3979	3444	87 %	40	41
Drangedal	4136	1128	740	66 %	35	42
Nome	6576	408	203	50 %	36	43

Fylke	Innbyggertall	Antall fritidsboliger			Aldersfordeling eiere	
		Totalt	Eiet av utenbygds		% eiere 45-59 år	% eiere over 60 år
Bø	5333	950	744	78 %	38	45
Sauherad	4277	571	279	49 %	34	43
Tinn	6120	3012	1873	62 %	39	41
Hjartdal	1619	1928	1467	76 %	33	51
Seljord	2933	1716	1149	67 %	36	47
Kviteseid	2542	904	576	64 %	39	40
Nissedal	1375	1880	1614	86 %	36	47
Fyresdal	1363	1492	1002	67 %	43	34
Tokke	2414	1561	1081	69 %	37	42
Vinje	3684	3865	2985	77 %	36	42

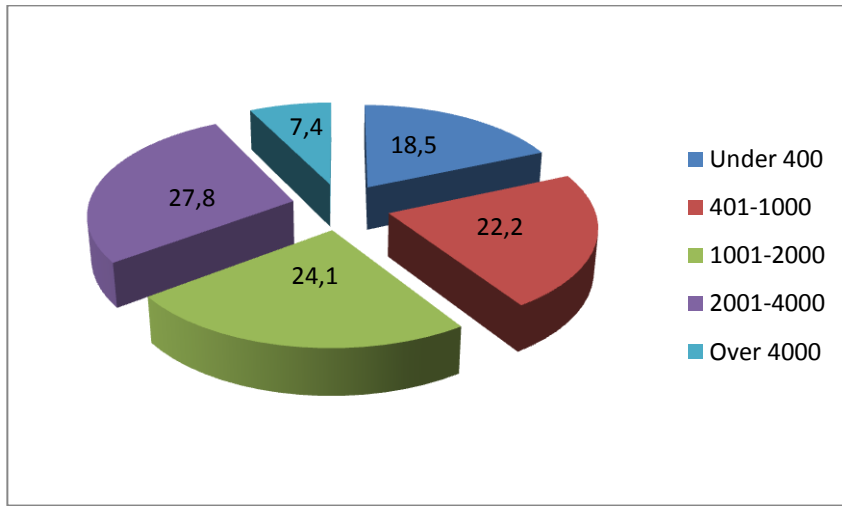
Tabellen viser en relativ høy gjennomsnittsalder for eiere av fritidsboliger, men det betyr ikke nødvendigvis at de er like dominerende som brukere. Samtidig vet vi at det er sterke følelser knyttet til fritidsboligen og mange eldre ønsker å oppholde seg der over lengre tid i året. Beholdningen av fritidsboliger er høy i Norge og vi ser derfor nærmere på utviklingen av antall fritidsbygninger de siste år og hvordan kommunene svarer på spørsmål knyttet til status og forventet vekst de neste 10 år.

Grafene i Appendiks 3 viser utviklingen i antall fritidsbygninger i samtlige av kommune i vårt utvalg fra 2000-2010. Av totalt 86 kommuner er det kun fem kommuner; Hvaler, Hobøl, Sør-Odal, Gran og Hole, som har opplevd en svak nedgang i antall fritidsboliger (mellom 1 til 3 prosent nedgang). De fleste kommuner har imidlertid hatt en markert vekst av fritidsboliger siste 10 år (mellom 4 til 20 prosent økning). Totalt 45 av 86 kommuner har hatt en markant vekst, mens 18 av 86 kommuner har hatt en kraftig vekst av fritidsboliger (mellom 21 til 50 prosent økning). 23 prosent melder om en stabil eller svak vekst (mellom 0 til 3 prosent). Av de kommunene som har hatt en kraftig vekst er Nissedal på topp med en vekst på 50 prosent og Kviteseid med 41 prosent vekst de siste 10 årene. Det har vært en vekst i antall fritidsboliger fra 125 000 i 2000 til 146 000 i 2010.

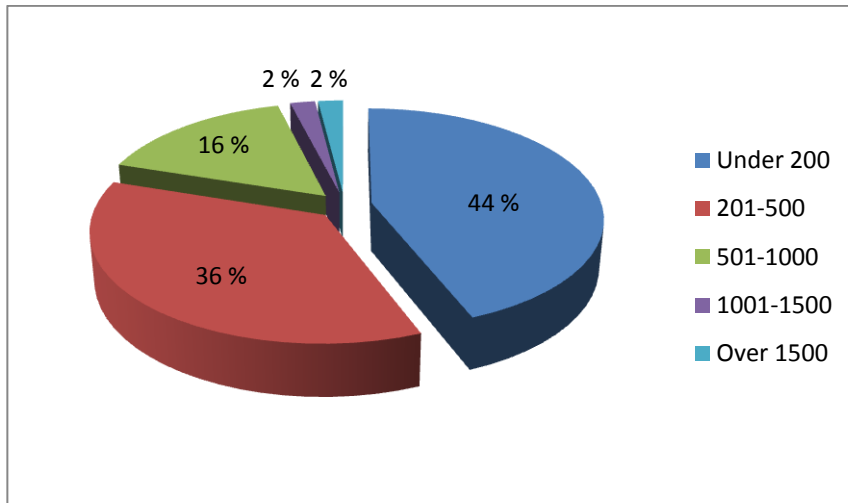


Fordelingene av antall fritidsboliger som vist overfor stemmer godt overens med de svarene vi har fått i vår spørreundersøkelsen (Figur 8). 59 prosent av kommunene oppgir at de har over 1000 fritidsboliger mens det er 62 prosent i datasettet hos SSB (Appendiks 3).

**Figur 8: Antall fritidsboliger i dag (N=50)**



**Figur 9: Forventet vekst fritidsboliger av fritidsboliger neste 10 år (N=50)**



Siden 2000 har det vært en aggregert vekst på 14 prosent for alle kommunene i utvalget (jfr. data fra SSB). Tilsvarende melder også kommunene i vårt utvalg om en fortsatt vekst de neste 10 år (Figur 9). 44 prosent av kommunene tror på en vekst på under 200 fritidsboliger, mens 36 prosent av kommunene tror på en vekst mellom 201-500 fritidsbygg/hytter. I vårt utvalg er det kun 20 prosent av kommunene som tror på en vekst over 501 fritidsboliger i egen kommune.

På spørsmål om hvor mange måneder i året fritidsboligene i gjennomsnitt blir brukt er vi litt usikre på svarene vi har fått. I stedet for å oppgi et gjennomsnittlig bruk oppgir flere kommuner at hyttene er i bruk 12 måneder i året. For å kunne bruke dataene har vi valgt å ta bort alle kommuner som har svart 12 måneder og endret verdien til ikke svart (totalt 12 svar, N=34). Våre resultater viser da at de fleste kommuner svarer at fritidsboligen er i bruk to måneder i året (mode 2). 25 prosent av kommunene bruker fritidsboligen minst 2 måneder i året. Andre undersøkelser viser til at gjennomsnittlig aggregert bruk er ca. 2 måneder i året, men eiere vil kunne oppholde seg på hytten i perioder gjennom hele året, men hovedsakelig i ferien og på helgene. Feriebruken innebærer en viss forutsigbarhet for kommunene i forhold til behovet for pleie- og omsorgstjenester, mens resten av året er mer uforutsigbart.

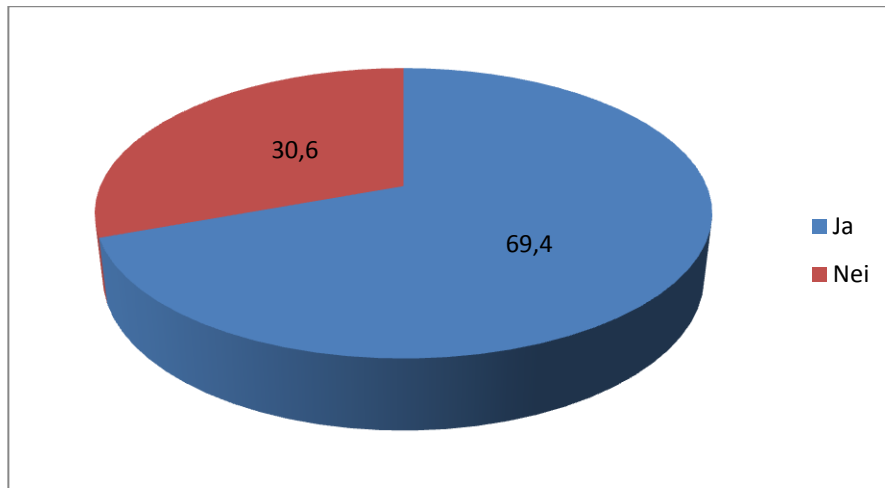
Når det gjelder det spesifikke behovet for pleie- og omsorgstjenester er vi interessert å vite hvorvidt kommunene har oversikt over hvor mange mottakere av pleie- og omsorgstjenester finnes i kommunene totalt sett, dvs. omfanget av tjenesteytelsen. Dette betyr i praksis hvor mange sykehjemsbeboere og hvor mange hjemmeboere det totalt sett er i kommunene. Som vist i tabellen under er det i gjennomsnitt 47 sykehjemsbeboere og 232 hjemmeboere. Av sykehjemsplasser varierer svarene fra under 10 til over 180 sykehjemsplasser. Dette avhenger selvfølgelig om det er små eller store kommuner. Tilsvarende ser vi at antall hjemmeboere varierer fra 70 til over 1600 hjemmeboere.

**Tabell 2: Antall mottakere av pleie- og omsorgstjenester i kommunene**

	Gjennomsnitt pr. kommune	Antall mottakere totalt (alle kommuner)	N
Antall sykehjemsbeboere	47	2 374	51
Antall hjemmebeboere	232	11 134	48

En krysstabulering av antall hytter og sykehjems plasser viser at det er små hyttekommuner med like mange sykehjems plasser som store hyttekommuner. Men samlet sett ser vi en tendens for at store hyttekommuner (over 2000 fritidsboliger) tar seg av flere fritidsbeboere, innen pleie- og omsorgstjenester enn mindre hyttekommuner (under 2000 fritidsboliger). De aller fleste kommunene har god oversikt over antall personer som er på sykehjem og som er hjemmeboere (Figur 10). Hele 69 prosent av kommunene svarer at de har kunnskap om hvem som benytter pleie- og omsorgstjenestene i kommunen.

**Figur 10: Har kommunen oversikt over hvor mange mottakere av pleie- og omsorgstjenester i 2009 som har bosted i annen kommune? (N=49)**



**Tabell 3: Antall mottakere med bostedsadresse i andre kommuner som fikk pleie- og omsorgstjenester i 2009**

	Fritidsboliger i kommunen			
	Under 2000	Over 2000	Gjennomsnitt	N
Antall	22	12	6,24	34
Gjennomsnitt	4,7	8,6		

På spørsmål om kommunene har diskutert problemstillingene vedrørende pleie- og omsorgstjenester for hytte/fritidsbeboere svarer 46 prosent av kommunene at så vidt har diskutert problemstillingen. 31 prosent av hyttekommunene er urolige over situasjonen, mens 21 prosent av kommunene har diskutert problemstillingen, men er ikke urolige av den grunn. Det er kun 2 prosent av kommunene som ikke har diskutert problemstillingen. Dette innebærer at nesten alle hyttekommuner er oppmerksomme på problemstillingen, men bare en tredjedel er urolig for fremtiden. Mye tyder derimot på at hyttekommunene bør ha tiltaksplaner for denne sektoren i fremtiden.

**Tabell 4: Er problemstillingen ”pleie- og omsorgstjenester” for hyttebeboere diskutert i kommunen?**

	Antall fritidsboliger i kommunen					%
	Under 400	401-1000	1001-2000	2001-4000	Over 4000	
Nei, det har aldri vært diskutert	0	0	0	1	0	2,1
Det har så vidt vært diskutert, men er egentlig ikke noe stor problemstilling hos oss	9	4	3	5	1	45,8
Ja, det har vært diskutert, men vi tror vi skal klare dette med de ressurser vi har	0	4	3	3	0	20,8
Ja, det har vært diskutert og vi er urolig for om kommunen kan klare av dette i fremtiden	1	1	6	4	3	31,3

Tendensene i tabellen viser at små hyttekommuner oppgir i større grad enn større hyttekommuner at de har diskutert problemstillingen innen pleie- og omsorgstjenester for fritidsbefolkningen, men at det ikke er noen stort problemstilling. Det er også et flertall av små kommuner som oppgir at de har diskutert problemstillingen, men tror at de skal klare seg med de midlene de har i dag om de opplever et noe større press innen pleie- og omsorgstjenestene. I den grad noen er urolige er det de store hyttekommunene ved at de er usikre på om en klarer de ekstra kostnadene samhandlingsreformen, eldrebølgen og økt fritidsbefolkning medfører. Det er relativt få svar fordelt på hvert svaralternativ, og tabellen må tas med forbehold i forhold til fordelingen på antall hytter, men det generelle bilde synes å være representativt.

I intervjuene med hyttekommunene spør vi om kommunene har tatt problemet med omsorgstjenester til hyttebefolkningen på alvor, i tilfelle hvordan, og om de har en plan. De fleste kommunene svarer at de har tatt dette på alvor. Måten dette blir gjennomført på er imidlertid noe ulik. Ingen kommuner har en eksplisitt plan for helse og omsorgstjenestene til hytteboerne, men har likevel mer eller mindre formaliserte/ innarbeidede rutiner for hvordan det skal håndteres og løser oppgavene innen de i budsjettet gitte rammer.

*”En skal behandle hytteboerne på lik linje med fastboende. Men for å klare det må en ha et godt samarbeid med familien og øvrig (sosialt) nettverk. Kommunen har ingen egen plan, men det rapporteres på denne type tjeneste og utviklingen følges nøye.” (Virksomhetsleder helse og omsorg)<sup>15</sup>*

*”Har ikke vært tema, men at alle får de tjenester de har krav på uansett boform” og at ”dette er nedfelt i Styringsdokument for framtidens omsorgstjenester.” (Virksomhetsleder for hjemmetjenesten) Dokumentet er imidlertid generelt uten*

---

<sup>15</sup> Alle intervjuer er gjennomført i store hyttekommuner med over 2000 fritidsboliger.

henvisning til hytteboere og utfordringer i forhold til denne gruppen.

Det er videre interessant å se innholdet i svarene som gis opp mot hva som er dokumentert.

*”så absolutt tar vi omsorgstjenester til hyttebefolkningen på alvor og henviser til kommunens planverk som beskriver utfordringen kommunens gjester representerer i planperioden: ”En større og større del av befolkningen bor flere steder. Dette gjelder særlig friske pensjonister.” (Leder for hjemmetjenesten)*

Dette er konsistent med aldersfordelingen blant hytteeiere. Når behovet for helse- og omsorgstjenester melder seg, vil flere og flere velge å få tjenester et annet sted enn der de har sin primærbolig. Enkelte kommuner er oppmerksomme på utfordringene.

*”Dimensjoneringen av hjemmetjenestene må i planperioden fram til 2020 styrkes for å ivareta kommunens forpliktelser for omsorgstjenester til kommunens gjester. Samtidig skal kommunen gjennom KS fortsette arbeidet for å endre regelverket.” (Leder for hjemmetjenesten)*

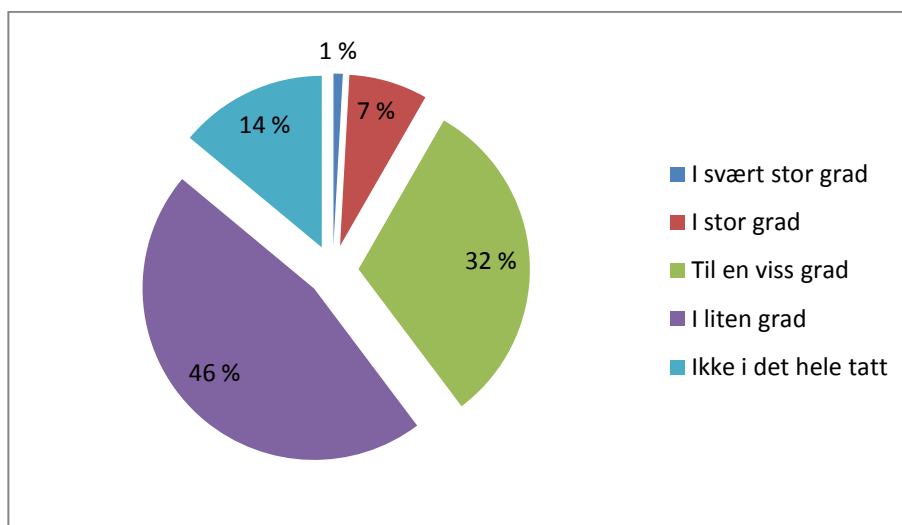
*”Ja. Og kommunen strekker seg langt når behovet melder seg fordi en ønsker at hyttebefolkningen skal ha mest mulig nytte/glede av å bruke hyttene sine. Kommunen har derimot ingen plan for disse tjenestene, men er opptatt av god dialog mellom kommunen, bruker/pasient og nettverket rundt denne som familie, og andre. Viktig med forventningsavklaring ift eksempelvis nivået på og innholdet i tjenesten.” (Kommunalsjef Helse, omsorg og velferd)*

Ut fra dette kan en si at de fleste kommunene mener at de tar utfordringen helse- og omsorgstjenester til hytteboerne på alvor, men uten at de nedfeller dette i kommunenes planverk. På den annen side er det kommuner som peker seg ut ved gode problem/utfordringsbeskrivelser og med adekvate planbeskrivelser knyttet til dette. Etter en samlet vurdering av intervjuene og

surveyen blir imidlertid konklusjonene at kommunene ikke har forholdt seg planmessig og systematisk til denne utfordringen. Mulige årsaker kan være:

- Det er ikke et reelt problem nå
- Kommunene har ikke forstått problemet
- Kommunene vil ikke bruke ressurser på å utrede dette

**Figur 11: Behovet for pleie- og omsorgstjenester har økt som en følge av fritidsbefolkningen (N=230)**



Surveyen gjennomført av Senter for bygdeforskning i alle kommuner i Norge viser at behovet for pleie- og omsorgstjenester ikke har økt som en følge av fritidsbefolkningen i særlig grad. Surveyen var også adressert til bykommuner og vi regner at økt behov er relatert til hyttekommuner. Vi konstaterer at i 32 prosent av kommunene har det vært en viss økning og i 7 prosent i stor grad. Det innebærer at behovsøkning er merkbart i svært mange kommuner. Vi ser derfor nærmere på hvilken betydning denne økningen har og hvordan fremtidsutsiktene vurderes.

## **5.2 Rekruttering av kvalifisert personell til pleie- og omsorg**

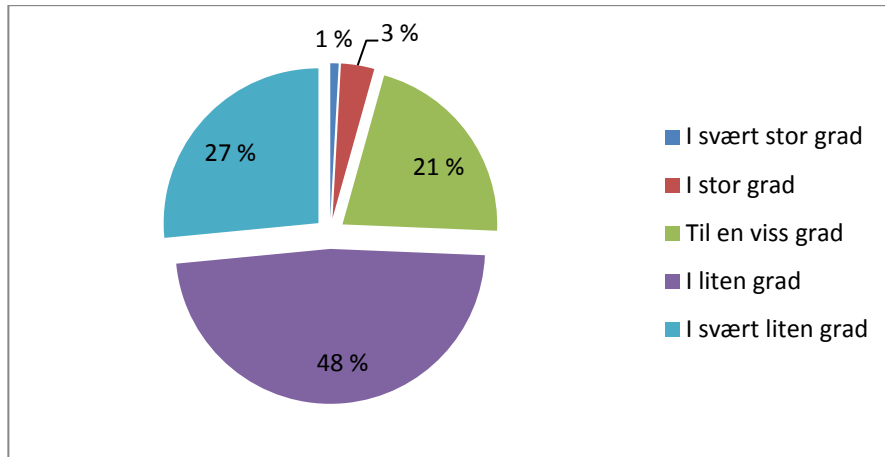
Dette avsnittet omhandler hyttekommunenes utfordringer i forhold til rekruttering av kvalifisert personell under sesongvariasjoner og retter seg spesifikt mot problemstilling 2: Hvordan skal hyttekommunene skaffe nok kvalifisert personell til pleie- og omsorg overfor en brukergruppe som varierer sterkt sesongmessig?

Kommunehelseloven gir klare føringer på at alle som oppholder seg i kommunen, også midlertidig boende, har rett til nødvendig helsehjelp, herunder pleie- og omsorgstjenester. Her er det først og fremst hensiktsmessig å undersøke hvordan hyttekommuner har løst disse oppgavene, vurderer fremtidig behov og modeller/strategier som benyttes i hyttekommunene til rekruttering som kan ha overføringsverdi. Basert på surveyer og kvalitative intervjuer vurderer vi også hvordan fremskrivninger rimer med kommunenes perspektiver, samt erfaringer fra andre nordiske land, og fra andre tjenesteområder/bransjer.

Det mest nærliggende er å se på ulike incentivordninger. For å skaffe kvalifisert personell innen ulike sektorer i Nord-Norge som leger og annet helsepersonell, lærere og andre yrkesgrupper, er det benyttet en rekke ulike incentiver som ekstra lønnstinn, flyttetillegg, skattelette, nedskrivning av studielån etc. I industrien og andre næringer andre steder i landet med store sesongsvingninger har en ”belønnet” ansatte som forskyver ferien fra eksempelvis sommer til lavsesong om vinteren med ekstra ferieuker. Vi etterlyser også eventuelle nye løsninger gjennom bruk av privat sektor (f.eks. bruk av vikarbyråer) eller interkommunalt samarbeid (f.eks. felles ressursutnyttelse). Spørsmålet om rekruttering er både et spørsmål om hva som praktiseres p.t. og hvilke modeller som kan være hensiktsmessig.

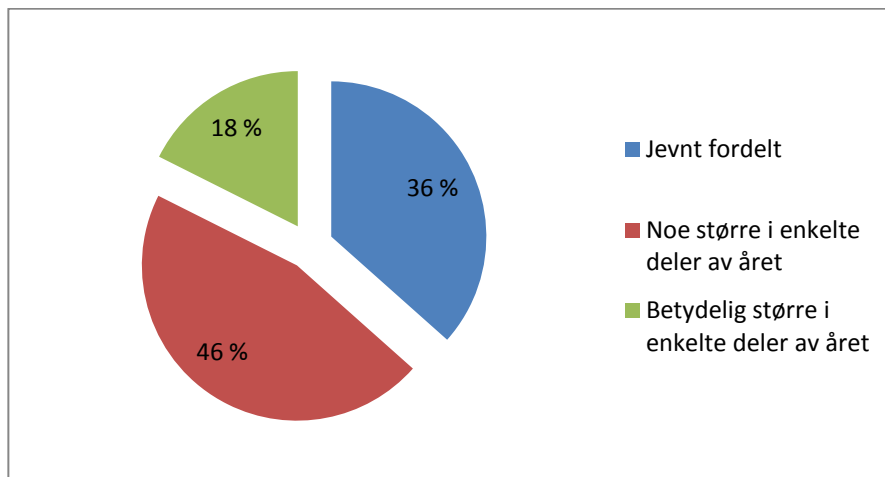


**Figur 12: Fritidsbefolkningens press på pleie- og omsorgstilbudet i kommunen**



I hvilken grad representerer fritidsbefolkningen et press på pleie- og omsorgstilbudet i kommunen i dag? Figur 12 viser at en fjerdedel av kommunene føler presset, men det ser ut som det har liten betydning for flertallet av kommunene. Det viser at kun et mindretall av kommunene opplever situasjonen med en mobil fritidsbefolkning som krevende.

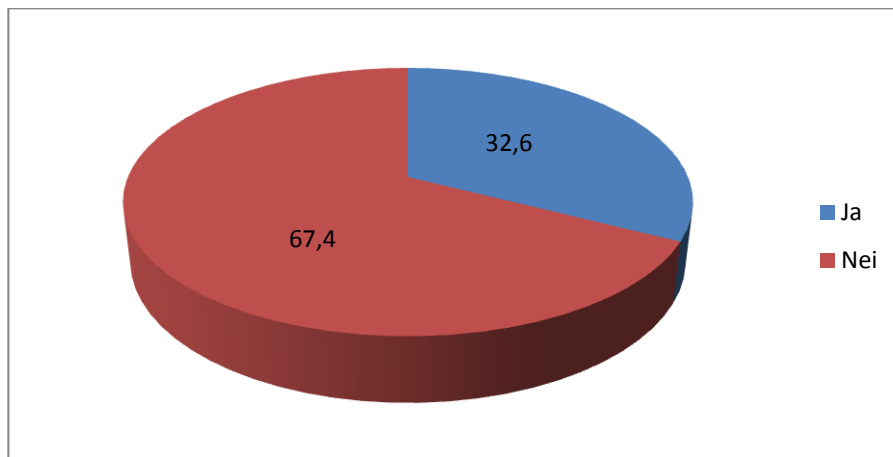
**Figur 13: Sesongfordeling av behovet for pleie- og omsorgstjenester overfor fritidsbefolkningen (N=230)**



Sesongfordelingen av behovet for pleie- og omsorgstjenester overfor fritidsbefolkningen er jevnt fordelt for minst en tredjedel av kommunene,

men flertallet av kommunene opplever noe større og betydelig større behov i deler av året (Figur 13). De fleste kommunene har dermed en utfordring i forhold til kvalifisert personal gjennom sesongvariasjoner. Når vi ser på svarfordelingen i Figur 12 og 13 i sammenheng synes det å være noe motsetningsfullt. Det kan tolkes slik at selv om mange kommuner erfarer et større behov for arbeidskraft i høysesong for hyttebruk ser de fleste ut å klare dette. Det er de kommunene som opplever et betydelig behov, ca. 1/5 del, som også svarer at de føler presset på pleie- og omsorgstjenester. En mindre diskrepans i tallene må tilskrives kommunenes individuelle egenskaper i forhold til økonomi med mer.

**Figur 14: Har kommunen nok kvalifisert personell til å dekke den økte etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenester på de tidspunktene av året hvor det er mange hyttebeboere i kommunene (N=43)**



Figur 14 viser at 67 prosent av kommunene ikke har nok kvalifisert personell til å dekke den økte etterspørselen i pleie- og omsorgstjenester på tidspunkt av året hvor det er mange fritidsbeboere. Det er dermed sesongmessig et behov for flere ansatte. Det tyder også på at det vil være en stor utfordring i tiden som kommer å få tak i nok kvalifisert personell.

Intervjuene avtegner et bilde av at kommunene løser rekrutteringen av helsepersonell i topperioder på en god måte. For en kommune er situasjonen at de har større pågang enn behovet og ser ingen rekrutteringsproblemer i framtida. En annen sier at det går greit mht pleie- og omsorgspersonell, de

har stabile fastleger, men at det i tillegg rekrutteres leger fra Danmark og Sverige etter behov. Det er de samme som kommer hvert år de siste ca. 10 årene. Denne kommunen som har mer enn 6000 fritidsboliger mener at det antakelig vil fortsette slik. Det søkes imidlertid samarbeid med nabokommunene for å få bedre forutsigbarhet. Spesielt gjelder det legevakt, men også annen spesialkompetanse. Slik sitatene viser bruker kommunene ulike tiltak for å sikre tilgang til personell i høysesong.

*”Bruker private byråer og økt stillingsbrøk/øket betaling til faste ansatte og i fremtiden ønskes ca. 3 hele stillinger for å kunne dekke opp dag og natt på en god måte.”*  
(Pasientkoordinator)

*”Skaffer vikarer ved annonsering. Bruker også i noen tilfeller vikarbyråer, spesielt ift. sykepleiere. Har også en del faste vikarer.”* (Leder hjemmetjenester)

*”Skaffer vikarer fra videregående skole. Kan av og til være problemer ift sykepleiere og høgskoleutdannet personale, men er ikke spesielt problematisk. Dersom utfordringene øker i framtiden må det tas opp til politisk behandling.”*  
(Virksomhetsleder hjemmetjenester)

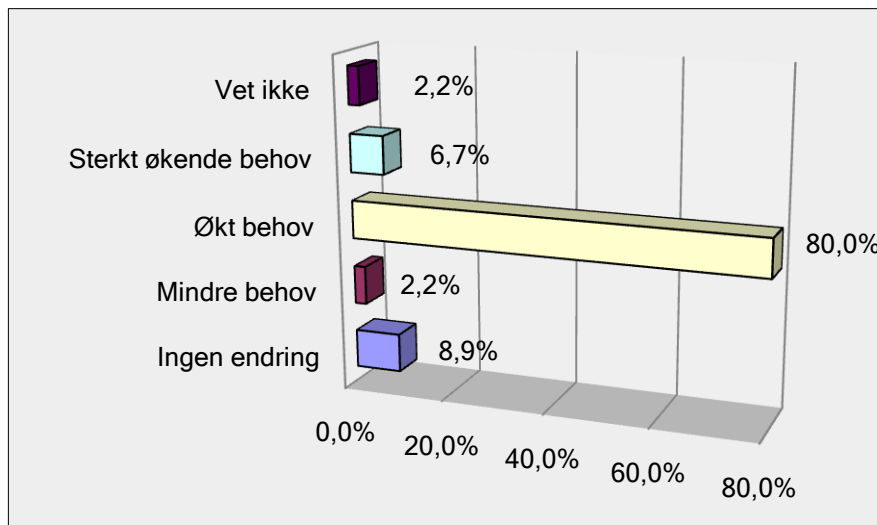
*”Styrer ferieavviklingen, tilbyr deltidsansatte fulle stillinger i perioden, engasjerer hytteboere med kompetanse og benytter vikarbyråer. Benytter seg av å gi full lønnsansiennitet som insentiv. Dette blir også løsningen i framtiden.”*  
(Virksomhetsleder hjemmetjenester)

Dette tolkes som at kommunene pr. i dag har et godt grep på personellsituasjonen i toppsesongene, men at det kan være en kostnadmessig utfordring. Den kostnadmessige utfordringen er det imidlertid bare to av de intervjuede kommunene som har beskrevet. Vi tolker dette fraværet av økonomisk dokumentasjon som at problemet er for lite til at det blir brukt ressurser på følge det opp videre. Intervjuundersøkelsen nyanserer surveyens konklusjon om at ingen

kommuner benytter rekrutteringsbyrå. Konklusjonen blir imidlertid at bruken av rekrutteringsbyrå er ubetydelig.

Ut fra dette er det legitimt å stille spørsmål om utsagnene om store rekrutteringsproblemer er basert på den reelle situasjonen, eller om det er et ledd i et samlet press for å få tilført større resurser. I denne sammenhengen er det viktig å vite noe om når hyttebefolkningen bor på hyttene sine. Dette er litt avhengig av om det er innlandshytter eller hytter i kystnære strøk. For de kystnære strøk er perioden april-oktober med topp i sommermånedene juni og juli, mens det for innlandshytter er påske og sommermånedene juni og juli som er toppene. Dette avhenger mye av avstand fra hjemstedet til fritidsboligen og er noe ulikt kommunene i mellom. Det er imidlertid en klar tendens til at hyttene brukes stadig lengre i takt med endring i arbeids- og fritidsmønster, og med den økede standard en ser på fritidsboligene. Det er også en tendens til større grad av permanent bosetning i fritidsboligene uten at det meldes flytting til folkeregisteret.

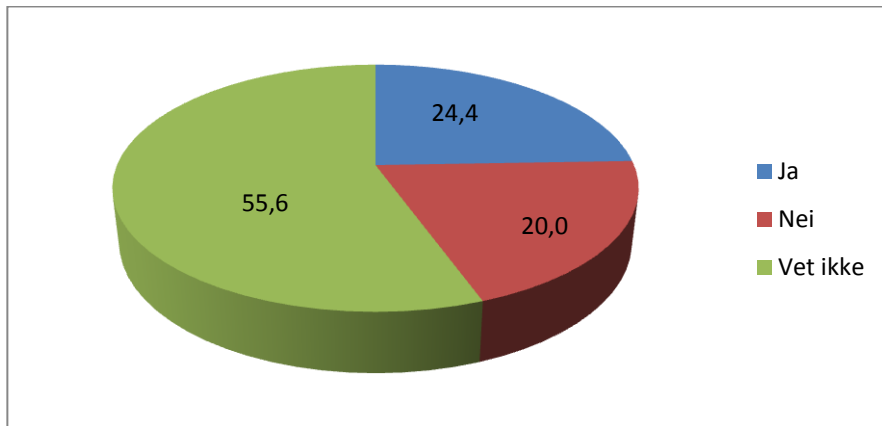
**Figur 15: Fremtidig behov for pleie- og omsorgstjenester for fritidsbefolkningen (N=45)**



Hvordan vurderer så kommunene fremtidsutsiktene? Det fremtidige kommunale behovet for pleie- og omsorgstjenester for fritidsbefolkningen ventes å øke fremover. Det store flertallet av kommunene prosent tror på en økt behov eller en sterk økende vekst av pleie- og omsorgstjenester til

fritidsbefolkningen, ca. 11 prosent forventer mindre eller stabilt behov (Figur 15).

**Figur 16: Om kommunene er i stand til å dekke økt etterspørsel etter pleie- og omsorgstjenester de neste 10 år (N=45)**



Figur 16 viser hvorvidt kommunene er i stand til å dekke økt etterspørsel av pleie- og omsorgstjenestene de neste 10 år. Spørsmålet berører personal men også sykehjemsplass, utstyr med mer. Ca. ¼ del av kommunene svarer at de klarer å dekke etterspørselen, 20 prosent klarer det ikke, mens 55 prosent ikke vet om de klarer det. 'Vet ikke' svaret må tolkes som et uttrykk for at kommunene ikke har noe bevisst forhold til rekrutteringsutfordringene. I den andre surveyen med lignende spørsmål gradert svarer 43 prosent at de vil være i liten eller svært liten grad i stand til å dekke personellmessig økt etterspørsel etter kommunale pleie- og omsorgstjenester. 22 prosent vil klare det i stor grad, som er dekkende med våre resultater. Dette bekrefter etter vår mening representativiteten av denne surveyen.

I tillegg er eldrebølgen et tema for hyttekommunene, både med hensyn til folkeregistrerte borgere og fritidsbefolkningen. I vår undersøkelse svarer over ¾ deler av kommunene at de ikke har tatt høyde for eldrebølgen i fritidsbefolkningen. Dette gjenspeiles også i intervjuene. Det synes som om eldrebølgen ikke har vært et tema og at kommunene ikke har tatt denne utfordringen innover seg ennå. En kommune med rundt 5000 fritidsboliger svarer at de har tatt høyde for eldrebølgen i helse- og omsorgsplanen ved å tallfeste en framskivning til 2025-2030, men uten å si noe mer konkret i

kommuneplanen enn at hjemmetjenestene til en økende etterspørsel fra hytteturister skal ivaretas (Kommunalsjef Helse, omsorg og velferd).

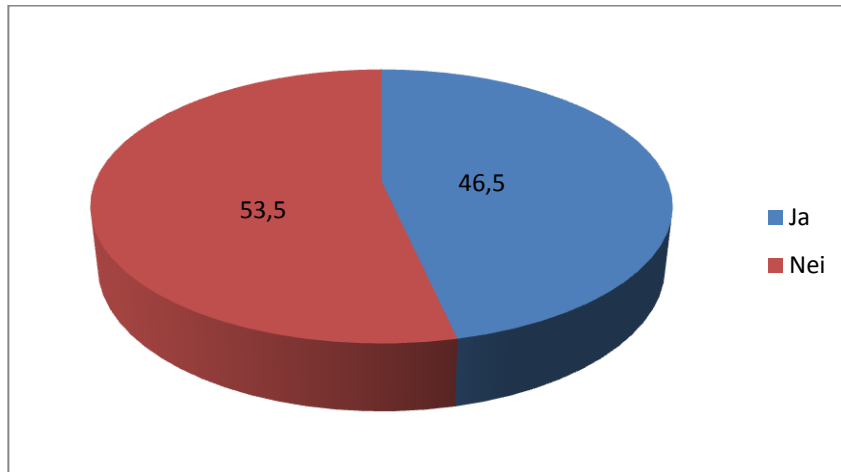
Flere av kommunene svarer at det antakeligvis blir med i kommende kommuneplaner, men uten å kunne svare på hvordan, da det ikke har vært tema. Grunnen til det er: *"Antallet brukere har vært stabilt, og en vet stort sett fra år til år hvem som kommer"* (Virksomhetsleder helse og omsorg). Mange kommuner er dermed ikke forberedt på fremtidige utfordringer i pleie- og omsorgssektoren. En av årsakene for dette kan være at kommuner ikke tar problemet innover seg før det er aktuelt. Dette bilde bekreftes også av fordelingen på personellmessige konsekvenser av økt behov for pleie- og omsorgstjenestene i fremtiden (eldrebølgen, samhandlingsreformen) hvor over halvparten av kommunene ikke er forberedt. Konklusjonen her er dermed todelt:

- a. Kommunene vurderer den del av eldrebølgen som omfatter hytteboere som uproblematisk i en totalsammenheng.
- b. Kommunene har ikke gått inn i problemstillingen og vurdert eventuelle konsekvenser.

På grunnlag av surveyen og intervjuene kan vi med rimelig sikkerhet slå fast at kommunene ikke aktivt forholder seg til konsekvensene av prognosene for den demografiske utviklingen og de framskrivinger som foreligger mht. folkehelsen. Da har de heller ingen mulighet til å ta høyde for et scenario der kommunene om noen få år får disse utfordringene i fanget. Vi trakk også samhandlingsreformen inn selv om det er fremdeles ukjent hvordan konsekvensene blir for kommunene bortsett fra en forventet økning av kommunalt ansvar.

På spørsmål om kommunen har ressursmessig kapasitet økonomisk, organisatorisk og personellmessig til å møte utfordringene svarer bare en av de intervjuede kommunene et ubetinget nei på dette. Blant de øvrige ni har tre noen ressursproblemer som gjør situasjonen utfordrende, men som de likevel har en viss kontroll over. Spesielt gjelder det økonomi og personalets kompetanse. Seks av kommunene svarer at de har kontroll på den økonomiske delen og faktisk har et større tilbud av kvalifisert personale enn hva de har behov for.

**Figur 17: Om kommunene er forberedt på personellmessige konsekvenser av økt behov for pleie- og omsorgstjenestene i fremtiden (eldrebølgen, samhandlingsreformen) (N=43)**



*”Ja. Dekker behovet ved helsepersonell som bor i kommunen. Har faktisk overkapasitet.” (Ordfører)*

*”Til nå har det gått bra ved blant annet å øke stillingen til deltidsansatte, men det er en økonomisk utfordring. Det vises fleksibilitet fra ansatte ift. ferieavviklingen.” (Virksomhetsleder Helse og omsorg)*

*”Pr. dato er dette blitt et økende problem pga. svikt i kommunale inntekter etter 2009. En ser økning i den eldre befolkningen samtidig som det synes å bli et økende gap mellom behovet for og tilgangen til/utdanning av kvalifisert helsepersonell. Disse utfordringene møter en med et utstrakt samarbeid med andre kommuner.” (Helse- og sosialsjef)*

*”Egentlig ikke, så alle disse tre faktorene representerer problemer/ utfordringer sommersesongen” (Kommunalsjef Helse, omsorg og velferd)*

*"Får budsjettunderskudd pga. personalkostnadene. En stor utfordring å få kvalifiserte vikarer, og det koster dyrt."*  
(Avdelingsleder i omsorgsetaten)

*"De har tilbud fra leger med hytter i kommune X som gjerne vil ha "bistillinger" der, og som kommunen gjør avtaler med. Sykepleiere dekkes opp med pensjonister. Hjelpepleiere og annet pleiepersonell er det uproblematisk å skaffe."* (Rådmann)

*"Ja. Kommunen klarer å dekke dagens behov gjennom grunnbemanningen. Men det kan endre seg ved evt. øket etterspørsel."* (Virksomhetsleder for hjemmehjelpstjenester)

Konklusjonen på intervjuene er at med få unntak løser kommunene utfordringene med ressursmessig kapasitet økonomisk, organisatorisk og personellmessig innen sine gitte rammer. Dette avviker noe fra resultatet av surveyen. Et av svarene på dette avviket kan vi finne i spørsmålet om hvilke utfordringer kommunen har i dag ved å yte hjemmehjelp/hjemmesykepleie til hytteboerne og hvordan kommunen vil håndtere disse utfordringene i fremtiden. Hovedmønsteret i svarene på der at de ikke ser dette som spesielt problematisk i dag.

**Vi kan derfor konkludere med at hyttekommunene, med få unntak, ikke vurderer hjemmehjelp og hjemmesykepleie til hytteboerne som særskilt ressursmessig utfordrende i dag.**

Svarene på spørsmålet om hvilke kostnader kommunen i dag har ved omsorgstjenester til hyttebefolkningen der bare to av de intervjuede kommunene kan konkretisere kostnadene ved helsetjenester til hytteboere, styrker denne konklusjonen. Dersom vi også trekker inn det forhold at kommunene ikke har brukt ressurser på å utrede finansieringsalternativer i forhold til hytteboere, finner en kanskje årsaken til sprikende svar: De færreste kommunene har foretatt gode analyser av sin økonomiske, organisatoriske og personellmessige kapasitet, verken i forhold til dagens situasjon eller i forhold til situasjonen fremskrevet mot 2020-2030.



Samhandlingsreformen vil få konsekvenser for ressursituasjonen i kommunene, og det av den grunn er det interessant å se på om kommunene er forberedt på konsekvensen av samhandlingsreformen mht. hyttebefolkningen. Alle de intervjuede kommunene svarer at de har gått inn i problemstillingen, men at det fremdeles er så mye uavklart at det er vanskelig å danne seg et bilde av konsekvensene. Problemstillingen drøftes imidlertid internt og er tema i ulike samarbeidsrelasjoner med andre kommuner og med spesialisthelsetjenesten.

*”Grenlandskommunene og Sykehuset Telemark har hatt dette som tema på generell basis knyttet til Samhandlingsreformen.”*  
(Virksomhetsleder Helse og omsorg)

*”Ikke i forhold til hyttebefolkningen, men Samhandlingsreformen er tema i 12K-samarbeidet og tas videre der. Eldrerådet er imidlertid svært opptatt av dette.”*  
(Pasientkoordinator)

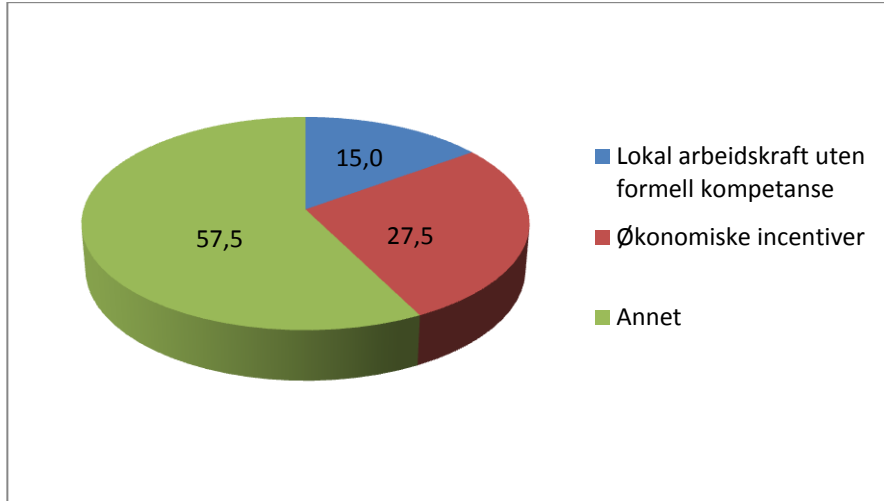
*”Det er mye usikkerhet rundt Samhandlingsreformen, men er tatt opp i Styringsdokument for framtidens omsorgstjenester”.*  
(Leder for hjemmetjenesten)<sup>16</sup>

I Telemark ble det i 2009 utarbeidet rapporten: ”Samhandlingsreforma - organiseringa i Telemark og samspel med Sjukehuset Telemark HF” som tar for seg ulike konsekvenser av Samhandlingsreformen uten at framtidige helsetjenester til hyttebefolkningen er eget tema. Vår konklusjon er at kommunene skyver problemene foran seg og venter på sterkere sentrale føringer og bedre presiseringer av kommunenes oppgaver. Blant annet er finansieringen av Samhandlingsreformen uavklart. Samhandlingsreformen med all den usikkerhet den innebærer, overskygger andre og mer avgrensede utfordringer som settes på vent.

---

<sup>16</sup> I styringsdokumentet som Agderforskning har fått tilsendt, står det imidlertid intet om Samhandlingsreformen ift. hyttebefolkningen.

**Figur 18: Type tiltak for å skaffe personell til pleie- og omsorgstjenester (N=23)**



De fleste kommunene vurderer den del av eldrebølgen som omfatter hytteboere som uproblematisk i en totalsammenheng og har ikke gått inn i problemstillingen og vurdert eventuelle konsekvenser, noe som også bekreftes i surveyen som viser til at det er relativt få kommuner som er forberedt på de økonomiske konsekvensene av samhandlingsreformen med hensyn til hyttebefolkningen. 79 prosent av kommunene svarer at de ikke er det. Surveyen peker også på at en av årsakene for dette kan være at kommuner ikke tar problemet innover seg før det er aktuelt.

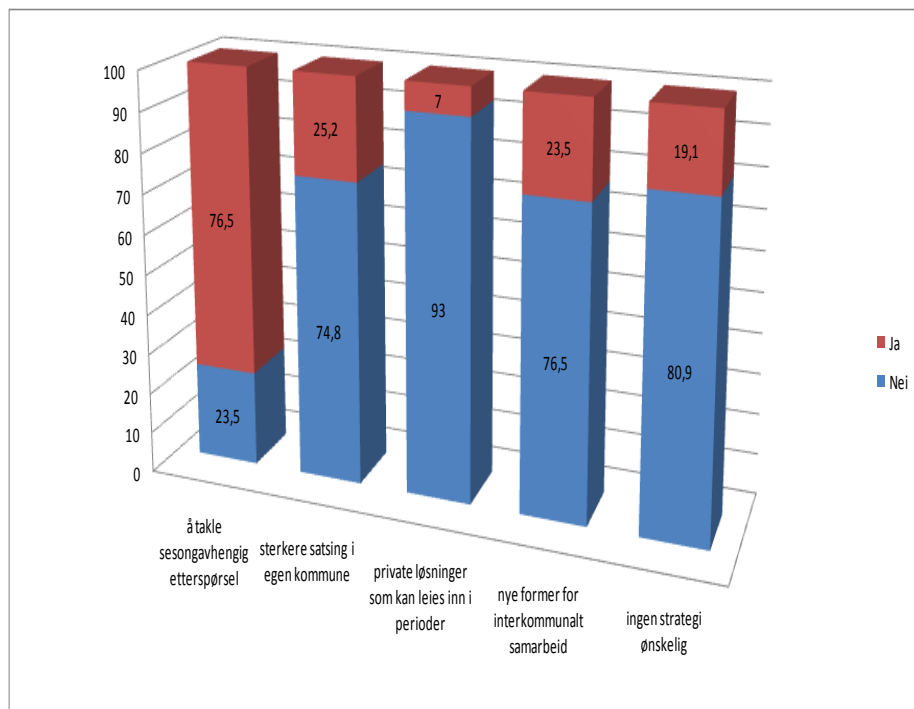
Hvilke tiltak bruker kommunene for å skaffe seg personell til pleie- og omsorgstjenestene. Figur 18 viser at ca ¼ del av kommunene tar i bruk økonomiske incentiver, 15 prosent tar i bruk lokal arbeidskraft uten formell kompetanse, mens 57 prosent oppgir andre virkemidler. Kun en fjerdedel av kommunene har svart på dette spørsmålet selv om behovet synes å være større. Det er ingen kommuner som angir at de bruker rekrutteringsbyrå (i motsetning til intervjuene). Andre virkemidler som er oppgitt er blant annet:

- samarbeid med lokale utdanningsinstitusjoner,
- utdanne ufaglærte (legge til rette for utdanning),
- hente personell fra utlandet (stor pågang fra Sverige nå),
- ha et godt og stimulerende fagmiljø,

- et godt omdømme og
- å tilby stillingen uten at det egentlig er noe ledig

Det er også en kommune som har satt i gang et prøveprosjekt ved at det blir opprettet sykepleierstillinger som er delt 50/50 mellom sykehus og sykehjem. Dette som et ledd i rekrutteringspolitikken og samhandlingsreformen. Resultatene fra dette prøveprosjektet er ennå for tidlig å si noe om.

**Figur 19: Kommunale strategier (N=230)**



Figur 19 (fra BF surveyen) viser fordelingen på ulike spørsmål relatert til kommunale strategier for å skaffe nok kvalifisert personell til pleie- og omsorgstjenester. For det første erkjenner det store flertallet av kommunene at en strategi for å skaffe nok personell er ønskelig, og nesten like mange kommuner har en strategi for å takle sesongavhengig etterspørsel. Samtidig har et nesten like stort flertall ingen strategi for å rekruttere personell gjennom en sterkere satsing i egen kommune. Meget få kommuner satser på

private løsninger som kan leies inn i perioder. Derimot er omtrent ¼ del av kommunene involvert i eller villig til nye former for interkommunalt samarbeid. Vi ser samlet sett at de fleste kommuner er opptatt av å ha strategier for å løse utfordringene. Dette er noe ulikt våre funn i Tabell 3, hvor nesten halvparten av kommunene bare så vidt har diskutert problemstillingen. Viljen synes i hvert fall å være til stede, men det er også rimelig å anta at en del kommunene finner ad hoc løsninger for å takle utfordringene.

Interkommunalt samarbeid er et interessant tema i denne sammenhengen og vi ønsker å vite om dette er en strategi hyttekommunene i "Østlandsregionen" benytter seg av. 39 prosent av alle kommunene i vårt utvalg har et interkommunalt samarbeid om pleie- og omsorgstjenester. Tendensen i Tabell 5 viser imidlertid at mindre hyttekommuner i større grad inngår i interkommunalt samarbeid enn større hyttekommuner (igjen med forhold om svak tallmateriale).

**Tabell 5: Kommuner i interkommunalt samarbeid om pleie- og omsorgstjenester**

	Antall fritidsboliger i kommunen					Prosent	N
	Under 400	401-1000	1001-2000	2001-4000	Over 4000		
Ja	6	4	4	4	1	39,6	19
Nei	4	5	8	9	3	60,4	29
Sum							<b>48</b>

Når det gjelder årsakene for at interkommunale samarbeid om pleie og omsorg blir inngått oppgir 25 % at det er på grunn av mangel på kvalifisert personell, mens 15 % oppgir økonomi som årsak. Det er imidlertid 60 % som oppgir andre forhold som årsak for at slikt samarbeid blir inngått. Et forhold som er gjennomgående for små kommuner er<sup>17</sup>: "at det er mange små kommuner og dermed små fagmiljø. Ved å jobbe interkommunalt bedres tilbudet og fagmiljøet". Interkommunalt samarbeid bidrar ifølge enkelte

<sup>17</sup> Kommentarer fra surveyen.

kommuner til *"å utvikle erfaringer og gode samarbeidsmetoder"*, slik at *"kompetansen blant tilsette og fagutvikling øker"*. Det er også mange kommuner som sliter med god nok tilstrømming av kvalifisert personell. Ved å satse interkommunalt er det flere kommuner som tror på et kompetanseløft og at tjenestene bedres ved befolkningen får de pleie- og omsorgstjenestene de har rett til.

Det nevnes særlig tre flaskehals; rekruttering, avstander til fritidsboliger og eldrebølgen. Rekrutteringen er viktig i årene som kommer. Mange kommuner er små og *"krav til kunnskaper blir større"*, i tillegg til det *"å ha rett person til rett plass"* med riktig kompetanse og til enhver tid. Det kreves *"kompetanse til alle utfordringer fremover"*, hvilket krever ny rekruttering. Men tilgangen på kvalifisert arbeidskraft beskrives i dag som krevende. Det er ikke lett å få tak i kvalifisert arbeidskraft i dag. Noen løser dette ved lokal hjelp og opplæring, andre tar inn utenlandsk arbeidskraft, mens andre bruker økonomiske incentiver og har kontakt med opplæringsinstitusjonene for å få tak i riktig kompetanse. En kommune så behov for å begrense tilbudet i den grad det var mulig, og løste det ved å bruke arbeidsmiljøloven for å unngå at helsetjenestebegrepet ble for vidt tolket. Til tross for dette har kommunene fremdeles problemer med å få tak i nok arbeidskraft. Et annet økonomisk aspekt er at hytter ofte ligger langt borte ifra den fastboende befolkningen. Dette betyr at pleie- og helsetjenestene må bruke mer ressurser for å komme seg til og fra hytteområdene. *"Lengre avstandar dersom bebruarar i hyttefeltet skal betjenast med dagleg pleie/tilsyn"*.

Og til slutt nevnes også eldrebølgen som en flaskehals for årene som kommer. Hyttekommuner vil nok *"trolig ha de samme utfordringene som landet ellers med tanke på den venta eldrebølgen og lavere antall mennesker i yrkesaktiv alder"*. Derved vil det bli enda vanskeligere å få tak i nok personell. Men også lavere kommunale inntekter ved mindre skatteinntekter og høyere utgifter ved pleie- og omsorgstjenestene vil få betydning. Store hyttekommuner vil også få en noe større belastning enn andre kommuner på grunn av at pensjonister velger å være mer på hytta - hvilket betyr høyere kostnader for hyttekommuner. Den skjøre balansen mellom hyttebefolkning, sesongsvingninger og pleiepersonalet i kommunene som eksisterer i dag stor overfor store utfordringer i fremtiden. I så henseende er samarbeid kommunene imellom en viktig strategi.

Intervjuene med de 10 hyttekommunene viser at kommunene har et utstrakt samarbeid på en rekke områder. Bakgrunnen for samarbeidet og typer samarbeid er imidlertid svært ulik for de ulike kommunene. For noen kommuner kan det være problemer med rekruttering av spesialkompetanse eller at kommunen er for liten til å ha spesialkompetanse i fulle stillinger slik som psykologer, spesialpedagoger, jordmødre mm. Det kan være hensiktsmessig å etablere felles legevakt. For tjenester som brannvern, renovasjon, veivedlikehold og annet som kreves store investeringer kan det være fornuftig å gå sammen. Intervjuene viser at det stort sett er på andre områder enn helse- og omsorgstjenestene det inngås formelle samarbeidsavtaler kommunene i mellom. Det som kjennetegner alle samarbeidsområdene og formene er at det foreligger robuste avtaler om kostnadsrefusjoner og at samarbeidsklimaet er godt. Avtalene kan være forskjellige på de ulike feltene, men de tar utgangspunkt i de reelle kostnadene og fordeles kommunene imellom der folketallet er førende i fordelingsnøkklene.

### 5.3 Finansiering

Hvordan kan/bør pleie- og omsorgstjenester overfor fritidsboende finansieres? Det er i dag ingen gode lovforankrede løsninger for hvordan pleie- og omsorgstjenester overfor fritidsboende skal/kan finansieres og hvordan kommunene kan få dekket inn utgifter i forbindelse med disse tjenestene. Spesifikt undersøker vi fire ulike modeller/strategier for finansiering av pleie- og omsorgskostnader for ”transkommunale” borgere:

- Bruk av skjønnsmidler
- Bruk av eiendomsskatt
- Bruk av refusjonsordninger mellom kommunene
- Bruk av egenbetalingsordninger

Før vi ser nærmere på de ulike strategiene er det viktig å vite hvor store utgiftene er for hyttekommunene og i hvilken grad utgiftene kan knyttes til hyttebeboere. Vi ba derfor kommunene i spørreundersøkelsen å beregnet/stipulert hvor store ekstra utgifter det er tilknyttet til mottakere med bostedsadresse i andre kommuner. De fleste kommunene oppgir imidlertid at

de ikke bruker ekstra penger på grunn av økt bruk av på pleie- og omsorgstjenester (mode =0). Minst 25 prosent av kommunene har oppgitt null i ekstra utgifter. Legger vi til grunn 50 prosent av kommunene oppgir at de vil maks få inntil kr. 10.000 i ekstra utgifter. Dersom vi legger til grunn 75 prosent av kommunene oppgir også at de ikke vil få høyere kostnader enn kr. 22.500. Siden gjennomsnittet er kr 167.389,- er det flere kommuner som har oppgitt langt høyere kostnader. Den høyeste kostnaden som er oppgitt er to millioner kroner, som er et klart unntak og som bidrar til at gjennomsnittet økes betraktelig. De fleste kommunene får imidlertid ikke særlig økte merkostnader innen pleie- og omsorgstjenester som følge av fritidsbefolkningen.

Nivået på helse- og omsorgstjenestene avviker kommunene i mellom og vi har forsøkt å få fram data om antall (snitt)timer per bruker, pris på tjenesten, terskel for oppretting av tjenesten og eventuell betaling for transport av helsearbeidere. Verken surveyen eller intervjuene har kunnet gi et godt svar på dette fordi kommunene ikke har data eller erfaringsmateriale om viser ressursbehov og ressursbruk knyttet til fritids- og hyttebeboere. Det er bare to av de intervjuede kommunene som kan konkretisere kostnadene ved pleie- og omsorgstjenester til hyttebeboere. Den ene har et konkret regnskap og den andre svarer ca. 1 årsverk uten å tallfeste noe nærmere. *"Har ikke vurdert det da kostnadene er små og dekkes innen dagens rammer"* (Virksomhetsleder for hjemmetjenesten). Dette tolker vi som om kostnadene ved pleie- og omsorgstjenester til hyttebeboere er små i den store sammenheng, og at flertallet av kommunene ikke vurderer det som særlig utfordrende. Dette kan tolkes som om en synliggjøring av kostnadene ved helsetjenester til hyttebeboere ikke har noen hensikt da det oppfattes som en relativ liten kostnad i budsjettsammenheng.

Spørsmålet om hvordan kostnaden ved pleie- og omsorgstjenester til hyttebeboerne dekkes inn blir egentlig hypotetisk og bare aktuelt for de kommunene som ser pleie- og omsorgstjenester til hyttebeboere som et økonomisk problem, og som kan synliggjøre kostnaden. Det ligger imidlertid i sakens natur at det er kostnader ved helsetjenester til hyttebefolkningen, men at disse kostnadene av ulike årsaker ikke kan synliggjøres. Derfor er spørsmålsstillingen relevant for alle kommuner.

*Bruk av skjønnsmidler*

Skjønnsmidler er øremerkede midler til kommunesektoren som deles ut til inntektssvake kommuner med spesielle utfordringer. Skjønnsmidler er i utgangspunkt relatert til prosjekter. Et av grunnlagene for skjønnskudd er at andre finansieringsalternativer er forsøkt. Det har vært eksempler på at Fylkesmannen på oppfordring fra Regjeringen har satt opp tildeling av skjønnskudd mot muligheten til å innføre eiendomsskatt. Mange kommuner har satt sin lit til skjønnsmidler, mens brevet av 12. august 2008 fra kommunalminister Magnhild Meltveit Kleppa til Regjeringen nærmest avskjærer kommuner som ikke fullt ut utnytter sitt eget inntektsgrunnlag med eksempelvis å innføre eiendomsskatt fra denne muligheten. Det legges således et press på kommunene til å se på eget skatte- og avgiftsregime der eiendomsskatt vil være det mest nærliggende å gripe til for å dekke inn kostnader knyttet til hyttebefolkningens bruk av helse- og sosialtjenester. Skjønnskudd kan være en løsning der alle andre muligheter er forsøkt, men det er lite forutsigbart og som begrepet sier, basert på skjønn.

For kommuner med høyt antall fritidsboliger kan det tildeles *skjønnsmidler*. Det er imidlertid kun én kommune som oppgir å ha mottatt skjønnsmidler fra staten. Dette for å dekke opp for økonomiske merkostnader knyttet til pleie- og omsorgstilbud. Årsaken til hvorfor det er så få kommuner som er tildelt skjønnsmidler innen pleie- og omsorgstjenester fremkommer ikke av surveyen, men det kan nok være flere grunner for det. En årsak kan være uvitenhet om hvilke rettigheter kommunene har for å få dekket merkostnader innen pleie- og omsorgstjenester som følge av fritidsbefolkningen. En annen årsak kan være at kostnadene ikke er store nok for at det skal være hensiktsmessig å søke om mer midler. 75 prosent av kommunene oppgir at det ikke er mer enn kr. 22.500 i ekstrakostnader pga. økt pågang innen pleie- og omsorgstjenester. Et marginalt beløp i den store sammenheng og hvor utarbeidelse av søknad om skjønnsmidler med dokumentasjon ville kostet minst like mye å utarbeide. Vinningen går derved opp i spinningen.

Av dette kan vi konkludere med at søknad om skjønnsmidler er lite formålstjenlig i forhold til finansieringa av helsetjenester til fritidsboende. Det er bare to av kommunene som mottar skjønnsmidler. Den ene fikk skjønnsmidler som en direkte konsekvens av belastningen ved pleie- og omsorgstjenester til hytteboerne. For den andres vedkommende er ikke



skjønnsmidlene tildelt pga. økonomisk belastning ved hyttebefolkningens behov for pleie- og omsorgstjenester, selv om dette momentet var tatt med søknaden. Dette tolker vi som om både kommunene selv og Fylkesmannen som fordeler skjønnsmidler ikke ser den økonomiske belastningen ved pleie- og omsorgstjenester til hytteboere så stor at grunnlaget for skjønnsmidler er tilstede.

#### *Bruk av eiendomsskatt*

Eiendomsskatten er en frivillig kommunal skatteform. Det er kommunestyret som avgjør om kommunen skal ha eiendomsskatt. Det er også opp til den enkelte kommune å bestemme utformingen av eiendomsskatten innenfor rammene fastsatt i eiendomsskattelova. Satsen for eiendomsskatten skal være mellom 2 og 7 promille av takstgrunnlaget. I 2008 hadde 276 kommuner eiendomsskatt i en eller annen form. Kommunenes samlede inntekter fra eiendomsskatten er i overkant av 6 mrd. kroner, og skatten er således en viktig kilde til finansiering av mange kommuners tjenestetilbud. Som skatt har eiendomsskatten gode egenskaper sammenliknet med andre skatteformer, først og fremst fordi skatten er knyttet til bygg og grunn. Skattegrunnlaget er dermed vesentlig mer immobil og stabilt over tid enn for eksempel finanskapital. Eiendomsskatten er også i mindre grad enn andre skattarter avhengig av konjunktorene, slik for eksempel selskapskatten er. Motargumentet er at eiendomsskatten er inntektsuavhengig og dermed kan ramme hardt de som har store boliger og liten inntekt, f.eks. enker med minstepensjon. Dette gjelder også for hytter som gjerne har et høyere prisgrunnlag for beregning av eiendomsskatt. Eiendomsskatt kan slå mer sosialt uheldig ut og det er en av grunnene at den er vanskelig politisk å innføre.

I 2007 ble det åpnet for at det kunne skrives ut eiendomsskatt i hele kommunen. Tidligere var det kun adgang til å skrive ut eiendomsskatt på ”verker og bruk” og i ”bymessige strøk”. En konsekvens av dette var at flere typiske hyttekommuner nå ilegger hytter og fritidsboliger eiendomsskatt. Det er ikke anledning til å benytte ulik skattesats for boliger og fritidsboliger/hytter, og kommunene skal også følge de samme prinsippene ved verdsetting av boliger og fritidsboliger/hytter.

Ifølge en undersøkelse i regi av Huseiernes Landsforbund i 2009, har 111 kommuner innført en eiendomsskatt som også omfatter fritidseiendommer. I vårt utvalg oppgir 63 prosent av kommunene at de har innført eiendomsskatt på fritidsboliger, hvilket er betydelig høyere enn blant alle landets kommuner. Vi har imidlertid valgt ut hyttekommuner som kriterium i vårt utvalg og derved er dette også som ventet. Vi har ingen indikasjoner på hvilke type hyttekommuner, små eller store, som har innført denne skatten. Av de kommunene som har svart på undersøkelsen utgjør eiendomsskatten i snitt 2 prosent av kommunens samlede inntekter. Eiendomsskatten utgjør for de fleste svært lite av de samlede kommunale inntektene. 63 prosent av kommunene oppgir også at de har egne satser for *kommunale avgifter til fritidsboliger*. Disse avgiftene er primært for å dekke kostnader for vann, vei og kloakk for fritidsbefolkningen.

Bruk av eiendomsskatt vil være én mulighet for finansiering av pleie- og omsorgstjenester overfor fritidsboende. Mye tyder på at det er større villighet i befolkningen til å betale skatt til dekning av fellesgoder, men det er uklart om dette også kunne gjelde hytteeiers holdning til eiendomsskatt som virkemiddel for å kunne opprettholde et godt pleie- og omsorgstilbud i hyttekommunen. Eiendomsskatt er et ømtålig tema også sett fra overordnede myndigheters side knyttet til den enkelte kommunes budsjettsituasjon. Blant annet er innføring av eiendomsskatt blitt knyttet til tildeling av skjønnsmidler ved at regjeringen har bedt fylkesmennene "være varsomme" med å tildele skjønnsmidler til kommuner som ikke fullt ut "utnytter sitt eget inntektsgrunnlag".

Både i surveyen og i intervjuene med kommunene er eiendomsskatt tema. Men innføring av eiendomsskatt er et så kontroversielt politisk tema med en rekke implikasjoner, at det ikke kan drøftes her, men bare pekes på som en lovhjemlet mulighet. Ved å innføre eiendomsskatt blir det åpnet for muligheten til skjønnsmidler. Dette tolker vi som at eiendomsskatt ikke er noen løsning på ressursituasjonen i forhold til helsetilbudet til hyttebeboerne. Innføringen av eiendomsskatt virker som en symbolhandling for å kunne dokumentere at alle inntekstmuligheter er forsøkt, noe som er en betingelse for tildeling av skjønnsmidler. Bruk av egenandeler, hvor kommunene står rimelig fritt innen regelverket, kan synes som en bedre

løsning fordi den er rettet direkte mot bruker av tjenesten, selv om den ikke kan anvendes i forhold til kommunale helsetjenester.

Når vi ser på svarene i intervjuundersøkelsen og surveyen samlet, kan vi derfor ikke se at generelle kommunale avgifter eller eiendomsskatt vil ha noen betydning i forhold til å dekke kostnader ved helsehjelp til hytteboere. Kommunene har tydeligvis trukket samme konklusjon og ikke brukt ressurser på å utrede finansieringsalternativer i forhold til hytteboere.

#### *Bruk av egenbetalingsordninger*

75 prosent av kommunene har oppgitt at de har egenandel på pleie- og omsorgstjenester. For kommuner som ikke har innført egenandeler, oppgir 7 av totalt 9 kommuner at det kan bli aktuelt å innføre det en gang i fremtiden. Dette for å dekke opp for noen av de utgiftene kommunene har innenfor pleie- og omsorgstjenester. En aldrende befolkning med økt behov for pleie- og omsorgstjenester blir en stor utfordring for kommunene. Tjenesten kan i fremtiden bli helt eller delvis avhengig av egenbetaling. Det er ulike regler for kommunens adgang til å ta betaling for tjenester i og utenfor institusjon. Hjemmesykepleie og tjenester til personlig stell og egenomsorg er imidlertid gratis. Kommunen kan i utgangspunktet selv bestemme nivået på egenandelene med et øvre tak på det tjenesten koster å produsere. Egenandelene skal ses i sammenheng med brukerens inntekter. Kommunene har begrensninger i retten til å kreve egenbetaling. Begrensningene er hjemlet i blant annet *lov om helsetjenester i kommunene* og i *forskrift om vederlag for sosiale tjenester, hjemmesykepleie og for opphold i institusjon mv.*

Kommunene skiller ikke mellom tjenester til fastboende og fritidsboende. Når det gjelder kommunenes håndtering av det økonomiske er det stort sett samsvar mellom kommunenes måte å gjøre det på. Forskjellene er satsene på egenbetalingen. Det er imidlertid vanskelig å peke på overføringsverdier så lenge åtte av ti intervjuede kommuner ikke har oversikt over ressursbruken i forhold til fritids- og hytteboere.

*”Når det gjelder alt annen måte å dekke inn kostnadene på, tar vi betaling av hytteboere på linje med innbyggere. De betaler for korttidsopphold i institusjon etter forskriften for slik*

*betaling og det kreves egenandel for hjemmehjelp. Det er en minstesats og deretter gradert etter inntekt. Det kreves ikke egenbetaling for hjemmesykepleie. Einingsleiar for tjenestene opplyser for øvrig at vi fjor hadde 1-2 forespørsler fra hytteboere og det har vært det samme antallet i år. Problemet er derfor ikke påtrengende, men vi må vente at pågangen vil øke i årene framover.” (Rådmann)*

Dette utsagnet viser at for mange hyttekommuner synes ikke pleie- og omsorgstjenester til hytteboere å være noen stor utfordring. Det kan likevel tenkes at et utsagn som nedtoner problemet har sin årsak i at kommunen ikke har gode data på dette. En annen kommune med ca. 2500 fritidsboliger gir følgende svar på spørsmål om egenbetaling:

*”Hjemmehjelpen har graderte satser etter inntekt. Sykehjemsplass koster kr. 125 pr. døgn. For øvrig har vi ingen post på budsjettet som dekker gjesteburere - det blir overforbruk på det vanlige budsjettet.” (Pasientkoordinator)*

*”Kommunen har ingen praksis for inndekning av denne type kostnader.” (Kommunalsjef Helse, omsorg og velferd)*

*”Dette er tatt opp med kommunens politikere uten at det pr. i dag er funnet noen løsning på dette. Det eneste som kan kreves inn er vedtatte egenandeler for hjemmehjelp etc. Helsetjenester er kostnadsfritt for brukeren. De fleste hytteeierne bor i det sentrale østlandsområdet med store kommuner som Oslo, Asker og Bærum. Politikerne der har ingen sans for å bli avkrevd betaling for helsetjenester i andre kommuner.” (Helse- og sosialsjef)*

Vi spurte også om kommunenes kunnskap om rett til sykehjemsplass der en av kommunene svarte at dette var ukjent, mens det synes å være en kjent mulighet i de fleste kommunene.

*”En har erfaring med at pasienter blir tatt ut fra sykehjem i hjemkommunen og tatt med til oss. Enkelte ønsker å dø på*

*hyttene sine, noe som er en utfordring for helsepersonalet.”*  
(Virksomhetsleder for hjemmebaserte tjenester)

*”Ja, dessverre. Kommunen opplever at noen ønsker å dø på hytta. Det kan ende med sykehjemsplass i terminalfasen.”*  
(Pasientkoordinator)

Til tross for at kommunene vet at også hyttebeboere har rett til sykehjemsplass, kunne ingen svare på om de hadde tatt høyde for at dette i kommuneplanen. Med utgangspunkt i disse erkjennelsene og at Samhandlingsreformen legger føringer for at en rekke oppgaver skal overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, bør sykehjemsplasser i større grad også defineres som en del av pleie- og omsorgstjenester til hyttebeboere. Vi ser her at det kan være et språk mellom oppfatningen om at pleie- og omsorgstjenester til hyttebeboere er en betydelig kostnad og det som kommer fram i intervjuer med kommuner.

#### *Bruk av refusjonsordninger mellom kommunene*

Hyttekommunene har i dag ingen lovhjemmel for å kunne kreve refusjon for pleie- og omsorgstjenester fra hjemkommunen. Derimot er det i dag en rekke ordninger for å dekke inn kostnader knyttet til tjenester kommunene imellom. En kan nevne felles renovasjon, brannvesen, regnskapstjenester, landbrukskontorer, barnevern og en rekke andre kommunale tjenester. Et konkret eksempel er ”gjestelever” i grunn- og videregående skole der kommunen eller fylkeskommunen betaler for elever som går på skole i andre kommuner og fylkeskommuner enn sin egen. Også innen barnevernet er det lovfestede ordninger for refusjoner kommunene i mellom. Dette er beskrevet i kapittel 4.2.

I følge surveyen kan 76 prosent av kommunene ser for seg en refusjonsordning i pleie- og omsorgstjenestene fra fritidsbefolkningens folkeregistrerte adresse. Vi kan dermed konkludere med at en form for refusjonsordning er den modellen de fleste hyttekommuner ønsker. Med utgangspunkt i at kommunene ikke kan kreve refusjon for pleie- og omsorgstjenester fra folkeregistrert bostedskommune, har vi i intervjuene med de 10 utvalgte kommunene spurt om de har vurdert mulighetene for å

dekke inn dette på andre måter eksempelvis lovendring som gir hjemmel for refusjonskrav.

For de øvrige kommunene som er intervjuet er stort sett dette sett på som et "ikke problem" som riktig nok har vært drøftet og tatt opp med andre kommuner, med KS og i sentrale rikspolitiske fora, men som for tiden ikke står på dagsorden. Dette kan tolkes på to måter:

- En synliggjøring av kostnadene ved pleie- og omsorgstjenester til hytteboere ikke har noen hensikt da det oppfattes som en relativ liten kostnad i budsjettssammenheng.
- Kommunene har ikke tro på at et krav om en lov/forskrift der hjemstedskommunen pålegges å betale for pleie- og omsorgstjenester ytet av andre kommuner, vil føre fram.

**Vi tolker kommunenes samlede svar som at dette er et så lite problem at de velger ikke å bruke ressurser på det. Når en ser på framskrivningen av demografi og folkesykdommer vil det imidlertid ikke kunne forbli slik i fremtiden, og problemstillingen vil tvinge seg på.**

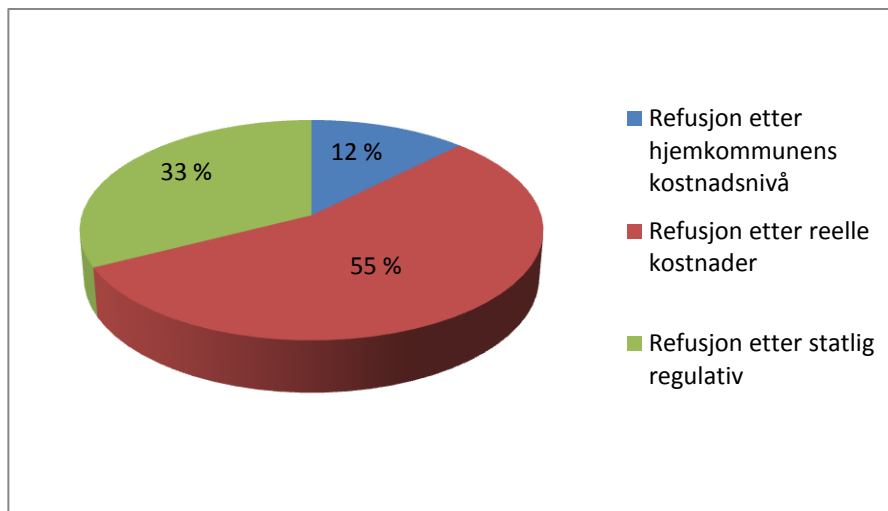
Vi anser det som overveiende sannsynlig at kostnadsbruken for hyttebeboere vil langt på vei oppveie for administrative kostnader knyttet til refusjoner. Demografisk utvikling og endringer i sykdomsbildet utfordrer kommunenes økonomiske bæreevne. Kostnadsstrukturen ved helse- og omsorgstjenester til hyttebefolkningen er annerledes enn for kommunens fastboende da beliggenheten av hyttene er spredt og med lange avstander fra omsorgsbasene. Et refusjonssystem må beskrive hvilke typer kostnader som eventuelt bør kunne kreveres refundert.

En felles utarbeidet individuell plan (IP) kan være et relevant verktøy i en slik prosess. Alle som har langsiktige tjenestebehov har rett til Individuell plan, IP. Denne planen "eies" av brukeren og vil kunne tas med til hyttekommunen og brukes der. I Samhandlingsreformen vurderes den individuelle planen som et viktig verktøy for å kunne yte gode, individrettede helsetjenester. Ved kartlegging og drøfting av refusjonsordninger på andre sektorer har vi i kapittel 4 pekt på ordninger som anvendes på andrekommunale sektorer og som kan være mulige modeller for formålstjenlige refusjonsordninger og rasjonelle

innkrevingsformer. I tillegg viser erfaringene fra Danmark at et slikt system er fullt ut mulig og modellene kan overføres til pleie- og omsorgssektoren.

Det er tre mulige modeller for refusjon: Refusjon basert på hjemkommunens kostnadsnivå, refusjon etter reelle kostnader, eller et statlig regulativ. Alle tre modellene har sine sterke og svake sider. Det vesentlige er å få en endelig modell implementert i lover og forskrifter slik det er gjort for undervisningssektoren og barnevernet. For at et regime for refusjoner skal kunne fungere etter hensikten er det uansett valg av modell nødvendig å ha et godt presisjonsnivå for beskrivelse av ytelsene, både rammer, innhold og takster som gjør dem håndterbare. Grunnlaget for refusjonene kan være timepris eller fastpris etter type ytelser der det også legges inn kostnader ved framkommelighet til bruker, og det bør være en felles mal for refusjonskravet. Som et eksempel på hvordan refusjoner kan løses kommunene i mellom viser vi til kontrakten mellom kommunene Frogn, Nesodden og Ås.

**Figur 20: Potensielle refusjonsordninger (N=40)**



55 prosent av kommunene mener at det bør være en refusjonsordning som dekker de reelle kostnadene tilknyttet til pleie- og omsorgstjenestene i kommunen. Refusjonsordningen som er minst aktuelt er en ordning som refunderer etter fritidsbeboernes hjemkommunes eget kostnadsnivå. Hele 33 prosent av kommunene synes det er greit med en refusjonsordning etter

statlig regulativ (Figur 20). Med tanke på utfordringer knyttet til adkomst med mer til hyttene vil det være naturlig å bruke de reelle kostnadene for hjemmehjelp.

For å møte kostnadsutviklingen er det nødvendig å se på dagens lovverk og forskrifter, og peke på lovendringer som må gjennomføres for å kunne møte denne utfordringen. Øket egenfinansiering vil kunne ramme grupper av fritidsboende, eksempelvis funksjonshemmede, uføretrygdede og pensjonister. Eventuelle nye lover og forskrifter i forhold til egenbetaling sannsynligvis vil få en ”skjerming” av grupper med lav betalingsevne. For å avklare dette er det nødvendig å se på konsekvensene for de gruppene det gjelder, og hvilke konsekvenser det vil ha for hyttekommuner med hytteboere som har ulik grad av betalingsevne for pleie- og omsorgstjenester. Usikkerheten knyttet til konsekvensene av Samhandlingsreformen gjør imidlertid en slik avklaring nesten umulig pr. i dag selv om det er ønskelig. Vi vil derfor anbefale å vurdere de ordningene som brukes innen undervisningssektoren og barnevernet for pleie- og omsorgstjenester. Ikke minst vil vi anbefale at dette gjennomføres i nær fremtid for å møte den kostnadsmessige økningen som kommer.



## 6 Oppsummering og konklusjon

Utgangspunktet for ”Utredning av pleie- og omsorgstjenester for hyttebeboere” er at utover de refusjoner som gis fra NAV for legehjelp, belaster kostnader ved pleie- og omsorgstjenester til hyttebefolkningen hyttekommunene. Agderforskning AS har utredet hvordan hyttekommuner på ”Østlandet” som representerer ca. halvparten av alle fritidsboligene i Norge løser kommunale pleie- og omsorgsoppgaver relatert til hytte/fritidsbeboelse. Fokus i utredningen er rettet mot kommunenes finansieringsmuligheter og rekruttering av pleie- og omsorgspersonell i forhold til behovet som kan variere ut fra sesongsvingninger i løpet av året. Vi har også utredet hvordan kommunene er forberedt på nye utfordringer i årene fremover og supplert dette med tabeller og figurer.

Det tegner seg et klart bilde av at kommunene pr. i dag ikke vurderer pleie- og omsorgstjenester til hyttebeboerne som spesielt problematisk. Enkelte peker på at sesongsvingningene kan være utfordrende, spesielt i forhold til hjelpetrengende ferierende som tas ut av sykehjem, eller personer som ønsker å ha terminalfasen på hytten. Hyttene endrer karakter fra å være ferie- og rekreasjonssted i kortere eller lengre perioder til å bli ”til og fra boliger”. Ved en slik utvikling vil en kunne oppleve at eldre mennesker bor så lenge det er mulig på hyttene sine der hyttekommunene har bedre helsetilbud enn hjemkommunen med de utfordringene dette kan bli for hyttekommunene. Bygging av fritidsboliger har hatt en aggregert vekst på 14 prosent siden 2000 og det forventes en ytterligere vekst de neste 10 årene. Dataene for store hyttekommuner avdekker i tillegg en klar tendens til at det ytes helsehjelp til flere fritids- og hyttebeboere. Det er en klar tendens til at hyttene brukes stadig lengre i takt med endring i arbeids- og fritidsmønster og med økende standard på fritidsboligene. Det er også en tendens til større grad av ”permanent bosetning” i fritidsboligene uten at det meldes flytting til folkeregisteret.

Gjennomgående er utfordringen å ha tilstrekkelige ressurser på plass når folk er på hyttene sine uten at dette er konkretisert i spesifikke planer eller ved annen dokumentasjon utover helt unntaksvis å være nevnt i enkelte kommuners rullerende langtidsplaner. De utfordringene som avtegnes i materialet synes mer å være et planleggingsproblem enn et ressursproblem.

Flere kommuner peker imidlertid på at situasjonen vil kunne bli mer krevende når hyttene blir større, får boligstandard og benyttes mer. For enkelte kommuner er utfordringen at hyttene kan ligge uveisomt til slik at hjemmesykepleie til beboere kan by på logistiske utfordringer.

Kommunene mener at de har god oversikt over fritidsbefolkningen og hvor mange som benytter seg av pleie- og omsorgstjenestene. Når vi i telefonintervjuene går nærmere inn på hvilke data de måtte ha, viser det seg imidlertid at slike oversikter ikke finnes, og det er gitt uttrykk for at det ikke skilles i særlig grad mellom kommunens innbyggere og hyttebeboere. Vi tolker dette som om kommunene totalt sett har så store økonomiske fordeler av hyttebeboerne at de ikke ser kostnaden ved pleie- og omsorgstjenester til disse som et så stort problem at de på nåværende tidspunkt vil bruke ressurser på få vedtatt et nasjonalt regelverk som gir adgang til refusjon fra hjemkommunen. Dette til tross for at surveyen viser at 76 prosent av kommunene ser for seg en refusjonsordning innen pleie- og omsorgstjenestene fra fritidsbefolkningens folkeregistrerte adresse. Denne noe avventende holdningen kan forstås fordi minst halvparten av kommunene oppgir at de har kr. 10.000 eller mindre i ekstraavgifter som følge av fritidsbefolkningen. Bortsett fra noen enkeltkommuner oppfattes ikke ressursene som brukes på pleie- og omsorgstjenester til hytteboere som noe problem, og behovene som endres med sesongsvingningene håndteres rimelig greit.

Folkehelseprognoser fram mot 2020 og 2030 viser en betydelig økning i den delen av befolkningen som vil trenge helsehjelp både fra spesialisthelsetjenesten, og fra kommunehelsetjenesten. Samtidig overføres i henhold til Samhandlingsreformen en rekke helsetjenester fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Behovet for helsetjenester som hytteboerne har rett på er så stor, og vil øke så betydelig fram mot 2020-2030 at det blir en uforholdsmessig stor ressursmessig utfordring for den enkelte hyttekommune, selv om det ikke kan fremlegges god dokumentasjon for kostnadsutviklingen. En må i tillegg kunne forutsette at behovet for helsehjelp til hytteboerne vil øke i takt med at denne tjenesten blir bedre kjent.

Kommunene selv er ikke mer bekymret for utviklingen i helsetjenestene til hytteboerne enn for innbyggerne for øvrig. På den annen side er det klart at etter hvert som fritidsboligenes standard heves og brukes over lengre perioder vil det utfordre det kommunale tjenestetilbudet i stadig større grad. På et tidspunkt vil dette kunne bli så utfordrende at et regime for refusjonsordninger vil kunne tvinge seg fram.

Kommunene kan vise til en rekke former for samarbeid innen ulike sektorer, men dette er i liten grad knyttet til helse- og omsorgstjenester. For å være føre var vil det være fornuftig allerede nå å fremme et forslag om refusjonsordninger slik at et regelverk for refusjon av kostnadene for pleie- og omsorgstjenester til fritids- og hyttebeboere fra folkeregistrert bostedskommune er på plass før utfordringene begynne å bli for store. I rapporten har vi pekt på hvordan dette gjøres i utdanningssektoren og barnevernet, der det med utgangspunkt i lover og forskrifter er robuste refusjonsordninger. Danmark har en løsning med overføringsverdi til norske forhold.

Når det gjelder rekrutteringssituasjonen viser materialet at den er lite bekymringsfull, og håndteres rimelig greit. Det er imidlertid forskjeller mellom kommunene på hvordan dette løses. Felles for dem er at bruken av vikarbyråer er minimal. Et annet fellestrekk er at det i en rekke kommuner er ferierende fagpersoner som leger, sykepleiere og andre som tar vakter, et fenomen som har tiltatt etter hvert som folk bor i lengre perioder på hyttene. Den eneste kommunen som kunne vise til særskilte utfordringer i forhold til rekrutteringssituasjonen har en tidobling av folketallet om sommeren, og står derfor i en særstilling. Som incentiver for rekruttering i pressede perioder ble det i hovedsak benyttet full lønns ansiennitet og oppjustering av deltidsstillinger til fulle stillinger.

Når det gjelder fremtidig ressursbehov og hvordan hyttekommunen skal få dekket dette ser vi en rekke usikkerhetsfaktorer. Til tross for at 1/3 del av kommunene er urolige over situasjonen kan vi ikke se at kommunene har tatt noen politiske eller administrative grep for å forberede seg på situasjonen som framskrivningene peker på. Den mest fremtredende usikkerheten ligger i konsekvensene av Samhandlingsreformen som vil føre til store endringer i Helse-Norge knyttet til hvilke oppgaver som skal legges til kommunene,

men der finansieringsordningene fremdeles er uklare. Derfor er det problematisk å lage gode og troverdige fremskrivninger på dette. **Samhandlingsreformen skygger over andre utfordringer.**

Det kan også med rimelig sikkerhet slås fast at kommunene ikke forholder seg aktivt til konsekvensene av den demografiske utviklingen og de fremskrivninger som foreligger mht. folkehelsen. Det foreligger bare løse antakelser fra hyttekommunene om utfordringsbildet og ressursbehovet knyttet til dette, og lite er gjort i forhold til kommunale planer.

På bakgrunn av analyser og drøftinger av det innsamlede materialet anbefaler vi derfor at det allerede nå oppfordres til at hyttekommunene utreder utfordringer og konsekvenser av lovpålagt rett til pleie- og omsorgstjenester til fritids- og hyttebeboere og tar dette inn i kommuneplanene. Videre vil vi anbefale at en ser på et forslag til refusjonsordninger. Utgangspunktet kan være de ordninger som gjelder for utdannings- og barnevernsektoren der en også trekker inn erfaringene fra Danmark. En refusjonsordning mellom kommuner er etter vår vurdering den mest hensiktsmessige finansieringsmodellen.

## Appendiks

### Appendiks 1: Survey

1. Vennligst velg kommune fra rullegardin
2. Hvor mange fritidsboliger er det i din kommune?
3. Hvordan forventer du utviklingen vil bli i din kommune i forhold til bygging av nye fritidsboliger de neste 10 år?
4. Vennligst vurder hvor mange måneder i året fritidsboligene brukes?
5. Hvor mange mottakere av pleie- og omsorgstjenester har din kommune? (Antall sykehjemsbeboere totalt; Antall hjemmebeboere med behov for omsorg totalt)
6. Har kommunen oversikt over hvor mange mottakere av pleie- og omsorgstjenester i 2009 som har bostedsadresse i andre kommuner?
7. Hvor mange mottakere, som har bostedsadresse i andre kommuner, fikk pleie- og omsorgstjenester av kommunen i 2009?
8. Har kommunen beregnet/stipulert hvor store kostnader dette utgjør i 2009? (i hele tusen kroner)
9. Deltar kommunen i interkommunalt samarbeid om pleie- og omsorgstjenester?
10. Hva er de viktigste begrunnelser for at kommunen inngår i interkommunalt samarbeid?
11. Hvilke flaskehalsar ser kommunen vil ha for pleie- og omsorgstjenestene i årene fremover? Vennligst spesifiser.
12. Er problemstillingen ”pleie- og omsorgstjenester” for hyttebeboere diskutert i kommunen? Hvilke av følgende utsagn er mest dekkende for situasjonen i din kommune:
13. Har kommunen innført eiendomsskatt på fritidsboliger?
14. Hvor stor andel av kommunens samlede inntekter utgjør

eiendomsskatten på fritidsboliger? Oppgi tallet i prosent av kommunens inntekter

15. Har kommunen egne satser for kommunale avgifter for fritidsboliger?

16. Har din kommune blitt tildelt skjønnsmidler fra Staten for å dekke kostnadene ved at fritidsbefolkningen benytter seg av det kommunale pleie- og omsorgstilbudet?

17. Hvordan vurderer kommunen det fremtidige kommunale behovet for pleie- og omsorgstjenester for fritidsbefolkningen?

18. Vil din kommune være i stand til å dekke økt etterspørsel etter pleie- og omsorgstjenester i de neste 10 år?

19. Har kommunen egenandeler på pleie- og omsorgstjenester?

20. Kan kommunen tenke seg å innføre egenandeler i fremtiden?

21. Er kommunen forberedt på de økonomiske konsekvenser av samhandlingsreformen med hensyn til fritidsbefolkningen?

22. Har kommunen tatt høyde for eldrebølgen som også gjelder fritidsbefolkningen?

24. Hvilken type refusjonsordning er mest aktuell for kommunen?

23. Kan kommunen ser for seg en ordning med refusjon fra fritidsbefolkningens folkeregistrerte hjemkommune?

25. Har kommunen nok kvalifisert personell til å dekke den økte etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenester på de tidspunktene av året hvor det er mange hyttebeboere i din kommune?

26. Er kommunen forberedt på personellmessige konsekvenser av økt behov for pleie- og omsorgstjenester i fremtiden (eldrebølgen, samhandlingsreform)?

27. Hvilke tiltak bruker kommunen for å skaffe personell til pleie- og omsorgstjenester? Vennligst spesifiser

## Appendiks 2: Intervjuguide

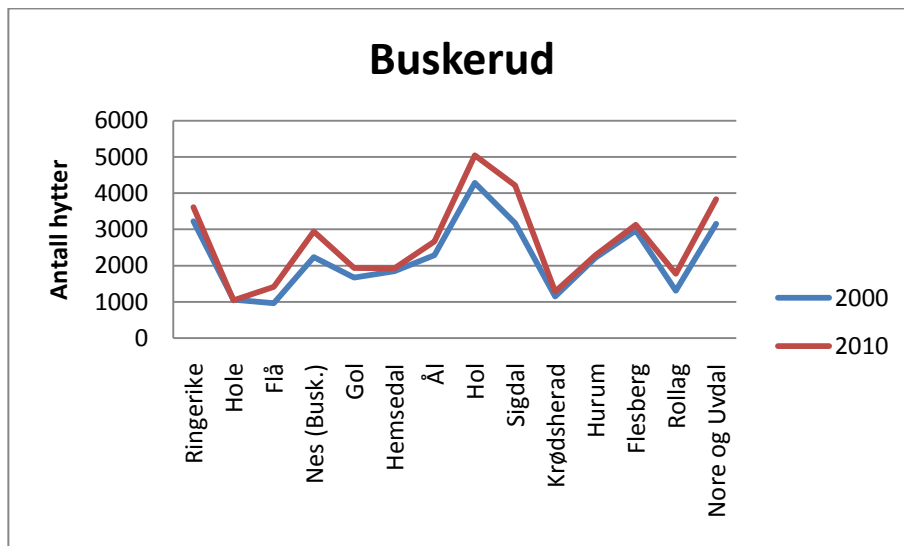
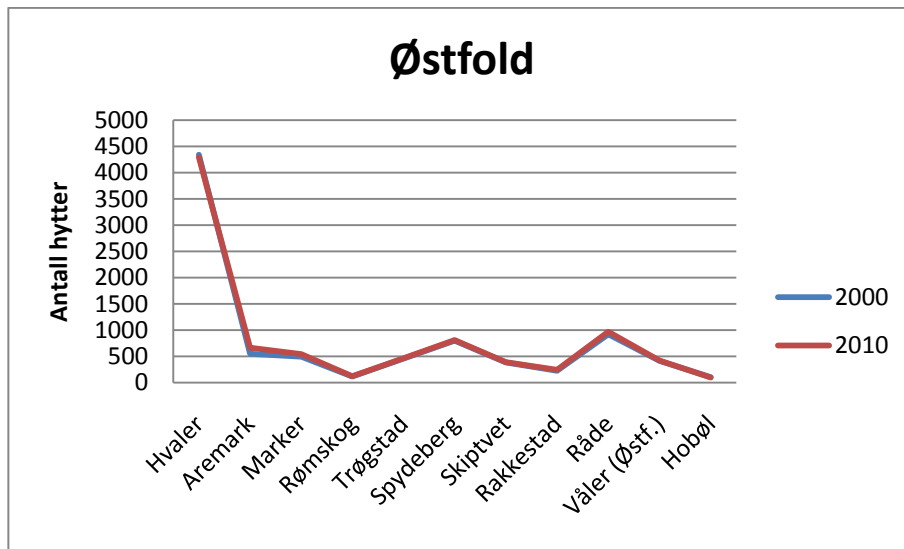
1. Hvilke utfordringer har kommunen i dag ved å yte hjemmehjelp/hjemmesykepleie til hytteboere?
  - a. Hvordan vil kommunen håndtere disse utfordringene i framtiden?
2. Har kommunen tatt høyde for eldrebølgen som også gjelder hyttebefolkningen?  
I tilfelle nei: Hvorfor ikke?
3. Hvilke kostnader ved omsorgstjenester til hyttebefolkningen har kommunen i dag?
4. Hvordan dekkes denne kostnaden inn?
  - a. Eiendomsskatt
  - b. Avgifter
  - c. Annen måte:
5. Har kommunen tenkt på muligheter for å dekke dette inn (evt. refusjoner etc. fra hjemstedskommunen, annet)
6. Når bor hyttebefolkningen på hyttene sine?
7. Har kommunen tatt problemet med omsorgstjenester til hyttebefolkningen på alvor?
  - a. I tilfellet, hvordan?
  - b. Har kommunen en plan?
8. Er kommunen klar over at hytteboere kan kreve sykehjemsplass?
9. Har kommunen ressursmessig kapasitet økonomisk, organisatorisk og personellmessig til å møte utfordringene?
10. Er kommunen forberedt på konsekvensen av samhandlingsreformen mht. hyttebefolkningen?
11. Hvordan rekrutterer kommunen helsepersonell i ”topp-perioder”
  - a. I dagens situasjon
  - b. I framtiden
12. Får kommunen skjønnsmidler, og eventuelt på hvilket grunnlag

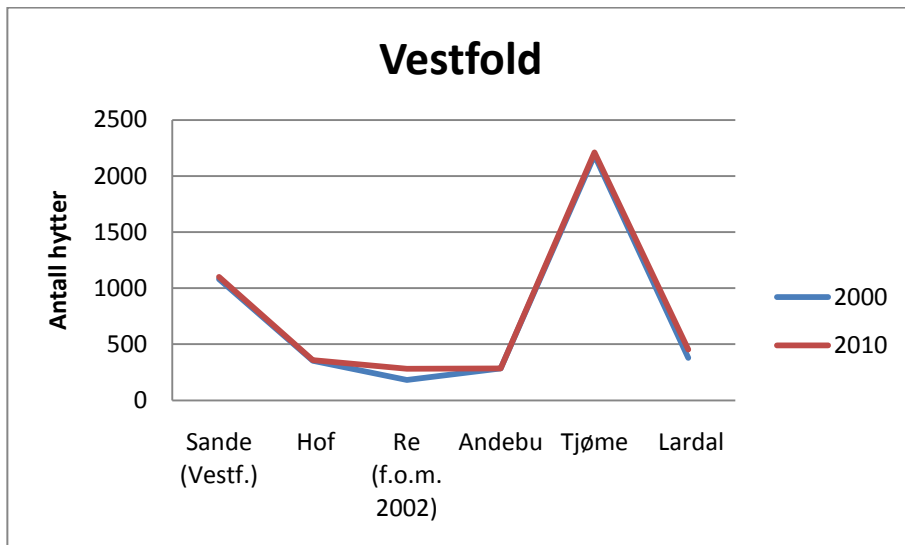
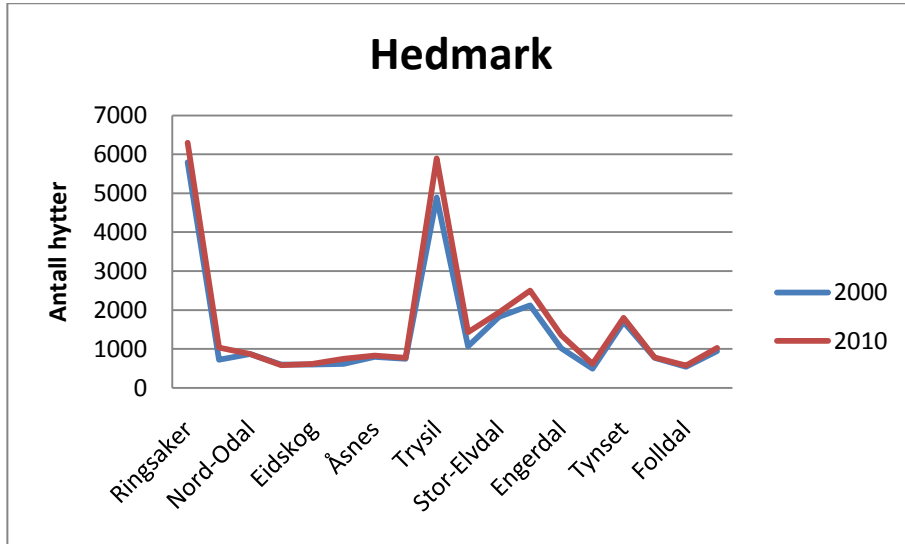
13. Hvilke typer interkommunalt samarbeid har kommunen i dag
  - a. Hvordan fungerer evt. samarbeid
  - b. Hvordan finansieres samarbeidet
  - c. Hvorfor samarbeid

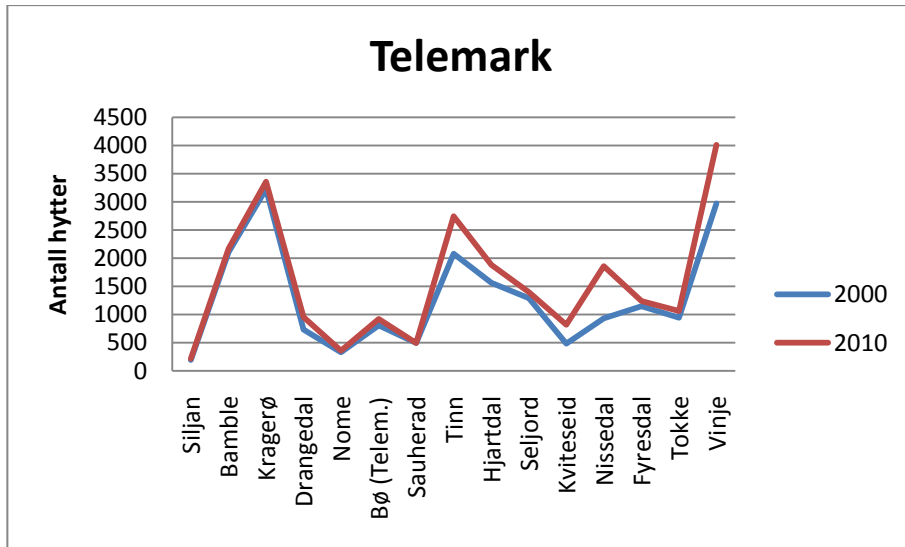
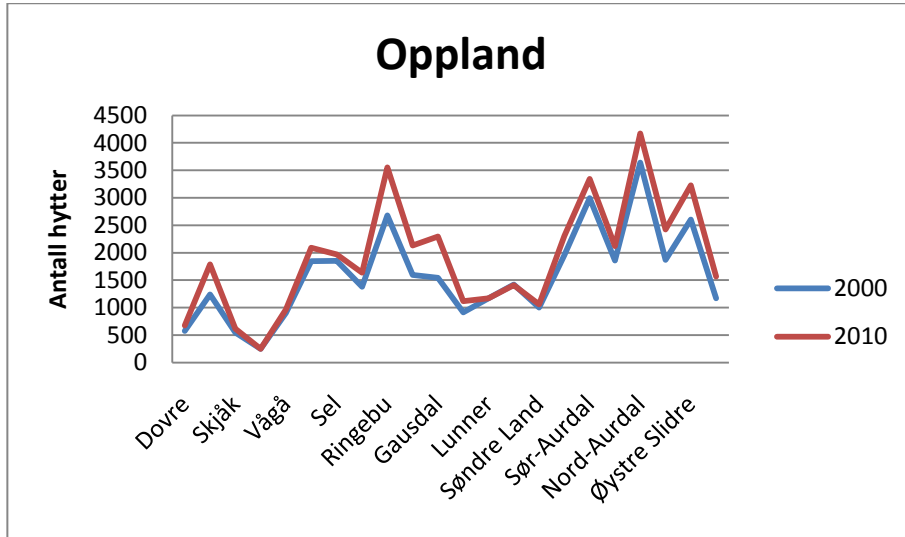
Gode eksempler:



**Appendiks 3: Eksisterende bygningsmasse. Antall fritidsbygninger. Utvikling siste 10 år (Kilde: SSB)**







### Litteraturliste

Carlsson, Y. (2008) Når folk bor på mer enn et sted – utfordringer for de kommunale pleie- og omsorgstjenester. KS-notat

Daatland, S.O. & Herlofson, K. (2004) *Familie, velferdsstat og aldring. Familiesolidaritet i et europeisk perspektiv*. NOVA-rapport 7/2004

Ericsson, B. & Grefsrud, R. (2005) *Fritidshus i innlandet: Bruk og lokaløkonomiske effekter*. ØF-rapport 6/2005. Østlandsforskning, Lillehammer.

Overvåg, K. (2009) *Second Homes in Eastern Norway*. PhD thesis. NTNU, Trondheim.

St.meld. nr. 9 (2008-2009) Perspektivmeldingen 2009

St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer

St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid

St.meld. nr. 30. (2000-2001). Langtidsprogrammet 2002–2005. Tilråding fra Finansdepartementet av 30. mars 2001

LOV 1982-11-19 nr 66: Lov om helsetjenesten i kommunene. § 2-1. (Rett til helsehjelp)

LOV 1999-07-02 nr 63: Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)

Lov-1991-12-13- nr.81 Lov om sosiale tjenester m.v. (Sosialtjenesteloven)

NoU 2005: 18 Fordeling, forenkling, forbedring. Inntektssystemet for kommuner og fylkeskommune

NoU 2004:1 Modernisert folketrygd – Bærekraftig pensjon for framtida

SOU 2009: 38 Ingen får vara Svarte Petter – Tydligere ansvarsfordeling inom socialtjänsten

*Statistisk sentralbyrå: Økonomiske analyser nr. 4/2006.*

*Statistisk sentralbyrå (2006), Et grående Norge: Betydningen av økt behov for eldreomsorg og makroøkonomi og offentlige finanser mot 2050. Rapport 21/2006*

*Statistisk sentralbyrå (2006), KOSTRA*

*OECD (2007) Health Data 2007*

[http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rapporter\\_planer/rapporter/2006/nasjonal-strategi-for-kols-området-2006-.html?id=430087](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rapporter_planer/rapporter/2006/nasjonal-strategi-for-kols-området-2006-.html?id=430087)

<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=121097#Kap3>

Fou informasjon

Tittel                                    Utredning av pleie- og omsorgstjenester for  
hyttebeboere

Prosjektleder                           Winfried Ellingsen

Forfattere                               Winfried Ellingsen, Torbjørn Hodne,  
Steinar Sørheim

Oppdragsgiver                        KS

Rapport type                            Prosjektrapport

Rapport nr                               8/2010

ISSN-nummer                          0808-5544

Tilgjengelighet til rapporten

4 emneord                                Pleie- og omsorg, finansieringsmodeller,  
rekruttering, hyttekommuner

Sammendrag