



# «Et godt sted å bli gammel»

## En studie av aldring i rurale kommuner

Trond Bliksvær,  
Therese Andrews,  
Kjersti Granås Bardal,  
Ragnhild Holmen Waldahl

NF rapport nr.: 11/2020



NORLANDSFORSKNING  
NORDLAND RESEARCH INSTITUTE



NORLANDSFORSKNING  
NORDLAND RESEARCH INSTITUTE

# «Et godt sted å bli gammel»

## En studie av aldring i rurale kommuner

Publisert: september 2020

Skrevet av: Trond Bliksvær, Therese  
Andrews, Kjersti Granås Bardal,  
Ragnhild Holmen Waldahl

NF rapport nr: 11/2020

ISBN nr:

978-82-7321-802-5 (trykt)

978-82-7321-803-2 (digital)

ISSN-nr: 0805-4460



NORDLANDSFORSKNING  
NORDLAND RESEARCH INSTITUTE

## Rapport

TITTEL:	OFF.TILGJENGELIG:	NF-RAPPORT NR:
«Et godt sted å bli gammel» - En studie av aldring i rurale kommuner.	JA	11/2020
FORFATTER(E):	PROSJEKTANSVARLIG (SIGN):	
Trond Bliksvær, Therese Andrews, Kjersti Granås Bardal, Ragnhild Holmen Waldahl	Trond Bliksvær	
	FORSKNINGSLEDER:	
	Ragnhild Holmen Waldahl	
PROSJEKT:	OPPDRAGSGIVER:	
«Aldring i rurale strøk»	Helsedirektoratet	
	OPPDRAGSGIVERS REFERANSE:	
	Christina Hildonen	
SAMMENDRAG:	EMNEORD:	
Rapporten er en studie av hvordan aldring i kommuner med en høy andel framtidige eldre vil fortone seg, slik det kommer til uttrykk gjennom henholdsvis kommunale tiltak og planer, og de kommende Eldres forventninger og behov knyttet til det å bli eldre i kommunen som de bor i. Empirisk bygger rapporten på en casestudie i tre distriktskommuner i Nord-Norge.	Aldring, alderdom, ruralitet, aldersvennlige samfunn, kommunal planlegging for eldre	
	KEYWORDS:	
	Rural ageing, geographical gerontology, ageing in place,	
	ANTALL SIDER:	
	138	

Nordlandsforskning AS  
Postboks 1490  
N-8049 Bodø  
Norge

Besøk: Universitetsalleen 11

Tlf: +47 75 41 18 10  
nf@nforsk.no  
www.nordlandsforskning.no

Bankkonto 4500 55 98811  
Foretaksregisteret NO/VAT nr 989 714 309 MVA



# FORORD

Rapporten presenterer resultatene fra forskningsprosjektet «Aldring i rurale strøk», utført av Nordlandsforskning på oppdrag fra Helsedirektoratet. Oppdraget er en del av oppfølgingen av regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn *Flere år, flere muligheter*.

Det har de siste årene vært presentert ulike fremtidsbilder av samfunnets og kommunenes utfordringer knyttet til en økende andel eldre, særlig i små distriktskommuner, og ofte med litt dystre spådommer om de utfordringer som vil følge av endringene. Et formål med denne rapporten er å gi noen fremtidsbilder basert på hva aktørene selv oppfatter, tenker og planlegger når det gjelder temaer omkring aldring og fremtid i kommunen. Vi har vært tett på tre mindre casekommuner lokalisert i Nord-Norge og som ifølge framskrivningene vil ha en fremtidig høy andel eldre, hvor vi har sett på plandokumenter og intervjuet kommunale ledere og innbyggere. Vi har også vært ute og besøkt hver av de tre kommunene. Det er de bildene vi har fått gjennom disse intervjuene og besøkene som utgjør hovedmaterialet i denne rapporten.

Nordlandsforskning takker Helsedirektoratet for et interessant oppdrag. Vi vil spesielt takke Christina Hildonen, Eva Irene Holt og Ellinor Sundseth i Helsedirektoratet for et godt samarbeid og gode faglige diskusjoner underveis. En stor takk til folkehelsekoordinatorene og kommunal leder for helse og omsorg i våre casekommuner, som har vært til uvurderlig hjelp med rekruttering av informanter i en travel hverdag. Ikke minst stor takk til alle som har stilt som informanter, og delt sin tid og sine tanker omkring aldring og alderdom med oss. Takk til John Eriksen for mange gode kommentarer og innspill i gjerningen som kvalitetssikrer av rapporten.

Bodø, august 2020

## **INNHold**

<b>FORORD</b> .....	<b>1</b>
<b>FIGURLISTE</b> .....	<b>5</b>
<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>6</b>
<b>1 INNLEDNING</b> .....	<b>10</b>
1.1 BAKGRUNN OG FORMÅL MED OPPDRAGET .....	10
1.2 PROBLEMSTILLINGER .....	13
1.3 RAPPORTENS OPPBYGNING .....	14
<b>2 METODE</b> .....	<b>15</b>
2.1 INNLEDNING .....	15
2.2 LITTERATURSTUDIEN .....	15
2.2.1 <i>Søk og søkestreng</i> .....	15
2.2.2 <i>Søkeresultater</i> .....	16
2.2.3 <i>Analyse</i> .....	16
2.3 ANALYSE AV EU-SILC OG DIFIS INNBYGGERUNDERSØKELSE .....	17
2.4 CASEKOMMUNER .....	18
2.5 ANALYSE AV KOMMUNALE DOKUMENTER .....	19
2.6 INTERVJUER MED REPRESENTANTER FRA KOMMUNENE .....	20
2.7 INTERVJUER MED INNBYGGERE .....	20
2.8 GAP-ANALYSE .....	21
<b>3 FORSKNING OM ALDRING I RURALE STRØK</b> .....	<b>23</b>
3.1 TEMAER, METODE, GEOGRAFI OG TYPE PUBLIKASJON .....	23
3.2 PUBLISERINGSKANALER .....	24
3.3 HVILKE TEMAER HAR FORSKNINGEN VÆRT OPPTATT AV? .....	25
3.3.1 <i>Tjenester</i> .....	25
3.3.2 <i>Boligsituasjon, boligpreferanser og boligmobilitet</i> .....	28
3.3.3 <i>Transport og mobilitet</i> .....	31
3.3.4 <i>Livskvalitet, levekår og helse</i> .....	32
3.3.5 <i>Identitet og etnisitet</i> .....	33
3.3.6 <i>Aldring som fenomen og begrep</i> .....	35
3.3.7 <i>Medvirkning, deltakelse og aktiv aldring</i> .....	36
3.3.8 <i>Egenomsorg</i> .....	37
3.3.9 <i>Uformell omsorg: Innen og mellom generasjoner</i> .....	37
3.3.10 <i>Demografi og familiestrukturer</i> .....	38
3.3.11 <i>Arbeidsliv</i> .....	38
3.3.12 <i>Stedsutvikling, aldersvennlige samfunn</i> .....	39

<b>4</b>	<b>LEVEKÅR OG LIVSKVALITET BLANT ELDRE I RURALE STRØK .....</b>	<b>40</b>
4.1	SIVILSTATUS OG HUSHOLDNINGSSTØRRELSE.....	40
4.2	UTDANNINGSNIVÅ .....	41
4.3	HOVEDGJØREMÅL .....	43
4.4	SOSIALT NETTVERK OG TILGANG TIL PRAKTISK HJELP .....	44
4.5	SOSIALT NETTVERK – NOEN Å SPØRRE TIL RÅDS .....	46
4.6	ØKONOMISK BEREDSKAP .....	47
4.7	BOLIG: HUSTYPE OG EIEFORM .....	48
4.8	TYNGENDE BOUTGIFTER? .....	49
4.9	UTFØRT FRIVILLIG ARBEID SISTE 12 MÅNEDER? .....	50
4.10	TILFREDSHET MED LIVET .....	52
4.11	TILHØRIGHET TIL KOMMUNEN .....	52
4.12	TILFREDSHET MED ULIKE TILBUD OG TJENESTER I KOMMUNEN .....	54
<b>5</b>	<b>CASE-KOMMUNENES PLANER OG TILTAK.....</b>	<b>60</b>
5.1	ANALYSER AV PLAN- OG STRATEGIDOKUMENTER .....	60
5.1.1	<i>Hovedutfordringer i kommunene .....</i>	<i>61</i>
5.1.2	<i>Omtale av eldre og konsekvenser av aldring.....</i>	<i>62</i>
5.1.3	<i>Helse- og omsorgstjenester.....</i>	<i>62</i>
5.1.4	<i>Bruk av velferdsteknologi .....</i>	<i>63</i>
5.1.5	<i>Forebyggende og helsefremmende aktiviteter.....</i>	<i>63</i>
5.1.6	<i>Boligpolitikk og lokalisering av servicefunksjoner .....</i>	<i>64</i>
5.1.7	<i>Mobilitet og tilgjengelighet.....</i>	<i>65</i>
5.1.8	<i>Medvirkning .....</i>	<i>65</i>
5.1.9	<i>Samarbeid .....</i>	<i>66</i>
5.2	INTERVJU MED KOMMUNALE LEDERE .....	66
5.2.1	<i>Hovedutfordringer.....</i>	<i>66</i>
5.2.2	<i>Demografi.....</i>	<i>67</i>
5.2.3	<i>Geografi.....</i>	<i>67</i>
5.2.4	<i>Ressursmangel .....</i>	<i>68</i>
5.2.5	<i>Tiltak for å skape bærekraftige tilbud til eldre .....</i>	<i>68</i>
5.2.6	<i>Barrierer og suksessfaktorer for implementering av tiltak.....</i>	<i>78</i>
5.2.7	<i>Eldre som ressurs og fordeler med små, rurale samfunn .....</i>	<i>82</i>
<b>6</b>	<b>INNBYGGERES FREMTIDSBILDER 1: HVERDAGSLIV .....</b>	<b>86</b>
6.1	INNLEDNING .....	86
6.2	VALG AV TIDSPUNKT FOR PENSJON .....	86
6.3	LIVSPROSJEKTER OG ANDRE PLANER FOR HVERDAGEN .....	89

6.4	BOLIGSITUASJON OG BOOMRÅDE .....	92
6.4.1	<i>Dagens bolig og bosituasjon</i> .....	92
6.4.2	<i>Flytting og flytteplaner</i> .....	93
6.4.3	<i>Lengre frem</i> .....	95
6.5	DRØMMER FOR «ALDERDOMMEN» .....	96
6.5.1	<i>«Det gode liv» er i kommunen</i> .....	96
6.5.2	<i>«Vi har antakelig blitt heimfødinger»</i> .....	98
6.5.3	<i>Ønske om en dør å banke på</i> .....	99
6.6	DET ER LITT SVART, MEN IKKE KØLSVART .....	100
6.7	HELSETILSTAND SOM VIPPEPUNKT .....	102
6.8	FORVENTNINGER TIL «ALDERDOMMEN» .....	105
<b>7</b>	<b>INNBYGGERES FREMTIDSBILDER 2: TJENESTEBEHOV OG TJENESTETILBUD</b> .....	<b>108</b>
7.1	INNLEDNING .....	108
7.2	HELSE- OG OMSORGSTJENESTER .....	108
7.2.1	<i>Ønske om mer fleksibilitet i tjenestetilbudet</i> .....	108
7.2.2	<i>Bekymring for ressursknapphet og kapasitetsproblemer</i> .....	111
7.3	TEKNOLOGI SOM LØSNING: SKEPSIS (MEST) OG FORHÅPNINGER (LITT) .....	114
7.4	DEN PRIVATE OG DEN FRIVILLIGE OMSORGEN .....	115
<b>8</b>	<b>GAP-ANALYSE</b> .....	<b>117</b>
8.1	INNLEDNING .....	117
8.2	KONVERGENS .....	117
8.3	DIVERGENS .....	120
<b>9</b>	<b>OPPSUMMERING OG AVSLUTTENDE KOMMENTARER</b> .....	<b>123</b>
9.1	FORSKNING OM ALDRING I RURALE STRØK I NORDEN .....	123
9.2	LEVEKÅR OG LIVSKVALITET BLANT ELDRE I RURALE STRØK – ET OVERSIKTSBILDE .....	124
9.3	KOMMUNENES TILTAK, PLANER OG VURDERINGER .....	125
9.4	INNBYGGERES FORVENTNINGER OG FORBEREDELSE .....	127
9.4.1	<i>Fremtidsbilder 1 - Hverdagsliv</i> .....	127
9.4.2	<i>Fremtidsbilder 2 – Tjenestebehov og tjenestetilbud</i> .....	127
9.5	TEKNOLOGI – UTFORDRINGER OG MULIGHETER .....	128
9.6	FORHOLDET MELLOM KOMMUNENES PLANER OG TILTAK OG INNBYGGERES FORVENTNINGER OG BEHOV .....	129
9.7	RURALE ERFARINGER - BRUDD MED MYTER? .....	131
9.8	NOEN ANBEFALINGER OG FORSLAG TIL VIDERE STUDIER .....	132
	<b>REFERANSER</b> .....	<b>134</b>

# FIGURLISTE

Figur 1: Forventet andel av befolkningen 70 år og over i år 2040 i ulike kommuner i Norge (kilde: www.ssb.no). .....	11
Figur 2: Viktighet-prestasjons analyse (Martilla og James 1977). .....	22
Figur 3: Sivilstatus, etter aldersgruppe, kjønn og ruralitet (spredt/tettbygd <2000 innb. øverst, tettbygd 2000+ innb. nederst). Kilde: EU-SILC 2017. .....	41
Figur 4: Utdanningsnivå, etter aldersgruppe, kjønn og ruralitet (spredt/tettbygd <2000 innb. øverst, tettbygd 2000+ innb. nederst). Kilde: EU-SILC 2017. .....	42
Figur 5: Hovedaktivitet til IO, etter aldersgruppe, kjønn og ruralitet (spredt/tettbygd <2000 innb. øverst, tettbygd 2000+ innb. nederst). Kilde: EU-SILC 2017. .....	44
Figur 6: Tilgang til familie, venner eller naboer man kan spørre om praktisk hjelp, etter aldersgruppe, kjønn og ruralitet (spredt/tettbygd <2000 innb. øverst, tettbygd 2000+ innb. nederst). Kilde: EU-SILC 2017. ....	45
Figur 7: Tilgang til familie, venner eller naboer man kan spørre til råds, etter aldersgruppe, kjønn og ruralitet (spredt/tettbygd <2000 innb. øverst, tettbygd 2000+ innb. nederst). Kilde: EU-SILC 2017. ....	46
Figur 8: Økonomisk beredskap, etter aldersgruppe, kjønn og ruralitet (spredt/tettbygd <2000 innb. øverst, tettbygd 2000+ innb. nederst). Kilde: EU-SILC 2017. ....	47
Figur 9: Hustype, etter aldersgruppe, kjønn og ruralitet (spredt/tettbygd <2000 innb. øverst, tettbygd 2000+ innb. nederst). Kilde: EU-SILC 2017. .....	49
Figur 10: Tyngende boutgifter etter aldersgruppe, kjønn og ruralitet (spredt/tettbygd <2000 innb. øverst, tettbygd 2000+ innb. nederst). Kilde: EU-SILC 2017. ....	50
Figur 11: Utført frivillig arbeid siste 12 mnd etter aldersgruppe, kjønn og ruralitet (spredt/tettbygd <2000 innb. øverst, tettbygd 2000+ innb. nederst). Kilde: EU-SILC 2017. ....	51
Figur 12: Fornøyd med livet for tiden, etter aldersgruppe, kjønn og ruralitet. Kilde: EU-SILC 2017. ....	52
Figur 13: Regner du med å bo i den samme kommunen om tre år? Svar fordelt etter aldersgruppe og ruralitet. Kilde: Difis innbyggerundersøkelse 2017. ....	53
Figur 14: Tilfredshet med kommunen som sted å bo og leve, etter aldersgruppe og ruralitet. Kilde: Difis innbyggerundersøkelse 2017. ....	54
Figur 15: Tilfredshet med kulturaktiviteter i kommunen, etter aldersgruppe og ruralitet. Kilde: Difis innbyggerundersøkelse 2017. ....	55
Figur 16: Tilfredshet med tilbudet av butikker i kommunen, etter aldersgruppe og ruralitet. Kilde: Difis innbyggerundersøkelse 2017. ....	55
Figur 17: Tilfredshet med standarden på veier og gater i kommunen, etter aldersgruppe og ruralitet. Kilde: Difis innbyggerundersøkelse 2017. ....	56
Figur 18: Tilfredshet med muligheten til å reise kollektivt i kommunen, etter aldersgruppe og ruralitet. Kilde: Difis innbyggerundersøkelse 2017. ....	56
Figur 19: Vurdering av tilgangen på hjemmesykepleie i kommunen, etter aldersgruppe og ruralitet. Kilde: Difis innbyggerundersøkelse 2017. ....	57
Figur 20: Vurdering av tilgangen på sykehjemsplasser i kommunen, etter aldersgruppe og ruralitet. Kilde: Difis innbyggerundersøkelse 2017. ....	58
Figur 21: Vurdering av fastlegetilbudet i kommunen, etter aldersgruppe og ruralitet. Kilde: Difis innbyggerundersøkelse 2017. ....	58
Figur 22: Samlet vurdering av kvaliteten på de kommunale tjenestene, etter aldersgruppe og ruralitet. Kilde: Difis innbyggerundersøkelse 2017. ....	59
Figur 23: VPA casekommunene og innbyggerne angående tiltak for en aldrende befolkning. ....	117



# SAMMENDRAG

Rapporten formidler resultater fra forskningsprosjektet «Aldring i rurale strøk», som Nordlandsforskning har utført på oppdrag for Helsedirektoratet i perioden fra september 2019 til juni 2020. Bakgrunnen for oppdraget er regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn *Flere år – flere muligheter*, og et ønske om å få frem mer utdypende kunnskap om aldring i kommuner med en høy andel fremtidige eldre.

Basert på Helsedirektoratets spesifisering av oppdraget, er følgende forskningsspørsmål belyst:

- Hva kjennetegner kommunenes tiltak og planer for å møte utfordringene og mulighetene som en aldrende befolkning gir, og hva kjennetegner kommunenes situasjonsforståelse og begrunnelser for hvorfor de gjør som de gjør?
- Hva kjennetegner personer i alderen 55+ år i rurale kommuner sin situasjon når det gjelder levekår, sosialt nettverk, tilhørighet til kommunen og forventninger til ulike kommunale tjenester?
- Hva kjennetegner bildet som innbyggere i alderen 55+ selv gir av det å bli eldre?
- Hva er utfordringene og mulighetene knyttet til bruk av teknologi og digitalisering?
- Hva kjennetegner norsk og nordisk forskning om temaet aldring og alderdom i rurale strøk?

Oppdraget har blitt løst via tre delstudier: En casestudie i tre distriktkommuner i Nord-Norge med en stigende andel eldre, hvor vi har sett på hvordan aldring fortøner seg fra henholdsvis et kommunalt perspektiv og fra perspektivet til innbyggere som i dag utgjør «fremtidens eldre». I de tre kommunene har vi gransket plan- og strategidokumenter og intervjuet kommunale ledere og innbyggere mellom 55 og 74 år. I tillegg har vi analysert surveydata (EU-SILC 2017 og Difis innbyggerundersøkelse 2017), og gjennomført en avgrenset litteraturstudie av nordisk forskning om aldring i en rural kontekst.

Med utgangspunkt i analysen av kommunale plandokumenter og intervjuer med kommunale ledere og innbyggere har vi utført en gap-analyse etter inspirasjon fra «viktighet-prestasjon analyse» (VPA), opprinnelig introdusert av Martilla og James (1977). VPA-skjemaets to dimensjoner, viktighet og prestasjon, gir fire utfallsrom (kvadranter) når de krysses: (1) «Fortsett det gode arbeidet», representerer tiltak som det anbefales å bruke ressurser på videre. Den andre kvadranten (2) «Mulig overdrivelse» representerer tiltak som ikke anses som viktige, men hvor kommunen har brukt mye ressurser. Den tredje kvadranten (3) «Lav prioritet» er tiltak/områder hvor kommunene ikke har satset, men som heller ikke anses som viktig av kommune og/eller innbyggere. De representerer områder med mindre svakheter, men som ikke bør anses som en hovedutfordring. Den praktisk-politisk mest interessante kvadranten er den fjerde (4) «Konsentrer her», som er tiltak og områder hvor kommunene har kommet kort, eller har mangelfulle planer, for områder som anses som viktig og hvor det er udekkede behov.

Kapittel 9 inneholder en oppsummering av resultater fra de tre delstudiene. Det kapitlet kan derfor leses som et utvidet sammendrag av rapporten. Nedenfor løfter vi frem hovedfunn fra gap-analysen som er presentert i kapittel 8. Av denne går det også frem vesentlige funn fra analyser av intervjuer med kommunale ledere og innbyggere fra henholdsvis kapittel 5 og kapitlene 6 og 7.

I gap-analysen har vi først identifisert og plassert empiriske funn i de fire kategoriene i skjemaet: 1) «Fortsett det gode arbeidet», 2) «Mulig overdrivelse», 3) «Lav prioritet», og 4) «Konsentrer her». Deretter trekker vi frem og diskuterer hvilke tiltak som kommunene og innbyggerne har sammenfallende vurdering av, og tiltak der vurderingene deres spiker.

**«Konsentrer her»:** Analysen peker på tre tiltak som i både kommunenes og innbyggernes tilbakemeldinger anses som viktige, men det per i dag gjøres for lite:

**Et godt transporttilbud:** kan kompensere for utfordringer knyttet til lange geografiske avstander og spredt bosetning, og for nedsatt mobilitet som følger med alderen for mange. Muligheten for fortsatt fysisk mobilitet ble av mange trukket frem som et nøkkelaspekt for å kunne bo lengst mulig hjemme i egen bolig. Tap av mulighet til å kjøre egen bil ble omtalt som et kritisk punkt blant flere av dem som bodde usentralt i kommunene. Eksempler på tiltak som ønskes styrket, er samarbeid mellom kommune og frivillige, hvor kommunen sørger for kjøretøy mens frivillige bidrar med sjåfør. Dette kan for eksempel kreve at man ser nærmere på ordninger for begrensede (geografisk eller tidsmessig) transport/-kjøretillatelser for privatpersoner/frivillige.

**Utnyttelse av frivillig innsats:** Både kommune og innbyggere omtaler frivillige lag og foreninger som viktige for å skape gode og fremtidsrettede løsninger, og det bemerkes at denne ressursen kan utnyttes bedre. I tillegg til transportløsninger, nevnes samarbeid mellom privat selskap og grendelag om å bygge ut fiberkabel perifer bygd. Både kommune og innbyggere peker mot et potensial for «samskaping» - en prosess der ulike aktører på tvers av sektorer (offentlig – ikke-offentlig) utvikler ny velferd sammen (Ulrich, 2016). Samskaping er et begrep som har vunnet terreng i offentlig sektor de siste årene, men det er behov for eksempler på hva samskaping er og kan være (Heimburg & Hofstad, 2019), og hvordan ledere i kommunal og frivillig sektor kan tilegne seg kompetanse i å lede samskapingsprosesser og -nettverk (Sørensen & Torfing, 2017).

**Satsing på kollektive boformer og alternative omsorgsløsninger:** For kommunale ledere dreier alternative boformer og alternative omsorgsløsninger seg i hovedsak om omsorgsboliger med ulik grad av hjemmetjenester. Innbyggere ønsker derimot kollektive boligløsninger som inneholder muligheter for mer aktiviteter og mer sosial kontakt enn det som ofte tilbys i dag. De etterlyser også mer fleksibilitet i tjenestetilbudet og kritiserer det de omtaler som ensidig satsning på tjenester i egen opprinnelige bolig. Fra kommunens side er tilbud om hjemmebasert omsorg i egen opprinnelige bolig fortsatt høyt prioritert, men man er på linje med innbyggere i at dette behovet er noe bedre dekket enn tilfellet er for alternative boløsninger og omsorgsløsninger. En anbefaling er å sørge for dialog mellom kommune og innbyggere slik at utviklingsprosjekter og alternative omsorgsløsninger kan utvikles mest mulig målrettet.

**«Fortsett det gode arbeidet»** er tiltak som anses som viktige, og der innsatsen per i dag vurderes som god. I denne kategorien var det ett tiltak som kommune og innbyggere hadde sammenfallene vurdering av:

**Aktivitetstilbud:** Alle tre kommunene fremhever forskjellige aktivitetstilbud som viktig. Disse kan bidra til fysisk aktivitet og til møter med sosialt og kulturelt innhold ikke bare for eldre, men for innbyggere i alle aldre. Dette er tilbud som også innbyggere er tilfredse med, og hvor situasjonen beskrives som så god og det ikke er behov for ekstra innsats.

**«Mulig overdrivelse»** er tiltak som anses som mindre viktig, men hvor det legges ned forholdsvis mye ressurser. Også i denne kategorien var det ett tiltak hvor kommune og innbyggere hadde sammenfallene vurdering:

**Seniortiltak:** Alle tre kommuner har (eller har hatt) relativt omfattende tiltak for å få eldre arbeidstakere til å arbeide lengst mulig. Eksempler er ekstra ferieuker og ekstra fridager. Kommunale lederne uttrykker imidlertid usikkerhet med tanke på om tiltakene har tilsiktet effekt. Innbyggere

antyder at egen beslutning om pensjoneringstidspunkt ikke er påvirket av slike virkemidler, og ingen av dem hadde benyttet seg av de aktuelle tiltakene.

Kommune og innbyggere hadde også divergerende beskrivelser av tiltak innenfor følgende områder:

Forebygging: Står høyt på den kommunale dagsordenen. Innbyggere var i stor grad aktive og bevisst betydningen av et aktivt liv. Mange drev også med aktiviteter som er sammenfallende med primærforebygging, men uten at det var forebygging av fremtidig sykdom og svekkelse som var hovedformålet med aktivitetene. Innbyggerne hadde stort sett et avslappet forhold til det som regnes som «sunne vaner».

Medvirkning: Står høyt på den kommunale dagsordenen, men medvirkning i den formen som kommunene legger vekt på, har mindre plass i innbyggernes bevissthet og prioriteringer.

Boligpolitikk: Ser man bort fra tiltak som er rettet inn mot at eldre skal kunne motta hjemmebasert omsorg lengst mulig, er det lite aktiv boligpolitikk å spore som er rettet mot fremtidens eldre. Innbyggere har også lite egne planer eller strategier å vise til boligmessig for å legge bedre til rette for egen alderdom.

Velferdsteknologi: Står høyt på den kommunale listen over tiltak som tar sikte på å møte fremtidens utfordringer, men kommunene har i ulik grad implementert aktuelle teknologiske løsninger. Innbyggere er i varierende grad kjent med og opptatt av velferdsteknologi, men flere har erfaringer med dette gjennom egne foreldre som brukere av helse- og omsorgstjenester.

#### **NOEN ANBEFALINGER OG FORSLAG TIL VIDERE STUDIER**

På bakgrunn av studiens samlede funn vil vi særlig løfte frem følgende områder som med fordel kan styrkes for å skape mer aldersvennlige lokalsamfunn:

- **Bedre transporttilbud mellom perifere og sentrale områder i kommunene:** Dette kan ivaretas både ved å sørge for et godt offentlig tilbud og ved å styrke samarbeid mellom kommune og frivillige organisasjoner som kan bidra til å transportere eldre til og fra ulike aktiviteter og arrangementer mot at driftskostnader dekkes.
- **Bedre utnyttelse av «seniorressursen»:** Eldre kan være en viktig ressurs for å løse oppgaver i lokalsamfunnet i fremtiden. Mange gir uttrykk for at de vil bidra i dugnader og frivillig arbeid til fellesskapets beste, men forventer samtidig at det offentlige er tilrettelegger.
- **Bedre utnyttelse av frivillig innsats:** Det finnes et betydelig potensial for «samskaping» mellom offentlige og frivillige aktører. Vi anbefaler at kompetansen innenfor dette området styrkes og at det legges til rette for at gode samskappingsprosesser kan finne sted.
- **Alternative boløsninger og omsorgsløsninger** bør utredes blant annet med tanke på større variasjon i tjenestetilbudet. Det vil være hensiktsmessig å avklare innbyggers forventninger og behov, slik at bolig- og omsorgsprosjekter kan innrettes mer målrettet.
- **Bedre utnyttelse av styrker ved små samfunn:** Rurale kommuner har muligheter til å skape aldersvennlige samfunn blant annet gjennom at det er liten fysisk og sosial distanse mellom kommunale ledere og befolkning. Denne nærheten gir unike muligheter til dialog, felles problemforståelse, og til å finne løsninger i fellesskap. Dette er viktig å utnytte i en tid hvor rammebetingelsene for å skape et aldersvennlig samfunn endres svært raskt.

- **Utvide forståelsen av aldring og ruralitet:** Sentrale myndigheters arbeid med å realisere strategien for et aldersvennlig samfunn kan med fordel bygge tydeligere på perspektiver og kunnskap om ruralitet og aldring fra nyere litteratur innen, for eksempel, geografisk gerontologi.

**Forslag til videre studier:** Studien avdekker manglende kunnskap innenfor følgende områder:

- Hvilken rolle og funksjon frivillige lag og foreninger har når det gjelder å ivareta eldres behov både for praktisk bistand og sosial kontakt i rurale områder
- Betydningen av uformell omsorg (familieomsorg), og foreldre-voksne barn-relasjonen med hensyn til for eksempel flyttebeslutninger
- Hvordan heldøgns omsorgsboliger for eldre er utformet og fungerer
- Hvilken betydning geografisk avstand kan ha for planlegging og koordinering av helse- og velferdstilbud for eldre
- «Virtuell omsorg» og bruk av teknologi i situasjoner der fysisk nærhet eller kontakt er vanskelig eller umulig
- Aldring i rurale områder blant personer med ulik etnisk bakgrunn
- Aldring i rurale områder og tjenesteyting til personer med samisk bakgrunn
- Eldre og arbeidslivsdeltakelse i rurale strøk
- Betydningen av transport for aldring i rurale strøk

# 1 INNLEDNING

## 1.1 BAKGRUNN OG FORMÅL MED OPPDRAGET

Bakgrunnen for oppdraget er at Helsedirektoratet, som del av oppfølgingen av regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn (*Flere år – flere muligheter*), ønsker utdypende kunnskap om aldring og om hvordan dette kan komme til å fortone seg i kommuner med en høy andel fremtidige eldre.

I tidligere tider var det å bli gammel et privilegium for de få, da mange døde som følge av harde levekår og sykdommer som barn eller voksen. Med medisinske nyvinninger og velstandsøkning har levealderen økt betydelig. Med en forventet levealder på over 80 år, både for kvinner og menn, vil de fleste i Norge leve til de blir gamle. Aldringsprosessen har imidlertid endret seg: En 70-åring i dag har gjerne en kropp som er mindre preget av alderdom enn en person på samme alder for hundre år siden. Med endringer i aldringsprosessen har også vår forståelse av aldring endret seg: På den ene siden ser mange på pensjonsalderen som en fase i livet hvor man har anledning til å reise, oppleve verden, utvikle hobbyer og ha tid til fritidsaktiviteter. På den andre siden frykter man kanskje en livsfase der kroppen og helsen svekkes, og man gradvis blir mer avhengig av hjelp fra andre og der man får mindre anledning til å leve et aktivt liv (Gilleard & Higgs, 2011, 2015; Higgs & Gilleard, 2014).

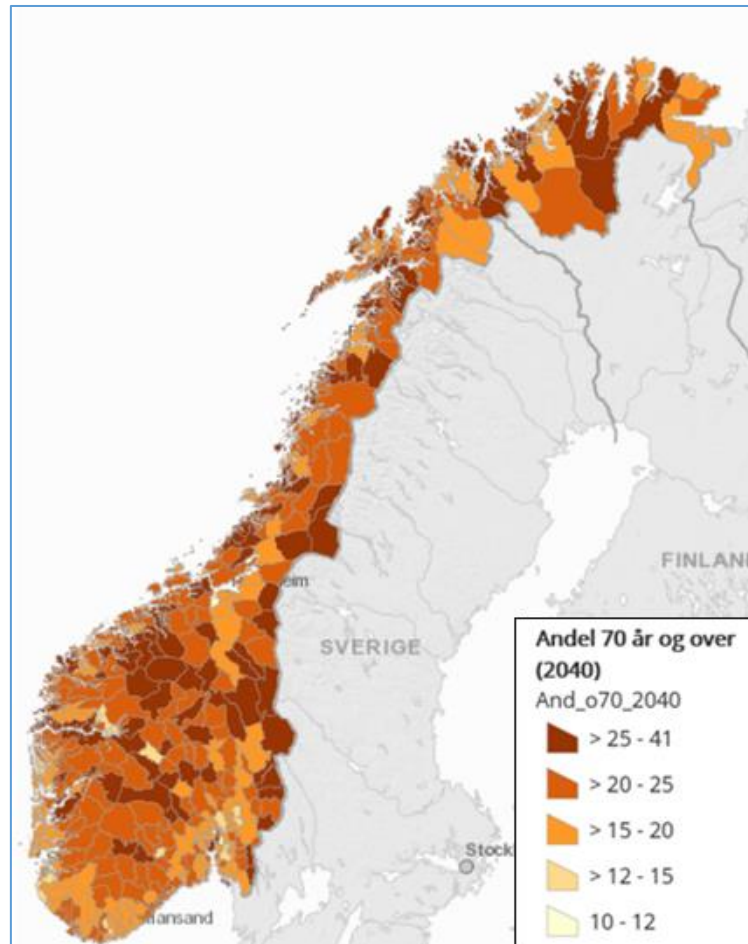
Aldring kan altså best forstås som et fenomen av både biologiske, psykologiske/kognitive, sosiale og kulturelle prosesser. Der enkelte prosesser som de biologiske aldringsprosessene starter tidlig i livet, vil andre inntre langt senere og med stor variasjon. Mens det tidligere var vanlig å dele livet inn i tre aldre (faser), barn/ungdom, voksne og eldre, har det blitt mer vanlig å inndele den tredje fasen i en tredje og en fjerde alder (Romøren, 2001). Behovet for hjelp og bistand er særlig knyttet til den fjerde alder.

Aldring har blitt et nøkkelnarrativ i det 21. århundre (Skinner et al. 2018). Alderdom og alder er sentralt i diskusjoner om de fleste temaer, som familie, lokalsamfunn, arbeidsliv, næringsliv, transport, økonomi, helse og kultur. Samtidig har de geografiske aspektene ved aldring – forståelsen av *hvor* aldring skjer, og hvordan aldring påvirker steder (og motsatt) - blitt særlig viktige, ikke minst i en tid med store omveltninger i samfunnet på grunn av hurtige og store økonomiske, miljømessige og teknologiske endringer.

Norge har siden 1950 opplevd en befolkningsøkning på nærmere 66 prosent (Meld St 15, 2017-2018). Ser vi på aldersgruppen 67 år og eldre, har veksten vært nesten tredoblet i samme periode, fra 264 000 innbyggere i 1950 til 766 000 innbyggere i 2017. Mens det tidligere har vært en sterk vekst i andelen eldre over 80 år, har denne veksten flatet ut de siste ti årene. I dag er det særlig aldersgruppen 67-80 som vokser. Dette gjør at Norge kan forvente seg en sterk vekst i eldre over 80 år frem mot 2030. Samlet er det forventet ifølge SSBs hovedalternativ for befolkningsframskriving, at antallet innbyggere over 67 år nesten vil dobles innen 2060 (Meld St 15, 2017-2018).

Tjenester til eldre utgjør en stor andel av det offentliges utgifter til helse- og omsorgstjenester (Kjelvik & Mundal, 2013). Likevel er ikke denne utviklingen entydig. Selv om andelen eldre har steget de siste tiårene, har deres andel av helse- og omsorgsutgiftene faktisk blitt redusert fra 1998 til 2011 (Mørk, 2013; Otnes, 2015). Dette henger sammen med at det store flertallet eldre er friske og greier seg selv i hverdagen (Mørk, 2013). Likevel er det en fremtidig bekymring for hva som skjer når det totale antallet eldre øker og særlig når antallet eldre over 80 år er ventet å vokse.

Det er store geografiske forskjeller når det gjelder utviklingen i andel eldre i befolkningen. Mens større byer og tettsteder forventes å ville ha en forholdsvis ung befolkning også i fremtiden, tyder SSBs framskrivninger på at andelen eldre vil øke betraktelig i mange utkantkommuner i Norge. I noen av disse utkantkommunene viser SSBs framskrivninger at andelen eldre over 70 år kan komme til å tilsvare over 1/3 av den samlede befolkningen (se mørke områder i Figur 1).



Figur 1: Forventet andel av befolkningen 70 år og over i år 2040 i ulike kommuner i Norge (kilde: [www.ssb.no](http://www.ssb.no)).

En annen måte å beskrive situasjonen som figur 1 viser, er gjennom begrepet forsørgerbyrde. Forsørgerbyrde for eldre regnes som forholdet mellom antall personer i yrkesaktiv alder og antallet personer over 65 år (Rogne & Syse, 2017). Mens den gjennomsnittlige forsørgerbyrden for eldre på landsbasis er på 0,3, er den for flere av kommunene med mørkerød farge på kartet, over eller nærmere 1. Framskrivninger viser at denne forskjellen vil øke (op.cit).

En høy forsørgerbyrde bidrar til økt press i helse- og omsorgssektoren, og gjør tilgang på arbeidskraft til et kritisk spørsmål. Ser vi arbeidslivet under ett, er helse og omsorg blant de sektorene som forventer størst utfordringer med å skaffe arbeidstakere. Dette gjelder særlig sykepleiere, men også helsefagarbeidere og spesialsykepleiere (NAV, 2017). Dette gjenspeiler seg i en undersøkelse fra 2017 (Helgesen & Herlofsen, 2017) som viste at 67 prosent av kommunene som svarte på spørreundersøkelsen, oppfattet aldringen av kommunens befolkning som en hovedutfordring for tjenestene. Situasjonen fikk Helsedirektoratet til å rope varsku sommeren 2018 og etterlyse tiltak for å møte situasjonen. «Behovet for planlegging, fornyelse og innovasjon vil derfor være ekstra stor i disse kommunene [kommuner i Nord-Norge og Innlandet]» (Helsedirektoratet 2018:10).

Mange av kommunene som ventes å få en høy andel eldre i fremtiden er store i geografisk utstrekning, men har lav befolkningstetthet og kan betraktes som rurale områder. Reisetiden til de regionale sentrene med tilhørende funksjoner kan for mange være lang, og det offentlige kollektivtransporttilbudet er ofte svært begrenset. Reisetider og avstander kan være utfordrende med tanke på den eldre befolkningens deltakelse i samfunnet og med hensyn til forebygging av ensomhet, og kan by på andre problemer, som innkjøp og legebeseøk. For kommunene kan det også være utfordrende å kunne tilby gode tjenester til en spredt befolkning som ikke selv er mobil. På den andre siden, kan gjennomsløktigheten og tette sosiale bånd som ofte karakteriserer rurale samfunn, være en styrke for å etablere uformelle løsninger med hensyn til omsorgstjenester og hjelp til daglige aktiviteter. Hver enkelt innbyggers ressurser er også gjerne mer «synlig» på mindre steder og det kan gjøre det lettere for de eldre å bli inkludert i viktige aktiviteter, sammenlignet med i en by hvor det er lettere å forsvinne i mengden. Andre kvaliteter som nærhet til natur, slektninger og naboer/venner, kan også representere viktige trivselsfaktorer. Ruralitet kan derfor både representere en utfordring og gi noen muligheter.

Det antas at rurale kommuner med en høy andel eldre vil få spesielt store utfordringer knyttet til for eksempel (Hjemås, Holmøy, & Haugstveit, 2019):

- Utvikling av bærekraftige lokalmiljø/nærmiljø, bolig og transportløsninger
- Tilgang på arbeidsplasser til yngre personer som ønsker å bosette seg i kommunene
- Tilgang på arbeidskraft som dekker kompetansebehovet i offentlig sektor og fremmer næringsutvikling
- Bærekraftige helse- og omsorgstjenester som dekker innbyggernes forventninger og behov
- Forebyggende og helsefremmende tiltak

Begrepet «ruralitet» er sentralt i dette prosjektet. Begrepene ruralitet og urbanitet opptrer ofte sammen som motsatser. De kan ses som sosialt konstruerte kategorier, som har skiftet betydning over tid (Berg & Lysgård, 2004). Et hovedskille kan trekkes mellom en «materieell» og en «immaterieell» (eller konstruktivistisk) tilnærming til begrepet ruralitet (Bygdell, 2014). I den materielle tilnærmingen defineres begrepet «ruralitet» ofte i kvantifiserbare termer som en motsats til «urbanitet», og brukes som grunnlag for å konstruere indekser, basert på egenskaper/variabler som produksjonsform, arealbruk, befolkningsstørrelse/tetthet, og geografiske avstander. Den immaterielle tilnærmingen ser ruralitet som sosiale og kulturelle representasjoner, som kan studeres gjennom diskurser av «ruralitet», blant befolkningen og andre grupper (som politikere og forskere) og er en tilnærming som vokste frem særlig fra 1990-tallet og utover med inspirasjon fra postmoderne og poststrukturell teori. Begrepet «landsbygd» blir ofte brukt som betegnelse på et ruralt sted (se f.eks Bygdell, 2014). Ruralitet kan regnes som særlig relevant som en kontekst for å forstå aldring i vårt samfunn, hva som kjennetegner aldring som prosess, hva konsekvensene av aldring er, og hvordan aldring presenteres eller omtales (Skinner & Winterton, 2018). Det har blitt pekt på at eksisterende forskning om steder og aldring i stor grad har lagt til grunn et snevert syn på sted og rom, som noe statisk og konkret (Andrews, Cutchin, & Skinner, 2018). Til tross for den viktige betydningen av ruralitet for forståelse av aldring, er aldring og rurale kontekster et temaområde hvor det er gjort lite forskning (op.cit). I denne rapporten bruker vi begrepet «ruralitet» i både den materielle og den immaterielle betydningen. Førstnevnte ligger til grunn for vårt valg av casekommuner (for eksempel når vi bruker SSBs indeks for å beskrive

casekommunene), mens sistnevnte kan sies å ligge til grunn når vi analyserer de kvalitative intervjuene med kommunale ledere og innbyggere i kommunene.

Regjeringen vektlegger i sin strategi for et aldersvennlig samfunn (Regjeringen, 2016) også de *mulighetene* som en aldrende befolkning kan gi dersom det tilrettelegges for at den enkelte kan delta og bruke sine ressurser i samfunns- og arbeidsliv. Flere forskere har tatt til motmæle mot den sterke fokuseringen på de negative aspektene ved aldring og snakker om «suksessfull aldring» (Depp & Jeste, 2006), «aktiv aldring» (Boudiny, 2013), «positiv aldring» (Jacobsen, 2015) og «sunn aldring» (Sixsmith et al., 2014). Et felles argument er at aldring ikke *nødvendigvis* betyr sykdom, avhengighet og behov for kostbare helse- og omsorgstjenester – selv om det også utvilsomt innebærer et større behov for helse- og omsorgstjenester. Regjeringen understreker også at eldrepolitikk ikke bare handler om omsorgspolitik. Det handler også om tilrettelegging slik at de eldre kan delta og fortsette å bruke sine ressurser og om forebygging mot sykdom og ensomhet slik at de eldre kan leve aktive og selvstendige liv med god livskvalitet. Rogne og Syse (2017) trekker fram at fremtidens eldre på enkelte områder kan komme til å være mer selvstendige og i bedre stand til å håndtere enkelte utfordringer i hverdagen på grunn av et økende utdanningsnivå. Utdanning vil imidlertid også kunne være en faktor som bidrar til å øke forskjellen mellom sentrale og rurale strøk, i og med at utdanningsnivået i en del distriktskommuner er lavere enn i mer sentrale strøk.

Regjeringen har en forventning om at «Kommuner og fylkeskommuner har en aktiv og helhetlig tilnærming til utvikling i aldersvennlige kommuner og fylker» (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2019). Her vektlegges transport, planlegging i lokalsamfunn, styrking av frivilligheten, åpenhet i arbeidslivet og trygge lokalsamfunn. Regjeringa har i sin melding «Leve hele livet» (Meld St 15, 2017-2018) blant annet understreket hvor viktig det er at kommuner og fylkeskommuner planlegger for aldersvennlige samfunn, med blant annet å legge til rette for utvikling av fremtidas bostedsløsninger for eldre og personer med nedsett funksjonsevne. Et aldersvennlig lokalsamfunn forutsetter både et godt samarbeidsmiljø og gode livsvilkår på tvers av generasjoner, et tilfredsstillende pleie- og omsorgstilbud og et samfunn som er tilrettelagt for at eldre kan leve aktive og gode liv. Disse områdene må derfor sees i sammenheng.

Folkehelseloven §1 pålegger hver enkelt kommune ansvar for å fremme befolkningens helse og trivsel, og å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade og lidelse (Lovdata, 2012). Folkehelseloven pålegger også kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter å samordne folkehelsearbeidet både på en forsvarlig og langsiktig måte. Kommunene pålegges dessuten et særskilt ansvar for å få til et godt tverrsektorielt samarbeid og et godt samarbeid med frivillige/sivilsamfunn.

Folkehelsemeldingen (Meld. St. 19 (2018-2019), 2019) fremhever at arbeidet mot ensomhet bør forsterkes og skisserer en strategi mot ensomhet («Saman mot einsemd – regjeringa sin strategi for å førebyggje einsemd (2019-2023)») hvor det legges vekt på tiltak i lokalsamfunnet som etablering av møteplasser og å sørge for bedre tilgjengelighet. Med utgangspunkt i denne strategien, ønsker oppdragsgiver mer kunnskap om i hvilken grad manglende transporttilbud, og færre møteplasser/aktivitetstilbud faktisk fører til mer ensomhet på landsbygda.

## 1.2 PROBLEMSTILLINGER

Med bakgrunn i resultatene fra SSBs framskrivninger (se f.eks. Rogne og Syse 2017) og NIBR-rapporten Kommunenes planlegging av tiltak for en aldrende befolkning (Helgesen & Herlofsen, 2017) og som en



oppfølging til sistnevnte, ønsket oppdragsgiver mer kunnskap om hvordan aldringen i kommuner med en høy andel fremtidige eldre vil fortone seg, sett fra henholdsvis et kommunalt perspektiv, og fra perspektivet til de som i dag utgjør «fremtidens eldre». Oppdragsgiver ønsket at man tok utgangspunkt i et utvalgt område med forventet høy andel eldre i 2030-2040 i henhold til SSB sine framskrivninger, for å gjøre en dypere undersøkelse av kommunenes planer og tiltak knyttet til utviklingen i andel eldre samt hvordan de takler dette sammensatte utfordringsbildet. I tillegg ønsket oppdragsgiver en kartlegging av forventninger og behov blant innbyggerne som om noen år vil utgjøre eldrebefolkningen i disse kommunene, nærmere bestemt de som i dag er 55 år og eldre. Oppdraget er løst gjennom en casestudie i tre distriktskommuner i Nord-Norge, en analyse av surveydata (EU-SILC 2017 og Difis innbyggerundersøkelse 2017) og en gjennomgang av aktuell nordisk forskning om aldring i en rural kontekst.

Følgende forskningsspørsmål er utforsket i studien:

- 1) Hva kjennetegner kommunenes tiltak og planer for å møte utfordringene og mulighetene som en aldrende befolkning gir, og hva kjennetegner kommunenes situasjonsforståelse og begrunnelser for hvorfor de gjør som de gjør?
- 2) Hva kjennetegner personer i alderen 55+ år i rurale kommuner sin situasjon når det gjelder levekår, sosialt nettverk, tilhørighet til kommunen og forventninger til ulike kommunale tjenester?
- 3) Hva kjennetegner bildet som innbyggere i alderen 55+ selv gir av det å bli eldre i casekommunene?
- 4) Hva er utfordringene og mulighetene knyttet til bruk av teknologi og digitalisering?
- 5) Hva kjennetegner norsk og nordisk forskning om aldring og alderdom i kommuner/lokalsamfunn i rurale strøk?

### **1.3 RAPPORTENS OPPBYGNING**

Rapporten har ni kapitler. Forskningsmetoder og omtale av casekommuner går frem av kapittel 2. Deretter følger fem kapitler med resultater fra hver av de tre delstudiene. Kapittel 3 viser funn fra gjennomgangen av nordisk forskning om aldring i rurale strøk, mens resultater fra levekårsundersøkelsen, EU-SILC 2017, og Difis innbyggerundersøkelse går frem av kapittel 4. I kapittel 5 retter vi oppmerksomheten mot casekommunenes planer og tiltak. Analysene er basert på data både fra sentrale dokumenter og fra intervjuer med representanter for kommunene. Kapittel 6 og 7 presenterer resultater fra intervjuer med et utvalg av innbyggere. Aspekter ved informantenes hverdagsliv, inkludert refleksjoner rundt tidspunkt for pensjonering, er hovedtema i kapittel 6, mens kapittel 7 dreier seg om tjenestebehov og tjenestetilbud. I kapittel 8 følger en gap-analyse basert på resultater fra kapitlene 5-7. Her går vi nærmere inn på forholdet mellom kommunenes og innbyggernes forventninger og behov knyttet til aldring i en kommunal kontekst på den ene siden, og gjennomførte tiltak eller vedtatte planer og strategier, på den andre. Alle kapitteloppsummeringer er samlet i kapittel 9, sammen med en avsluttende kommentar og anbefalinger.

## 2 METODE

### 2.1 INNLEDNING

Sentralt i studien står casestudier av tre norske kommuner. Felles for de valgte casekommunene er at de er rurale kommuner som kan forvente en stor andel eldre fram mot 2040. Samtidig har vi valgt ut kommuner som er ulike med hensyn til noen dimensjoner for å få fram variasjon i utvalget. Her har vi lagt vekt på variasjon i befolkningsstørrelse, økonomi, næringsstruktur, geografi og avstander til kommunesentrene. Casekommunene beskrives nærmere nedenfor. Vi har gjennomført analyser av plan- og strategidokumenter og gjort kvalitative intervjuer med kommunale ledere og kommende eldre (55+) i casekommunene. Hvordan disse er gjennomført, beskrives også nærmere under.

I tillegg til å hente inn data fra casekommunene, har vi gjennomført en studie av litteratur om aldring i rurale strøk samt analysert registerdata fra EU-SILC og Difis innbyggerundersøkelse. Nedenfor beskriver vi først hvordan vi har gjennomført litteraturstudien og analysen av registerdata, før vi går over til å beskrive dokumentanalysen og gjennomføringen av de kvalitative intervjuene.

### 2.2 LITTERATURSTUDIEN

Formålet med kunnskapsoppsummeringen om aldring i rurale strøk i Norden har vært å kartlegge og oppsummere hovedtrekk ved de mest sentrale bidragene innenfor nordisk forskning om aldring i kommuner/lokalsamfunn i rurale strøk. Gjennomgangen kan karakteriseres som en oversiktsreview (Krumsvik, 2016) der målsetningen har vært å beskrive resultater fra tidligere og nyere forskningslitteratur, uten å nødvendigvis være heldekkende for forskningsfeltet, slik eksempelvis systematiske review'er har til hensikt å være. I tillegg til litteratursøk gjennom søkemotoren Oria, har vi nøstet oss frem til aktuell litteratur via referanselister i publikasjoner som har kommet opp i forbindelse med litteratursøket. Vi har også besøkt nettsider til forskningsmiljøer som vi vet har studert tilsvarende tematikk, for å finne relevant «grå litteratur» (forskningsrapporter).

Litteraturstudien omfatter altså artikler, rapporter, bøker, doktorgrads-/phd-avhandlinger, og et par mastergradsoppgaver, som har vært tilgjengelig i søkbare databaser.

#### 2.2.1 SØK OG SØKESTRENG

Litteraturstudien ble utført i fire faser: (1) Bestemme søkeord, og velge søkekilder og søkemotorer, (2) Gjennomføre litteratursøket, (3) Kvalitetssikre søk, og (4) Analyse. Vi avgrenset søket til litteratur fra perioden 2009-2019 og brukte en søkestreng på både norsk og engelsk. Søkestrengen var:

- *Norsk*: (alderdom OR aldring OR eldre) AND (rural OR periferi OR arktisk) AND Norge OR Sverige OR Finland OR Danmark OR Island OR Norden OR Skandinavia
- *Engelsk*: (age OR ageing OR elderly) AND (rural OR periphery OR arctic) AND (Norway OR Sweden OR Finland OR Denmark OR Iceland OR 'Nordic countries' OR Scandinavia OR Scandinavian countries)

Søket ble utført i søketjenesten Oria, som er en felles portal til det samlede materialet som finnes ved norske fag- og forskningsbibliotek, supplert med en mengde elektronisk materiale fra åpne kilder.

Søkene omfatter også internasjonal og nordisk litteratur. Vi kan ikke se bort fra at det kan ha vært publisert studier i internasjonale tidsskrifter som ikke er fanget opp av Oria, og som kunne gitt treff i andre søkemotorer. Vi anser imidlertid dette som et begrenset problem i denne sammenheng, hvor målet primært er å fange opp litteratur som beskriver norske og nordiske forhold. Videre har vi kun søkt med engelske og norske søkeord. Dette har gitt oss tilgang også til svensk og danskspråklig litteratur på grunn av likhet i språket, men det kan allikevel tenkes at vi har gått glipp av annen relevant nordisk litteratur, særlig forskning publisert på finsk eller islandsk.

### **2.2.2 SØKERESULTATER**

Søket i Oria ga, etter noen innledende runder med testing av søketermer, 99 treff. I tillegg ble 71 referanser identifisert gjennom lesing av artikler og bøker, og gjennomgang av referanselister i disse. Dette ga til sammen 170 treff, etter fjerning av duplikater. Publikasjonene ble registrert i et Excel-skjema med bibliografiske opplysninger, publikasjonstittel, type publikasjon og et kort sammendrag. De registrerte publikasjonene ble deretter screenet i to runder:

- Første screening ble gjennomført av tre forskere hver for seg. Kriteriene for om litteratur skulle bli inkludert i studien var (1) at temaet var knyttet til eldre, aldring eller forhold knyttet til det å bli eldre, (2) at forskningen omhandlet aldring i rurale områder og/eller sammenlignet rurale og urbane område, og (3) at det var nordisk litteratur. Basert på disse inklusjonskriteriene, ble publikasjonene kategorisert i tre grupper markert med «1» (aktuell), «0» (uaktuell) og «?» (usikker).
- Andre screening ble foretatt av de samme forskerne i fellesskap. Registreringer merket med «1» fra alle, ble beholdt uten nærmere gjennomgang, mens registreringer med enstemmig «0», ble slettet. Alle registreringer med «?» eller ulik vurdering, ble gjennomgått på nytt. Registreringer som ikke fylte inklusjonskriteriene, for eksempel ved ikke å angå nordiske forhold og/eller rurale forhold, ble markert med kategorien «2». Litteratur i denne kategorien har imidlertid bidratt til å danne et bakteppe for analysene av tematikken innenfor en nordisk kontekst.

Vi endte opp med 70 publikasjoner, som ble gjenstand for nærmere analyse. Disse publikasjonene ble tilfeldig fordelt mellom tre av forskerne for gjennomgang.

### **2.2.3 ANALYSE**

I analysen har vi kategorisert bidragene etter temaområder. I tillegg har vi kartlagt hvilke problemstillinger som berøres, hvilke perspektiver og metodiske tilnærminger som benyttes, og hvilke resultater og konklusjoner som løftes frem. Vi har også tatt med hvilke geografiske områder empirien i studiene er hentet fra. Informasjon om dette ble lagt inn i et felles skjema av forskerne enkeltvis. Etter den første sorteringen, ble hovedtemaer og subtemaer gjennomgått på nytt av forskerne i fellesskap. Noen temaer ble da slått sammen til en tematisk kategori, mens andre ble splittet opp i flere kategorier. Vi var også opptatt av likheter og forskjeller i publikasjonene, på tvers av geografisk område og andre aktuelle kriterier. I analyseprosessen har vi også identifisert kunnskapshull.

## 2.3 ANALYSE AV EU-SILC OG DIFIS INNBYGGERUNDERSØKELSE

En del av oppdraget er å belyse spørsmål om levevaner, levekår, tilhørighet, sosialt nettverk/ensomhet, og forventninger til kommunale tjenester blant befolkningen i alderen 55 år og eldre. Vi har brukt to eksisterende nasjonale datasett, EU-SILC 2017 (levetårsundersøkelsene) og Difis innbyggerundersøkelse fra 2017. Begge disse er landsdekkende representative befolkningsundersøkelser, med utvalgsstørrelser på 6 000-8 000 respondenter<sup>1</sup>.

Tabellen nedenfor gir en oversikt over de temaer og spørsmål som analysen i kapittel 4 vil dekke.

EU-SILC 2017 (N=6119)	Difi innbyggerundersøkelsen 2017 (N=8261)
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sivilstatus (gift/samboende)</li><li>• Utdanningsnivå</li><li>• Hovedgjøremål</li><li>• Sosialt nettverk<ul style="list-style-type: none"><li>• Nærstående hvis personlige problemer?</li><li>• Har du familie, venner eller naboer som du kan spørre ...? (om ulike tjenester, råd, låne penger)</li></ul></li><li>• Levekår<ul style="list-style-type: none"><li>• Økonomisk beredskap</li><li>• Bolig: Hustype, eieform, tyngende boutgifter?</li><li>• Livskvalitet: Fornøyd med livet for tiden?</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tilhørighet til kommunen<ul style="list-style-type: none"><li>• Alt i alt, hvor fornøyd eller misfornøyd er du med din kommune som et sted å bo og leve?</li><li>• Forestill deg den perfekte kommune. Hvor nær et slikt ideal synes du din kommune er?</li><li>• Regner du med å bo i den samme kommunen om 3 år?</li></ul></li><li>• Tilfredshet med kommunale tjenester<ul style="list-style-type: none"><li>• Alt i alt, hvor fornøyd eller misfornøyd er du med kvaliteten på de kommunale tjenestene?</li><li>• Tilgang til ulike tilbud og tjenester i kommunen (kultur, handel og service, kollektivtransport)</li></ul></li></ul>

De to datasettene inneholder litt ulike muligheter for å operasjonalisere variabelen ruralitet. I EU-SILC 2017 er det en variabel for bostedsstrøk med fem kategorier. Variabelen har et skille mellom spredtbygd og tettbygd strøk, som er definert slik: Som spredtbygd strøk regnes foruten all spredt bosetting, også husklynger med færre enn 200 bosatte. Tettbygd strøk er område med minst 200 bosatte der avstanden mellom husene som hovedregel ikke overstiger 50 meter<sup>2</sup>. Tettbygd strøk har fire nivåer, opp til «tettbygd strøk med 100 000 eller flere bosatte». I analysene basert på EU-SILC har vi brukt en todelt variabel som skiller mellom de som bor i spredtbygd strøk eller tettbygd strøk med færre enn 2000 bosatte på den ene siden, og de som bor i tettbygd strøk med 2000 eller flere bosatte på den andre. Den førstnevnte kategorien vil vi for enkelhets skyld videre omtale som «rurale strøk», en andre kategorien som «tettbygde/urbane strøk».

<sup>1</sup> For nærmere dokumentasjon av datasettene, se <https://nsd.no/nsddata/serier/levetkaarundersokelser.html> og <https://www.difi.no/rapporter-og-statistikk/undersokelser/innbyggerundersokelsen-2017>.

<sup>2</sup> SSB dokumentasjonsnotat for EU-SILC 2017: [https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/339726?\\_ts=161758d25c0](https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/_attachment/339726?_ts=161758d25c0)

EU-SILC 2017:

- Spredtbygd og <200 bosatte
- Tettbygd 200 – 1 999 bosatte
- Tettbygd 2 000 – 19 999 bosatte
- Tettbygd 20 000 – 99 999 bosatte
- Tettbygd 100 000 eller flere bosatte

Mens variabelen i EU-SILC er basert på opplysninger fra befolkningsregisteret, er variabelen i Difis innbyggerundersøkelse basert på informantenes selvrapportering. Variabelen har seks verdier, og bruker begreper om storby/småby/tettbygd/spredtbygd strøk. I analysene vi utfører på grunnlag av Difis undersøkelse, bruker vi variabelen med sine opprinnelige verdier.

Difis innbyggerundersøkelse 2017:

- Spredtbygd strøk
- Tettsted i landkommune
- Småby
- Forstad til storby
- I storby, men ikke i sentrum
- Sentrum i storby

## 2.4 CASEKOMMUNER

Tre casekommuner har vært studert nærmere i prosjektet. De representerer typiske mindre kommuner med demografiske utfordringer knyttet til befolkningsnedgang og en økende andel eldre. Kommunenes geografiske beliggenhet dekker både innland, kystområder, øyer, fjell- og fjordområder. Alle kommunene har kontakt med havet; to ligger innerst i en fjord mens den tredje er helt ute ved kysten. De er lokalisert i samme region med et regionsentrum i vekst. Geografisk utstrekning varierer fra i underkant av 900 km<sup>2</sup> i den minste til i overkant av 2 000 km<sup>2</sup> i den største.<sup>3</sup> Den ene kommunen skiller seg fra de andre både ved at den strekker seg over flere øyer, noe som gir ekstra utfordringer knyttet til kommunikasjon, og ved at det finnes flere bygder eller tettsteder av varierende størrelse. I de to andre kommunene er handel og aktivitet i hovedsak sentrert rundt ett til to bygder/tettsteder. Avstander fra de forskjellige bygdene til kommunesentrene varierer også.

Befolkningsstørrelsen spenner fra vel 1000 innbyggere i den minste til godt og vel 6000 i den største. De to største kommunene har bosetning i områder som dekker de to laveste kategoriene i SSBs og Difis inndeling, mens den tredje kommunen har all sin befolkning bosatt i områder som vil regnes som spredtbygd på begge inndelinger. Kommunenes ulikheter i geografi og bosettingsstruktur kommer også til uttrykk i utgifter til samferdsel: Den befolkningsmessig minste kommunen (1000 innbyggere) er arealmessig 50 % større enn den befolkningsmessig største kommunen) og har mer enn dobbelt så høye driftsutgifter til kommunal vei som de to større kommunene (om lag 5000 kr per innbygger mot 2500 og 2000 i de to større kommunene). I den befolkningsmessig minste kommunen bruker om lag 60 prosent av elevene skoleskyss, mot under 40 prosent i de to større kommunene.

---

<sup>3</sup> Fra [www.ssb.no](http://www.ssb.no) tabell nummer 11342 - Areal og befolkning, etter region, statistikkvariabel og år.

Alle tre kommunene erfarer nedgang i folketall og fraflytting med en beregnet reduksjon i andelen av befolkningen som er i den yrkesaktive aldersgruppen (20-66 år), på mellom 11 og 16 prosent (størst reduksjon i den minste kommunen).<sup>4</sup> Ifølge SSB-statistikk forventes andelen innbyggere over 67 år å ligge mellom 30-40 prosent i disse kommunene innen 2040.<sup>4</sup> Økningen i *antall* personer over 67 år forventes å bli henholdsvis 33 og 42 prosent i de to største kommunene og 14 prosent i den minste. Antall personer på 80 år eller mer, forventes å øke med 64 prosent i den minste kommunen, 68 prosent i den største kommunen og 109 prosent i den nest største. Kommunene har et høyt utgiftsnivå til kommunale helse- og omsorgstjenester (fra rundt 45 000 til 60 000 kroner per innbygger, og 55 til 75 årsverk per 1000 innbyggere)) sammenlignet med landsgjennomsnittet (29 000 kroner per innbygger, og 31 årsverk per 1000 innbyggere).

En av disse kommunene har forholdsvis anstrengt økonomi og har inntil nylig stått på ROBEK-listen.<sup>5</sup> De to andre kommunene har litt romsligere økonomi på grunn av kraftinntekter. Likevel har også en av disse kommunene tidligere vært på ROBEK-listen. Alle tre kommunene ser behov for omstillinger for å oppnå bærekraftig utvikling av kommuneøkonomien.

Det er forskjeller i næringsstruktur mellom kommunene. Primærnæringer, som jordbruk, fiske og reindrift, og industri, dominerer i varierende grad. I den minste kommunen bor vel en tredjedel av befolkningen på en landbrukseiendom, mot henholdsvis en av seks og en av ti i de to større kommunene. En av kommunene har en viss andel samisk befolkning.

## 2.5 ANALYSE AV KOMMUNALE DOKUMENTER

Ulike typer plan- og strategidokumenter i casekommunene har vært analysert som et ledd i å få et nærmere innblikk i kommunale tiltak og planer rettet mot å møte utfordringene og mulighetene som en aldrende befolkning gir. Det har vært noe variasjon mellom kommunene når det gjelder hvilke plan- og strategidokumenter som har vært tilgjengelig samt i hvilken grad dokumentene har vært oppdatert. Samlet har følgende typer dokumenter vært analysert:

- Kommuneplanens samfunnsdel og arealdel
- Budsjett og økonomiplaner med tilhørende utfordringsdokumenter
- Årsoppgjør
- Frivilligplaner
- Folkehelseplaner
- Boligpolitiske handlingsplaner
- Strategiske næringsplaner
- Plan for habilitering og rehabilitering
- Kommunedelplan for helse, omsorg og velferd
- Kommunedelplan for fysisk aktivitet og naturopplevelser

---

<sup>4</sup> Fra [www.ssb.no](http://www.ssb.no) tabell nummer 11668 - Framskrevet folkemengde 1. januar, etter kjønn og alder, i 9 alternativer (K) (B) 2018 – 2040.

<sup>5</sup> ROBEK er et register over kommuner og fylkeskommuner som er i økonomisk ubalanse eller som ikke har vedtatt økonomiplanen, årsbudsjettet eller årsregnskapet innenfor de fristene som gjelder. Kommuner og fylkeskommuner i ROBEK er underlagt statlig kontroll med årsbudsjettet, låneopptak og langsiktige leieavtaler ([regjeringen.no](http://regjeringen.no)).

I analysen av dokumentene har vi vært opptatt å av få fram: 1) Hva dokumentene beskriver er hovedutfordringer i kommunen og tiltak for å møte disse utfordringene, 2) hvordan eldre og kommende eldre omtales i dokumentene og 3) hvilke tiltak dokumentene beskriver for en aldrende befolkning.

## **2.6 INTERVJUER MED REPRESENTANTER FRA KOMMUNENE**

Vi har gjennomført til sammen seks individuelle intervjuer av varighet rundt 60 minutter, med kommunale ledere i de tre casekommunene. Intervjuene har vært gjennomført per Skype eller telefon i perioden februar til mars 2020. Det har blitt tatt lydopptak av intervjuene og lydopptakene har blitt transkribert. Personene som har vært intervjuet har hatt følgende stillingsbetegnelser:

- 1 kommunedirektør
- 1 kommunalleder helse og omsorg
- 1 avdelingsleder helse og omsorg
- 1 leder kommunal fysioterapi/prosjektleder for hverdagsrehabiliteringsprosjekt
- 1 seniorrådgiver for helse og omsorg
- 1 kommunalsjef helse og omsorg

Inntrykket generelt er at de som har vært intervjuet, har hatt god oversikt over planer, tiltak og strategier som handler om forhold av betydning for nåværende og kommende eldre. Casekommunene er alle små kommuner hvor det er forholdsvis lett å få oversikt. I tillegg har flere av informantene lang erfaring med både å bo og jobbe i kommunen de representerer. Gjennom intervjuene som er gjennomført, har vi fått et godt innblikk i kommunale tiltak og planer rettet mot å møte utfordringer og muligheter som en aldrende befolkning gir, fått belyst hvordan kommunene oppfatter og takler utfordringsbildet, samt hvordan de begrunner hvorfor de gjør som de gjør.

## **2.7 INTERVJUER MED INNBYGGERE**

I denne delen av studien inngår 42 innbyggere fra de tre kommunene. De ble i hovedsak rekruttert via folkehelsekoordinator i to kommuner og kommunalleder for helse og omsorg i en kommune. Fire informanter tok imidlertid selv kontakt, enten med folkehelsekoordinator i kommunen eller direkte med prosjektleder etter at studien hadde vært omtalt både i lokale nyhetsmedier og i sosiale medier. Forskerne definerte utvalgsriterier, hvor intensjonen var å rekruttere en informantgruppe med mest mulig variert bakgrunn. Fremgangsmåten resulterte i et bredt sammensatt utvalg, med et alderspenn fra 55-74 år, med omtrent lik fordeling mellom kvinner og menn, og med betydelig bredde i yrkesbakgrunn. Alle informantene var, eller hadde vært, yrkesaktiv, men også uførepensjonister, AFP-pensjonister og alderspensjonister var med i utvalget. Yrkesmessig bakgrunn varierte fra butikkmedarbeider, hjelpepleier og elektriker til lektor, lege og selvstendig næringsdrivende (inkludert bonde). Vi kan likevel ikke se bort fra at det har vært en viss selvseleksjon og en viss skjevhet i utvalgssammensetningen. De som har tatt kontakt eller har takket ja til henvendelsen fra folkehelsekoordinator eller kommunalleder for helse og omsorg, kan i noen tilfeller ha vært av den mer utadvendte typen som behersker og trives i samtaler med ukjente, også når temaet dreier seg om

egen person og eget liv. Vi erfarte imidlertid at flere deltakere hadde takket ja til å delta i studien fordi de «hadde noe på hjertet» om temaet aldring og fremtid i egen kommune.

Intervjuene var todelt i formen, det vil si at 26 av informantene ble fordelt og intervjuet i fire grupper, mens 16 ble intervjuet enkeltvis per telefon. Gruppeintervjuene ble gjennomført i løpet av fire dager i februar ved at to av forskerne møtte deltakerne personlig på dag- eller ettermiddagstid enten i kommuneadministrasjonens lokaler eller i et privat lokale. I en av kommunene ble det gjennomført to gruppeintervjuer, ett i kommunesenteret og ett på en av de større øyene i kommunen. Gruppeintervjuene hadde seks eller syv deltakere og hadde en varighet på omkring to timer. De individuelle intervjuene varte fra 45 minutter til vel 60 minutter.

Begge intervju typene tok utgangspunkt i en intervjuguide. De individuelle intervjuene var noe mer konsentrert om den enkeltes livshistorie i kommunen og fremtidsbilder, mens gruppeintervjuene i større grad rettet oppmerksomheten mot generelle diskusjoner om alderdom og tjenestetilbud i kommunen (se nærmere beskrivelser i kapittel 6 og kapittel 7). Det ble tatt grundige notater og lydopptak av alle intervjuene, men opptakene ble ikke transkribert.

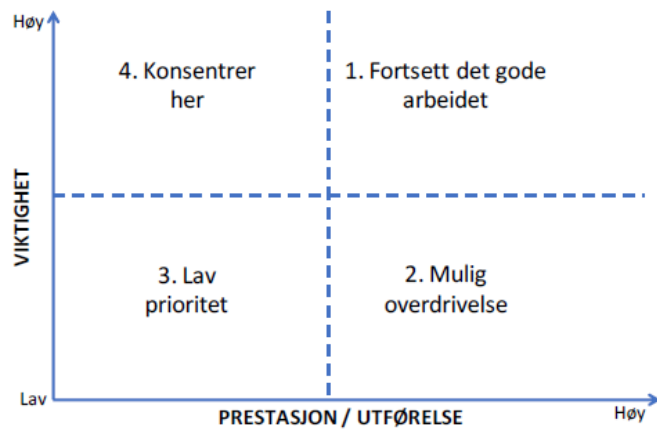
## 2.8 GAP-ANALYSE

Sentralt i vår analysemodell er å kunne identifisere grad av samsvar mellom kommunale planer og tiltak på den ene siden, og dagens fremtidens eldre sine forventninger og planer på den andre.

Vi har derfor gjennomført en gap-analyse etter inspirasjon fra «viktighet-prestasjon analyse» (VPA), opprinnelig introdusert av Martilla og James (1977). VPA gjør det mulig å identifisere eventuelle gap mellom forventninger og behov i befolkningen på den ene siden, og vedtatte kommunale planer og strategier på den andre. Metoden ble introdusert som en teknikk for å utvikle effektive markedsføringstiltak, men har senere blitt benyttet innenfor flere andre områder som for eksempel forskning rundt studiestedsattraktivitet i rurale områder (Hanssen og Mathisen 2018). Metoden benytter en enkel grafisk teknikk (se Figur 2) for å evaluere tiltak for å kunne gi anbefalinger om ressursallokering.

VPA-skjemaets to dimensjoner, viktighet og prestasjon, gir fire utfallsrom (kvadranter) når de krysses. Den første kvadranten (1) «Fortsett det gode arbeidet», representerer tiltak som det vil anbefales å fortsette og bruke ressurser på videre. Den andre kvadranten (2) «Mulig overdrivelse» representerer tiltak som ikke anses som viktige, men hvor kommunen har brukt mye ressurser. Den tredje kvadranten (3) «Lav prioritet» er tiltak/ områder hvor kommunene ikke har satset, men som heller ikke anses som viktig av kommune og/eller innbyggerne. De representerer områder med mindre svakheter, men som heller ikke bør anses som en hovedutfordring. Den mest avgjørende kvadranten er den fjerde (4) «Konsentrer her», som er tiltak og områder hvor kommunene har kommet kort med tilbud og planlegging for områder som anses som viktig og hvor det er udekkede behov.





Figur 2: Viktighet-prestasjons analyse (Martilla og James 1977).

### 3 FORSKNING OM ALDRING I RURALE STRØK

Som en del av oppdraget har vi gjennomført en oppsummering av norsk og nordisk forskning om aldring og alderdom i kommuner/lokalsamfunn i rurale strøk. Formålet har vært å kartlegge og oppsummere hovedtrekk ved de mest sentrale bidragene som er gjennomført innenfor norsk og nordisk forskning som har et fremtidsperspektiv på temaet aldring og alderdom i kommuner/lokalsamfunn i rurale strøk. Gjennomgangen kan karakteriseres som en oversiktsreview (Krumsvik 2016) der målsetningen er å oppsummere kjennetegn ved å beskrive resultater fra tidligere og nyere forskningslitteratur, uten å nødvendigvis være heldekkende for forskningsfeltet. Inklusjonskriterier, søkestreng, og prosess med screening og analyse, er nærmere beskrevet i metodekapittelet.

#### 3.1 TEMAER, METODE, GEOGRAFI OG TYPE PUBLIKASJON

Blant de 70 publikasjonene som har inngått i litteraturstudien, har vi identifisert 12 hovedtemaer knyttet til aldring i rurale strøk. Noen publikasjoner dekker mer enn ett tema. For eksempel er boligsituasjon og boligpreferanser ofte belyst i publikasjoner som tar opp problemstillinger relatert til aldersvennlige samfunn. I presentasjonen nedenfor er disse bidragene splittet opp og fordelt innenfor de tematiske kategoriene. De fleste studiene lar seg likevel plassere med tyngdepunkt innenfor ett tema. Det tallmessig mest dominerende temaet er tjenester og tjenesteutforming. Livskvalitet, levekår og helse følger like etter i antall publikasjoner.

Metodisk tilnærming i bidragene varierer. I halvparten av publikasjonene er det kun benyttet kvalitativ metode. Her inngår både dokumentanalyser og intervjuer av grupper eller enkeltpersoner. Noen inkluderer også observasjon. Rene kvantitative studier utgjør 34 prosent av publikasjonene, fire er konseptuelle artikler mens en artikkel er en ren litteraturstudie. I tillegg er det åtte artikler hvor det benyttes flere metoder (metodetriangulering).

Rundt 60 prosent av artiklene tar utgangspunkt i de eldres perspektiv. Disse studiene er basert både på spørreundersøkelser og på intervjuer med eldre. Det gjøres også statistiske analyser og observasjon av eldres adferd. Rundt en fjerdedel av artiklene har et tjeneste- og/eller kommunalt perspektiv. I tillegg er det noen studier som ser på aldring i rurale strøk fra et pårørende perspektiv, frivillighetsperspektiv eller lignende.

I fordelingen mellom land dominerer Norge. I alt 64 av bidragene dekker norske forhold, enten eksklusivt eller sammen med andre land. Studier som gjelder Sverige, inngår i 27 publikasjoner, Finland i 17, mens Danmark inngår i ni, Island i fem og Færøyene i én. En håndfull publikasjoner er basert på studier som går på tvers av de nordiske landene, inkludert bare arktiske områder.

Tabell 1 Oversikt over publikasjoner og temaer

Tema	Ant	Land	Metode	Type publikasjon	År
1 Tjenester (inkludert digitalisering)	24	Norge: 14 Sverige: 6 Finland: 5 Island: 1 Danmark: 1 Arctic: 1	14 kvalitative 6 kvantitative 2 triangulering 2 konseptuelle	13 vitenskapelige artikler 6 bokkapitler 3 rapporter 2 avhandlinger	2009-2019
2 Bolig, boligmobilitet	9	Norge: 5 Sverige: 2 Finland: 1 Færøyene: 1	2 kvalitative 5 kvantitative 2 triangulering	5 vitenskapelige artikler 1 bokkapittel 2 rapporter 1 masteroppgave	2012-2019
3 Transport/mobilitet	10	Norge: 5 Sverige: 2 Finland: 5 Danmark: 3	2 kvalitative 3 kvantitative 4 triangulering 1 litteraturstudie	7 vitenskapelige artikler 2 rapporter 1 bokkapittel	2009-2017
4 Livskvalitet, levekår, helse	21	Norge: 11 Sverige: 5 Finland: 3 Danmark: 2 Island: 3 Arctic: 2	8 kvalitative 8 kvantitative 3 metode-triangulering 1 konseptuell 1 litteraturstudie	12 vitenskapelige artikler 2 rapporter 6 bokkapittel 1 masteroppgave	2010-2019
5 Identitet, etnisitet	13	Norge: 9 Sverige: 3 Arktisk/nordisk: 1	12 kvalitative 1 kvantitativ	11 vitenskapelige artikler 2 bokkapitler	2011-2019
6 Aldring som fenomen, begrep	12	Norge: 8 Sverige: 4 Finland: 1 Danmark: 2 Island: 1 Arctic: 1	9 kvalitative 1 kvantitativ 2 konseptuelle	7 vitenskapelige artikler 4 bokkapitler 1 doktoravhandling	2011-2019
7 Medvirkning, deltakelse, aktiv aldring	3	Norge: 2 Finland: 1	2 triangulering 1 kvalitativ studie	1 rapport 2 bokkapitler	2013-2019
8 Egenomsorg	2	Norge: 2	1 kvalitative 1 kvantitative	2 vitenskapelige artikler	2012
9 Stedsutvikling/aldersvennlige samfunn	3	Norge: 2 Finland: 1	2 kvalitative 1 triangulering	2 rapporter 1 bokkapittel	2017-2019
10 Arbeidsliv	1	Sverige: 1	1 kvalitativ	1 vitenskapelig artikkel	2018
11 Uformell omsorg	3	Norge: 2 Sverige: 1	3 kvalitative	2 vitenskapelige artikler 1 bokkapittel	2015-2019
12 Demografi, familiestrukturer	2	Norge: 2	2 kvantitative	1 ikke-fagfelle vurdert artikkel 1 rapport	2011-2017

### 3.2 PUBLISERINGSKANALER

De vitenskapelige artiklene er publisert i forskjellige typer tidsskrifter. Ingen tidsskrifter skiller seg spesielt ut når det gjelder antall nordiske artikler som gjelder aldring i rurale områder. Det er likevel to

hovedtyper av tidsskrifter som går igjen, det vil si helsefaglige tidsskrifter og tidsskrifter som spesifikt dreier seg om aldring. Følgende tidsskrifter har publisert mer enn en artikkel blant dem som inngår i vår analyse:

- *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being* (4)
- *Journal of Aging Studies* (3)
- *Ageing and Society* (3)
- *Journal of Population Ageing* (3)
- *Journal of Multidisciplinary Health Care* (2)
- *Open Journal of Nursing* (2)
- *Scandinavian Journal of Caring Science* (2)
- *Tidsskrift for omsorgsforskning* (2)

Blant publikasjonene er 15 kapitler i bøker eller artikler i antologier. I alt 11 av artiklene er fra boken «New challenges to ageing in the rural north. A critical interdisciplinary perspective» som ble publisert høsten 2019.

### **3.3 HVILKE TEMAER HAR FORSKNINGEN VÆRT OPPTATT AV?**

I de neste avsnittene ser vi nærmere på hva som karakteriserer forskningen som er utført innenfor hvert av temaene vi har identifisert i vår gjennomgang (tabell 1). Vi peker først og fremst på vesentlige funn i hver av publikasjonene, men vi tar også med metodisk tilnærming og kontekstuelle forhold. Gjennomgangen oppsummeres i avsnitt 9.1 i oppsummeringskapittelet. Her skisserer vi noen temaer som etter vår vurdering er mangelfullt dekket i den nordiske litteraturen.

#### **3.3.1 TJENESTER**

Under dette temaområdet sorterer 24 studier. Alle de nordiske landene er representert, men studier utført i Norge teller flest (14 studier). Det er kun en studie fra hvert av landene Danmark og Island, mens seks av studiene er utført i Sverige og fem i Finland. Flere av studiene setter søkelys på hjemmebaserte tjenester, mens kun et fåtall handler om institusjonsbasert omsorg. Metodisk er det en klar overvekt av studier utført med kvalitative forskningsmetoder. De aller fleste av disse studiene har et tjeneste- og/eller kommunalt perspektiv, mens noen få har sett tjenestene fra brukernes ståsted. Tre studier ser på tjenesteyting til personer med samisk bakgrunn.

Devik (2016) studerer i sitt avhandlingsarbeid hjemmesykepleie til eldre som lever med uhelbredelig kreft og som bor i rurale strøk. Formålet med studien er å undersøke erfaringer med, og betydningen av, hjemmesykepleie til denne gruppen eldre. Studien omfatter observasjon og intervju med eldre, og sykepleiere i hjemmesykepleien. En konklusjon i avhandlingen er at rural kontekst ikke nødvendigvis er en ulempe, og at hjemmesykepleie ofte er en betingelse for å kunne bo hjemme. (Devik, Enmarker, Wiik, & Hellzèn, 2013) konkluderer med at omsorg ikke alltid er omsorgsfull, og at lindring av lidelse og økt livskvalitet ikke nødvendigvis er to sider av samme sak. I Devik m.fl. (2015) rettes oppmerksomheten mot meningsaspekter ved det å motta hjemmesykepleie for hjemmeboende eldre med alvorlig kreft i rurale strøk. Analysen avdekker tre hovedtemaer: å være fornøyd med det en får, at ting faller på plass, og at man mister sin plass. De finner at uttrykket 'å berge restene' (picking up the pieces) er en treffende beskrivelse av det mange opplevde.

Holm, Mathisen, Saeterstrand, og Brinchmann (2017) ser på hvordan hjemmetjenester fordeles i norske kommuner. Undersøkelsen ble gjennomført i to distriktskommuner i Nord-Norge. Forfatterne fant at kommunene arbeidet for at omsorgsmottakerne skulle kunne bo hjemme lengst mulig, men at systemene som kommunene hadde for å fordele hjemmetjenester ikke var rettferdig, fordi kommunene manglet rutiner for å revurdere individuelle vedtak når de en gang var fattet.

Publikasjonene til Munkejord, Eggebø, og Schönfelder (2018) og Eggebø, Munkejord, og Schönfelder (2019) er basert på en studie hvor de analyserer utfordringer og muligheter i hjemmebasert eldreomsorg basert på en kvalitativ studie fra to kommuner i Norge. I den førstnevnte artikkelen analyseres hjemmehjelperens omsorgsarbeid. Her illustrerer forfatterne hvordan Eldres sosiale behov kan ivaretas, og hvilken betydning dette kan ha for hjemmeboende eldre. Eggebø m.fl. (2019) legger vekt på Eldres behov for meningsfulle aktiviteter og på sosiale relasjoner blant eldre. På bakgrunn av intervjuer med eldre og observasjon av aktiviteter for eldre utforsker studien mulighetene for å promotere trivsel og personorienterte omsorgspraksiser i hjemmebasert eldreomsorg.

Gjertsen, Ryser, og Halseth (2016) studerer, med utgangspunkt i en av de nordligste kommunene i Norge, Gamvik kommune i Finnmark, frivillig sektors rolle i en kommune med krevende økonomi og aldrende befolkning. En av kommunens strategier er å markedsføre kommunen som et godt sted å bli gammel. Erfaringer som kapittelet formidler fra kommunen, er at en demografisk variert sammensetning aldersmessig kan bidra til økt variasjon i tilbud og lokal livskvalitet, og til 'healthy ageing' i kommunen. Dette frigjør et bredere folkelig engasjement og bidrar til at sosiale entreprenører slipper til og til at formelle organisasjoner først kommer inn på et senere tidspunkt. Et godt samarbeid med frivillig sektor i Gamvik, har bidratt til å gjøre kommunen til et godt sted å bli gammel på.

Päivi Naskali, Harbison, og Begum (2019) har redigert antologien *New Challenges to Ageing in the Rural North: A Critical Interdisciplinary Perspective*, som har som målsetning å belyse med et kritisk blikk det de beskriver som en pågående utvikling fra statlige til mer markedsstyrte løsninger på velferdsbehov i rurale områder i arktiske og nordiske strøk. En av deres teser er at det eksisterer en mangel på politisk vilje til å håndtere de negative konsekvensene og utfordringene knyttet til disse endringene i velferdsytning i arktiske strøk, som blant annet omfatter hjemmebasert omsorg. Vi vil her kort nevne seks av bokens kapitler. Valokivi (2019) analyserer finsk eldreomsorgspolitik med vekt på velferds- og hjemmebasert omsorg, som de beskriver som en ansvarsfraskrivelse med svakere rettigheter for omsorgstrengende. Merenheimo (2019) retter oppmerksomheten mot det de beskriver som markedenkning innen omsorgssektoren med en ensidig økonomisk tilnærming til (kvinnedominerte) omsorgsyrker, og hvor eldreomsorg defineres som en samfunnskostnad. Outila, Seppänen, Lantela, og Vasari (2019) ser på et mindre påaktet forhold ved hjemmebasert omsorg, nemlig ulike sider ved at flere av ulike grunner vil komme til å tilbringe sine siste dager og dø hjemme. Stefansdottir og Sveinbjarnardottir (2019), retter et kritisk blikk på det de beskriver som et individualistisk syn i Islandsk helse- og omsorgssystem, der brukerne etterspør muligheter for å kunne fortsette å bo sammen når de kom på syke-/aldershem, men ofte blir skilt fra hverandre. Kvitberg (2019) reflekterer over forholdet mellom tradisjonell mat, helse, og kropp i konteksten eldre samisk kvinne som prøver å opprettholde en tradisjonell livsstil som oppleves truet av nasjonal politikk.

Larsen, Normann, og Hamran (2016) har gjort observasjoner i demensteam, og studert samarbeid mellom samiske og ikke-samiske omsorgsyttere i rurale kommuner i Nord-Norge. Forfatterne finner at forhandlinger om etnisk posisjon, og forståelser av hva «kulturell tilrettelegging» skal innebære, virker som en barriere mot samarbeid mellom formelle omsorgsyttere og omsorgsyttende familiemedlemmer.

Hamran (2017) ser på helsepersonells konstruksjoner av samiske personer med demens, og fokuserer særlig på brukernes motstand mot å motta hjelp fra offentlige tjenesteytere, og hvordan denne motstanden varierer med ulike kontekster. Forfatteren finner at den samiske oppfatningen om at man skal ta vare på sine egne og tilbakeholdenhet når det gjelder å søke hjelp fra andre, kan føre til at hjelpebehov blir oversett.

Aspekter som gjelder samiske forhold, inngår også i Ness mfl. (2013). Forfatterne studerer eldre samiske omsorgsmottakeres fortellinger om å bli gammel og motta hjemmehjelp. Forfatterne finner at den sørsamiske befolkningen fortsatt er utsatt for en pågående subtil kolonialisering. Det er derfor behov for å spesialutdanne sykepleiere som arbeider i sørsamiske områder i kulturell omsorg, tradisjonelle verdier og ideer som gjelder spesielt for den sørsamiske befolkningen. Ness m.fl. (2015) studerer også sykepleiere i hjemmetjenesten som yter hjelp til eldre samiske mottakere. Studien viser at erfaringer med slik omsorgsyting er mangefasettert, skiftende, og følelsesmessig og sosialt motsetningsfylt. En tredje publikasjon, Ness m.fl. (2019), analyserer samiske brukeres forventninger til hjemmetjenester.

Immonen, Vilko, Koivuniemi, og Laasonen (2015) undersøker resultater fra en finsk helsereform, og ser på tilgjengelighet til tjenester i rurale områder. De gjennomførte en survey blant brukere av tjenester, og stilte spørsmål blant annet om hva brukerne opplevde som akseptabel avstand til tjenester. De finner at det kan være akseptabelt at det er et mindre utbygd tjenestetilbud i rurale områder, dersom tjenestene er lokalisert nært der hvor dagliglivet foregår.

Munkejord (2017) undersøker innvandrere som omsorgsarbeidere, og deres erfaringer i en rural kontekst. Hun finner at informantene i hovedsak formidler positive erfaringer der de beskriver at omsorgstjenestene de tilbyr, er høyt verdsatt av mottakerne, og at de opplever arbeidet som gledesfylt og preget av mestringfølelse. De forteller også om betydningen av å etablere tillit i relasjonen med brukeren, og forteller om eksempler der pasienter har blitt nærmest som et familiemedlem til omsorgsyteren.

Veenstra og Daatland (2012) kartlegger i sin rapport behov og omsorg over livsløpet, utviklingen av omsorgstjenestene, variasjonen mellom kommunene, idealer og realiteter i dagens situasjon og dilemmaer for årene framover. Små kommuner har ofte et stort volum av tjenester, spesielt av institusjoner, og især der folk bor spredt og avstandene er lange. De fleste kommuner har et middels tilbud; de største byene er blant disse. Like viktig som det samlede volumet, er hvordan ressursene fordeles. Også her er det betydelig variasjon, idet enkelte kommuner prioriterer sykehjem, mens andre satser på omsorgsboliger og hjemmetjenester, i noen tilfeller i kombinasjon med korttidsplasser i sykehjem. De finner også at sammenliknet med andre land har Norge (og Norden) et stort tilbud av offentlige tjenester. Andre land legger fortsatt hovedansvaret på familien, med mer eller mindre støtte fra velferdsstaten, ofte i form av kontantytelser som skal støtte opp om familieomsorgen.

Sørvoll, Martens og Daatland (2014) har sett spesielt på kommunale planer for boliger og tjenester for eldre. De spør blant annet hvordan nye og gamle boliger tilpasses til forventet økning i antall personer over 67 og 80 år? De finner store forskjeller på store og små kommuner med tanke på satsning på ulike typer boliger/ institusjonsplasser, og fortetting av nye boligområder i sentrale strøk. Blant mellomstore og små kommuner satses det på hjemmetjenester i kombinasjon med omsorgsboliger fremfor institusjonstjeneste.

Tilgjengelighet til tjenester for eldre i norsk periferi, er tema i Aasbrenn, Ranglund, og Ellingsen (2015). Forfatterne diskuterer ulike tilnærminger eller grep som hver for seg eller i kombinasjon kan bidra til å løse utfordringer knyttet til å opprette og opprettholde en bærekraftig tjenesteforsyning spesielt i perifere områder. De finner at desentralisering av tjenester kan løse noen utfordringer, men ikke alle. De konkluderer med at det viktigste grepet er å sette spørsmålene om regional tjenesteorganisering på dagsordenen for alvor.

En av få studier som anlegger et eksplisitt fremtidsperspektiv på kommunenes utfordringsbilde og planer, er Disch og Vetvik (2009), som studerer omsorgsplanlegging i norske kommuner. De ser spesielt på i hvilken grad og på hvilken måte kommunene ser fremover (mot 2015) og på kommende utfordringer. Forfatterne fant at det både i 2009 og i tiden framover mot 2015, forelå en sterk spenning mellom ideelle målsettinger og strategier på den ene side og mangelen på kapasitet og kompetanse på den annen side. Det forelå en tydelig og sterk, men varierende, diskrepans mellom behovene og ønsket om satsning framover på den ene siden og ressursgrunnlaget når det gjaldt penger og personell på den andre siden.

Bygdell (2014) anlegger i sin avhandling et 'romlig perspektiv' på aldring og omsorg på den svenske landsbygda. Hun undersøker hvordan omsorg beskrives av eldre og av omsorgsyttere, og hvordan det å bo på landsbygda beskrives av eldre med omsorgsbehov. Studien har som ambisjon å bidra til å utvikle den teoretiske forståelsen av ruralitet, gjennom et aldrings og omsorgsperspektiv. Avhandlingen legger stor vekt på at det rurale samfunn er fylt av omsorgsrelasjoner og at det kontinuerlig endrer seg både materielt og symbolsk. Hun finner at den økte utbredelsen av hjemmebasert omsorg, fører til at hjem og lokalsamfunn endres både fysisk og i meningsinnhold.

### **3.3.2 BOLIGSITUASJON, BOLIGPREFERANSER OG BOLIGMOBILITET**

Boforhold i betydningen boligsituasjon, boligpreferanser og flyttemønster er berørt i til sammen ni publikasjoner. Disse temaene er belyst med utgangspunkt i norske, svenske, finske og færøyske kontekster. Det vil si at Danmark og Island ikke er representert. Fem av publikasjonene dreier seg om norske forhold, deriblant tre omfattende rapporter om boligpreferanser og boligpolitikk. Analysene bygger både på kvalitative og kvantitative data, enten i kombinasjon eller hver for seg.

Basert på en spørreundersøkelse har Murberg og Røed (2019) analysert boligplanlegging og hvilke preferanser og forventninger innbyggerne i Birkenes og Froland kommuner – begge to befolkningsmessig relativt små Agderkommuner med mellom 5000 og 6000 innbyggere - har til fremtidig bolig. Studien inkluderte tre aldersgrupper - 55, 62 og 70 år. Den viser lite forskjeller i preferanser mellom årskullene, men 55-åringene forventet i størst grad at de skulle få tildelt en kommunal omsorgsbolig ved behov. Denne gruppen var ikke mer villige til selv å betale for eventuell tilpasning av boligen enn de andre årskullene. Innbyggere med høyest utdanning og høyest inntekt var imidlertid mer villige til å ta ansvar for bolig som er tilpasset alderdommen. Studien viste også at mange eier egen bolig og at de fleste ønsker å bo hjemme så lenge som mulig med hjelp av kommunale tjenester om de skulle trenge det. Innbyggerne var i liten grad innstilt på å bruke private tjenester. De fleste bodde i kommunesenteret eller ville bo der når de blir gamle dersom det fantes boliger som var lagt til rette for eldre. I alt 32 prosent forventet å få tildelt kommunal omsorgsbolig dersom de ikke kunne bo hjemme på grunn av alvorlig sykdom eller skade. Forfatterne konkluderte med at dersom kommunen skal kunne innfri forventningene som kom frem, måtte det innen 2040 eksempelvis bygges 88 nye omsorgsboliger i den ene kommunen, og 91 i den andre.

I rapporten «Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester», har Mørk (2013) et kapittel med tittelen «Hjemme så lenge som mulig». Her belyses boligsituasjonen for norske aldersgrupper over 67 år inkludert hvor stor andel som mottar av helse- og omsorgstjenester. Statistiske data fra 2011 viste at tre av fire over 67 år bodde i egen bolig uten hjemmetjenester, 16 prosent bodde i det som omtales som vanlig bolig med hjemmetjeneste, fire prosent bodde i omsorgsbolig eller annen type bolig, mens seks prosent bodde i institusjon. Mørk viser videre at andelen eldre som bor hjemme i egen bolig øker, mens andelen som mottar hjemmetjenester, går ned. Datamaterialet gir imidlertid ikke grunnlag for å trekke slutninger om denne trenden er et uttrykk for at tilbudet er blitt dårligere, eller at behovet for bistand er redusert. Boliger og tjenester for eldre er også undersøkt av Sørvoll og medforfattere (2014). I denne rapporten tas det utgangspunkt i kommunal planlegging av bolig og tjenestetilbud for eldre aldersgrupper, med tanke på hvilke prioriteringer som gjøres. Satses det på sykehjem, omsorgsboliger eller hjemmetjenester? Hvordan tilpasses nye og gamle boliger til forventet vekst av personer både over 67 år og over 80 år? Datamaterialet er hentet fra KOSTRA, fra kommunale planer for 30 kommuner og fra dybdeintervjuer i fire kommuner. Forfatterne finner betydelige forskjeller mellom store og små kommuner med tanke på satsning på ulike typer boliger og institusjonsplasser, og fortetting av nye boligområder i sentrale strøk. Blant mellomstore og små kommuner satses det på hjemmetjenester i kombinasjon med omsorgsboliger, fremfor institusjonstjeneste. Det skiller ikke mellom geografiske regioner eller rural-urban-dimensjonen. Rapporten konkluderer med at boligplanlegging for eldre er et politikkområde med uforløst potensial. Forfatterne etterlyser også mer forskning innenfor dette området.

En annen norsk rapport (Sørvoll, Sandlie, Nordvik, & Gulbrandsen, 2016) ser på boligmarked og boligpolitikk i lys av samfunnets aldring i et økonomisk, sosialt og historisk perspektiv. Forfatterne har undersøkt både kommunenes planer for boligforsyning som tar hensyn til samfunnets aldring, og eldres boligpreferanser, boligmarkedsatferd og boligkapital. De spør også hvordan eldre kan stimuleres til å investere i egen boligsituasjon med tanke på aldring. Datamaterialet er hentet fra litteratur, internettsurvey, kommuneplaner fra 89 kommuner med tilskudd fra Husbanken til omsorgsboliger for personer over 67 år i perioden 2008-2013, og kommuneplaner fra og intervjuer i seks kommuner. Forfatterne konkluderer med at det er nødvendig med geografisk differensiering av boligpolitikken. I distriktskommuner er det blant annet liten omsetningshyppighet, ensidig eneboligstruktur, og lite eller ingen nybygging. Forfatterne poengterer også at det er nødvendig med aktiv boligforsyningspolitikk, strategisk støttekjøp, offentlige tilskudd, og privat-offentlig samarbeid. En betydelig andel boliger er ikke tilpasset personer med nedsatt funksjonsnivå, og få har planer om ombygging.

Abramsson og Hagberg (2019) har studert eldres fremtidige boligplaner i små kommuner i Sverige. Bakgrunn for studien er synkende innbyggertall i mange små kommuner og at unge flytter ut mens andel eldre øker. Forfatterne stiller blant annet spørsmål om hva som kjennetegner lokalt boligmarked, og om under hvilke omstendigheter nåværende boligsituasjon er uholdbar. Det ble gjennomført en survey i 2014 blant 1386 personer i alderen 80 år eller mer som bodde i ordinære boliger i tre små semirurale kommuner. I alt 60 prosent responderte. De fleste var godt forankret i sitt bomiljø og hadde bodd i kommunen i mer enn 20 år. Rundt 60 prosent hadde bodd i nåværende bolig i mer enn 20 år. Noe i underkant av 30 prosent hadde flyttet i løpet av det siste 10-året, og etter at de hadde fylt 70 år. De fleste hadde planer om å «eldes» i nåværende bolig, men 25 prosent oppga at de ikke visste hva som ville skje i fremtiden. De som planla å flytte, ønsket å flytte til en bolig som krevde mindre vedlikehold og til mer sentrale strøk.



To kvalitative studier, en færøysk (Róin, 2015) og en norsk (Munkejord et al., 2018), ser på betydningen av egen bolig og eget hjem – «the meaning of home». Studien fra Færøyene utforsker og sammenlikner hvordan eldre bor og hvilken betydning hjemmet har for dem, i små øysamfunn og i et urbant område. Den viser at eldre ønsker å bo hjemme så lenge som mulig, men hjemmet som konsept, betyr forskjellige ting for de eldre avhengig av hvor de bor, av personlig historie, av familiehistorier, av sosiale forbindelser og av forhold i omgivelsene. Det kommer også frem forskjeller mellom rurale og urbane områder. I den norske studien undersøkte Munkejord et al. (2018) hvordan eldre kvinner og menn med varierende omsorgsbehov opplevde sitt hjem, hva som bidro til å skape trygghet og trivsel i egen bolig, og hvilke tanker de hadde om mulig flytting og om eventuelle erfaringer med flytting. Forfatterne analyserte data fra personlige intervjuer med 28 eldre kvinner og menn bosatt i to distriktskommuner. Studien viser at ikke alle vil bli boende (alene) i boligen hvor de har bodd «i alle år» selv om de skulle få omfattende kommunale hjemmetjenester. Her spiller beliggenhet og tilstand til ens opprinnelige bolig inn, men også dimensjoner som egen fysisk og psykisk helse, tilgang på uformell omsorg fra familie, samt egne sosiale nettverk og relasjoner har betydning. Å flytte kan være et stort steg å ta, men for noen eldre kan det å flytte til eksempelvis en omsorgsbolig eller en tilrettelagt leilighet sentralt plassert i kommunen, vise seg å bidra til både trivsel, trygghet og bedret fysisk og psykososial helsetilstand.

En finsk og en svensk studie tar opp flytting og migrasjon. Den svenske studien (Lundholm, 2015), retter oppmerksomheten mot Eldres flytting fra urbane til rurale regioner (tilbake-migrasjon), mens den finske (Immonen & Sintonen, 2016) har blikket rettet mot flytting fra rurale områder til regionale sentre. Lundholm (2015) ser både på mønster for tilbake-migrasjon og på hvilke regioner som trekker til seg eldre migranter generelt sett, og hvilke regioner som er attraktive for eldre tilbake-migranter. Forfatteren undersøker også om tilbake-migrasjon blant eldre utgjør et betydelig befolkningstilskudd i noen regioner. Studien er basert på registerdata for aldersgruppen 55-70 år, og den viser at migrasjon tidlig i livet har betydning for senere migrasjon. Den viser også at barndomserfaringer fra rurale områder har betydning for rurale preferanser. Migrasjon i denne aldersgruppen er gjennomsnittlig lav, det vil si i underkant av to prosent totalt sett, og tilbake-migrasjon utgjør 14 prosent av gruppen som flytter. Visse områder er imidlertid mer attraktive enn andre. Dette gjelder først og fremst områder hvor det er mulig å dyrke visse livsstiler og visse typer rekreasjon. Områder som er attraktive for generell migrasjon, ser også ut til å være attraktive for tilbake-migrasjon. Områder med lav ut-migrasjon er også tiltrekkende for tilbake-migrasjon. Dette kan handle om at området kan være attraktivitet generelt sett, men også at sosiale bånd er sterke for eksempel ved stor andel familie og venner på stedet. Noen områder med tidligere høy ut-migrasjon har lav tilbake-migrasjon. Forfatteren bemerker at fenomenet er utfordrende å måle fordi det er tatt utgangspunkt i registrert fødested uten at dette nødvendigvis faller sammen med område for oppvekst. Migrasjon kan også være underestimert i og med at det kun er målt permanent migrasjon, mens sekundærbolig er vanlig. Migrasjon er også målt på individnivå, ikke på husholdsnivå.

I den finske studien (Immonen & Sintonen 2016) ble det gjennomført en spørreskjemaundersøkelse blant personer i alderen 60-90 år om flytting fra rurale områder til regionale sentre og om deres vurderinger av tilgjengelighet i lokale tjenester. I alt 1121 responderte. Et sentralt spørsmål i studien var hvordan innbyggernes egen kapasitet og sosiale forhold virker inn på etterspørselen etter lokale tjenester. Studien konkluderer med at den enkeltes mobilitet hang sammen med reiseavstand mellom tjenester og bosted. Subjektive normer og sosial interaksjon påvirker holdninger, mens offentlige myndigheter indirekte påvirker oppfatningen av tjenesters verdi.

### 3.3.3 TRANSPORT OG MOBILITET

Sju vitenskapelige artikler, to rapporter og ett bokkapittel har blitt kategorisert under temaet transport og mobilitet. Utvalget omfatter studier fra Norge, Sverige, Finland og Danmark. Ser man nærmere på forfatterne av de ulike studiene, kommer det fram at det er en forholdsvis liten gruppe forskere som har bidratt med studier innenfor dette temaet i en nordisk kontekst. To av forfatterne står for eksempel som hovedforfatter på tre artikler hver av de totalt ni artiklene. Flere av artiklene handler også om ulike typer resultater fra samme studie. Noen av studiene handler om ulike transportbehov hos de eldre og hvordan det kan tilrettelegges slik at eldre får tilfredsstilt sitt transportbehov, mens andre ser på hvordan mobilitet har betydning for deltakelse, ensomhet og livskvalitet.

Hjorthol mfl. (2009) intervjuet eldre over 80 år i tre rurale casekommuner i Norge og fant at hver fjerde reise eldre gjorde, hadde innkjøp av dagligvarer som hovedformål. I tillegg hadde disse reisene også et sosialt aspekt. Det meste av den organiserte aktiviteten de eldre i fokusgruppene oppga at de drev med, skjedde gjennom eldresentre og frivillighetsentraler (trim, dans, håndarbeid, kafe, religiøst, pensjonistforeninger). Rapporten foreslår ulike tiltak som kan bedre eldres transporttilbud i distriktene avhengig av i hvilken grad de eldre kjører bil og av deres førerlighet. For det første kan man forlenge bilkarrieren gjennom å gi rett til å bruke bilen i et avgrenset geografisk område. For det andre kan man gjøre det lettere å kombinere bil og kollektiv transport slik at det blir lettere å reise kollektivt på deler av reisen. Et tredje tiltak er å skape bedre trygghet og nærhet mellom bruker og operatør av kollektivtransport. Et fjerde tiltak er bedre tilpasning av avgangstider til eldres behov. Benker og hvileplasser på veg til butikk eller holdeplass er et femte mulig tiltak. Hjelp til bæring og bringing av varer hjem eller ombord på transportmidlet er et sjette mulig tiltak. Til sist peker forfatterne på betydningen av informasjon, det vil si at det informeres godt om alternative tilbud og om muligheter til økonomisk støtte til transport.

Haustein og Siren (2014) peker også på betydningen av å ha førerkort. En undersøkelse blant eldre over 70 år viste at det å ha førerkort hadde stor betydning for i hvilken grad eldre fikk sitt transportbehov dekket eller ikke. Tre grupper eldre ble intervjuet: personer som hadde førerkort og kjørte jevnlig, personer som aldri hadde kjørt og personer som nylig hadde mistet førerkortet. Undersøkelsen konkluderte med at bedre tilgang til alternative transportformer og mer erfaring med bruken av disse, ikke kompenserte for mobilitetsproblemene som oppstod på grunn av manglende mulighet til å kunne kjøre bil.

Leiren og Skollerud (2015) diskuterer problemene med å holde kostnadene nede knyttet til offentlig transport i rurale områder når antallet som bor i disse områdene, går ned. Studien gir innblikk i hvordan offentlige myndigheter har prøvd å løse denne utfordringen ved for eksempel å introdusere transportløsninger etter hva som blir etterspurt, og gjennom å tilby ulike typer spesialtransport. Studien undersøker mottakelsen av denne typen transportordninger for de reisende og barrierer knyttet til koordinering, utnyttelse av kjøretøy, mulige besparelser, politiske vurderinger og i hvilken grad dette dekker innbyggernes transportbehov. Resultatene viser at etterspørselsdrevne transporttilbud er populære blant innbyggerne, og hovedgruppene av brukere er unge og eldre uten førerkort. Transport til dagsenter og tilrettelagt transport (TT-ordningen) for personer med nedsatt funksjonsevne, er eksempler på spesielt tilrettelagt transport som er aktuelle for noen grupper eldre. Ulempen med noen av disse typene transport er at de er lukket og beregnet kun for noen brukergrupper. Studien peker på utfordringer med å åpne tilbudene for en bredere gruppe brukere.

En studie av Hjorthol mfl. (2011) viser også at noen av disse ordningene slik som TT-ordningen, er lite kjent blant eldre og at dette heller ikke dekker Eldres reisebehov.

Flere av studiene har sett på hvordan fysiske og sosiale barrierer utendørs kan hindre Eldres deltakelse i lokalsamfunnet. Rantakokko mfl. (2017) har gjennom en spørreundersøkelse blant eldre i aldersgruppen 75-90 år i Finland i perioden 2012-2014, studert hvordan barrierer i omgivelsene utendørs reduserer deres mobilitet og med det reduserer deres opplevde autonomi. Rantakokko mfl. (2009) viser at frykt for å bevege seg utendørs er vanlig blant eldre og at denne frykten er med på å begrense deres mobilitet utendørs. Rantakokko mfl. (2010; 2014) viser hvordan begrensningen i autonomi i deltakelse utendørs som barrierer i omgivelsene medfører, leder til økt ensomhet blant eldre og redusert livskvalitet. I alt 28 prosent av deltakerne i spørreundersøkelsen (fra 2012-2014) oppga å være ensom noen ganger eller ofte. Snø og is, lange avstander og bakker ble oppgitt å være spesielt utfordrende og økte sannsynligheten for at den eldre opplevde å være ensom. Utformingen av omgivelsene, trafikk og avstander påvirket livskvaliteten til eldre gjennom frykten for å bevege seg utendørs eller gjennom udekte behov for fysisk aktivitet.

Iwarsson mfl. (2013) inkluderer også aspektet med å benytte seg av hjelpemiddel for å øke mobiliteten utendørs. De finner at mange opplever at det er en prosess å venne seg til å benytte disse, men at de etter hvert blir avhengig av dem i dagliglivet. De eldre oppgir at fysiske barrierer som dårlig design og hindre i omgivelsene, og sosiale barrierer som stigmatisering og begrenset sosial aksept, hindrer dem i å delta fullt ut i samfunnslivet

Hjorthol mfl. (2013; 2011) konkluderer med at et stort flertall av eldre over 67 år oppgir at det å få transport når de trenger det, er helt sentralt for deres livskvalitet. Allikevel er det mange eldre i Norge som ikke opplever å ha et tilfredsstillende transporttilbud. Ikke alle har mulighet for å kjøre bil og særlig i rurale områder er det utfordrende å få dekt sitt transportbehov gjennom offentlige transportløsninger. For mange er også holdeplassen så langt unna at det oppleves som utfordrende å benytte offentlig transport. Kvinner oppgir å ha et større behov for offentlig transport enn menn. For mange blir transporttilbudet sett på som utilstrekkelig, og mange eldre med nedsatt fysisk mobilitet har et udekket transportbehov som bidrar til å redusere livskvalitet.

### **3.3.4 LIVSKVALITET, LEVEKÅR OG HELSE**

Dette temaet omfatter 20 bidrag. Et flertall (15) av bidragene er i tillegg gruppert under andre temaområder, som tjenester (Stefansdottir mfl. 2019, Kvitberg 2019, Hamran 2017), transport (Hjorthol mfl. 2009, Hjorthol mfl. 2011, Rantakokko mfl. 2010 og 2014, Iwarsson mfl. 2013), identitet og etnisitet (Svensson 2019, Kvitberg 2019, Dale mfl. 2012, Kalfoss og Low 2018) og aldring som fenomen. Dette er ikke uventet siden flere av de andre temaområdene vil kunne ha levekårs-/livskvalitets- og helsemessige sider. Disse studiene omtales ikke enkeltvis her, siden de også er omtalt under de andre temaområdene.

De seks andre studiene er alle gjennomført med kvantitative forskningsmetoder. Arnadottir mfl. (2011) ser på forklaringsfaktorer for selvrapportert helse blant eldre i urbane og rurale strøk, gjennom en tverrsnittstudie. Studien bruker ICF (International Classification of Functioning) som et teoretisk rammeverk. De finner at sannsynligheten for bedre selvrapportert helse øker med fysisk styrke i under- og overkropp, og med fysisk aktivitetsnivå i husholdet, men reduseres med økende grad av depressive symptomer.

Blekesaune mfl. (2018) har også gjennomført en studie av Eldres levekår og livskvalitet i bygd og by. Med utgangspunkt i analyser av data fra to nasjonale spørreundersøkelser sammenligner de Eldres levekår og livskvalitet i rurale og urbane strøk. De ser på ulike velferdsindikatorer, som tilgang til ulike ressurser og tjenester i lokalsamfunnet, sosiale nettverk, tilhørighet og tillit, og deltakelse i lokalsamfunnet. Forfatterne finner at rurale innbyggere er minst like fornøyde med hjemmetjenester og medisinske tjenester som de som bor i urbane områder. Rurale innbyggere rapporterer også hyppigere sosial kontakt med naboene og større deltakelse i frivillig arbeid enn innbyggere i urbane områder.

Berner mfl. (2015) har sett på hvilke faktorer som påvirker internettbruk blant eldre (65 år og over) i rurale og urbane områder i Sverige. Ved hjelp av logistisk regresjonsanalyse av en svensk nasjonal spørreundersøkelse om aldring og omsorg finner de at personer i rurale områder brukte Internett mindre enn dem som bodde i urbane områder. Yngre og personer med høyere utdanning hadde høyere internettbruk. God kognitiv funksjon og flere i husholdet virket også inn på bruk av Internett. Forfatterne konkluderer med at det er viktig å være oppmerksom på mulig ekskluderende sider ved Internett, og å unngå at noen grupper eldre ekskluderes i et samfunn som baseres på bruk av digitale løsninger.

Werling (2016) sammenligner hvordan eldre i urbane og rurale områder av Sverige lever og ser på sine egne liv, og undersøker om det er forskjeller i deres livskvalitet. De har brukt surveydata fra en panelstudie. De fant ingen store forskjeller i livskvalitet mellom dem som bodde i urbane og rurale strøk.

### **3.3.5 IDENTITET OG ETNISITET**

I alt 13 artikler i utvalget ble kategorisert under temaet identitet og etnisitet. De fleste av disse handler også om andre temaer som helse og omsorgstjenester, og aldring som fenomen og begrep.

Kun en av artiklene handler om eldre med innvandrerbakgrunn. Næss og Vabø (2014) har utforsket eldre muslimske menns møte med norske velferdstradisjoner. De finner at mange opplever et stigma knyttet til å fjerne seg fra familiebasert omsorg. Dette forsterker igjen stereotype skildringer og aversive holdninger om offentlig inngripen, noe som igjen gir næring til ønsket om å holde seg i sin egen tradisjon. Eldre norsk-pakistanere begynner likevel å akseptere at noen former for offentlig hjelp kan være både nødvendige og moralsk akseptable i lys av pragmatiske omstendigheter.

Sju artikler inneholder enten erfaringer fra samiske eldre eller helse og omsorgstjenester i samiske områder. Svensson (2019) viser hvordan kvinner, og særlig samiske kvinner, i rurale områder ofte diskrimineres når det kommer til for eksempel helse, politisk representasjon, tilgang til ressurser og mulighet til å ha makt over eget liv og samfunn, og tilgang til helse og omsorgstjenester.

Blix mfl. (2013) har utforsket hvordan oppfatningen av samer er i det offentlige og blant samer selv. Forfatterne illustrerer hvordan individuelle historier om samer rammes inn og formes av offentlige narrativer, og hvordan identifisering er en pågående prosess også sent i livet. Et dialogisk forhold mellom individuelle livshistorier og offentlige narrativer betyr at individuelle historier har kapasitet til å forme og revidere dominante offentlige narrativer, ifølge forfatterne.

Kvitberg (2019) utforsker betydningen av helse i hverdagslivet til en eldre samisk kvinne i rurale Nord-Norge. Hun fant at helse for denne kvinnen var en stille kamp for legemlig frihet fra avhengighet,

materialisme, luksusmat og moderne mat. Det handlet om å ha et aktivt forhold til kropp og smerte. Mat høstet fra naturen var viktig i kvinnens kamp for uavhengighet og frihet over egen kropp og liv.

Ness mfl. (2013; 2019) viser hvordan det oppleves for den sør-samiske befolkningen å motta hjemmetjeneste. De finner at deres forventninger til hjemmetjenesten i stor grad er den samme som resten av den svenske befolkningen. Det trekkes fram som viktig å ha samme omsorgspersonell over tid, individuelle tilpasninger og at omsorgspersonellet har den riktige kompetansen. Det vises til viktigheten av at helse- og omsorgspersonellet har kompetanse om den samiske kulturen, tradisjonelle verdier og oppfatninger. I Ness (2015) ser forfatterne på hjemmebaserte tjenester i rurale sør-samiske områder fra sykepleiernes ståsted. De argumenterer for at man ikke kan se på rurale områder som et homogent fenomen, og at det er behov for å øke kunnskapen om kulturelle forskjeller i rurale områder. Forfatterne fant at sykepleierne opplevde motsetninger mellom idealet om å være profesjonelle og realiteten de møtte i rural hjemmetjeneste hvor det var tette sosiale relasjoner. Erfaringen var at å utføre hjemmebaserte tjenester i disse rurale områdene hadde mange sider og var i stadig endring og var noen ganger emosjonelt og sosialt motstridende.

Larsen mfl. (2016) har utforsket samarbeidet mellom samisk og ikke-samisk formelle og uformelle omsorgsgivere i rurale områder. De finner at deltakerne forhandler hverandres etniske posisjoner i praksis og at forhandlinger om etnisk posisjon hindrer samarbeid mellom formelle og familiære omsorgspersoner. Det argumenteres for at begrepet «kulturell tilrettelegging» må utvides for å sikre like helse- og omsorgstjenester.

To artikler ser spesifikt på menn og maskulinitet i forbindelse med aldring i rurale strøk. Nilsson mfl. (2013) viser betydningen av lokal kontekst og miljø for hvordan både alder og maskulinitet kommer til uttrykk. Mennenes arbeidsinnsats, før og nå, var også definerende for hvordan de fremstod og dette hadde større betydning for dem enn biologisk alder. Mennene var også sterkt knyttet til stedet hvor de bodde, noe som utgjorde en ressurs i deres hverdagsliv og for opprettholdelse av maskulinitet. Ness mfl. (2014b) har studert hvordan enslige menn på 80 år og eldre opplever å være eldre omsorgsmottakere i rurale strøk. Basert på datamaterialet identifiserte de tre hovedtema: en følelse av utilstrekkelighet, om å finne håp i livet og det å forsone seg med livet. Å være gammel og bo alene i distriktet innebar å leve i spenningen mellom en avhengig tilværelse og ønsket om å være uavhengig samt å prøve å akseptere livets konsekvenser og forene ønsket om å leve med at livet vil ta slutt.

I Ness mfl. (2014a) utforsker de samme forfatterne som Ness mfl. (2014b) hvordan enslige kvinner 80+ opplever å være eldre omsorgsmottakere i rurale områder. De fire hovedtemaene de identifiserte for kvinnene var: å være fornøyd med livet, å være takknemlig, å føle seg sårbar og å føle seg trygg. Å være en gammel kvinne som levde alene i distriktene, betydde å leve i skillet mellom å omfavne nåtiden i ensomhet og frykte en fremtid med ytterligere redusert helse. Det handlet om å glede seg over nuet mens man samtidig fryktet fremtiden. Ved å bruke sin indre styrke ansikt til ansikt med tap og redusert helse, klarte eldre kvinner å sette pris på ensomheten å finne ny mening med livet.

Dale mfl. (2012a) har utforsket betydningen av egenomsorg og helse på oppfattelsen av livssituasjonen og identiteten til eldre. Hovedinntrykket fra studien var at uavhengighet og muligheten til å kontrollere og styre sitt eget liv etter egne ønsker og behov, var det ultimate målet for deltakerne i studien.

Helse og identitet ble også studert av Kalfoss mfl. (2018). Ved å analysere registerdata blant eldre (60+) i rurale og urbane strøk i Norge, undersøkte forfatterne i hvilken grad respondentene tilskrev fysisk funksjon til helse i motsetning til aldring, samt i hvilken grad dette relaterte seg til depressive

symptomer. Forfatterne konkluderte med at det å tilpasse seg funksjonsendringer når man blir eldre er en kompleks prosess som også har effekt på depressive symptomer.

### **3.3.6 ALDRING SOM FENOMEN OG BEGREP**

Flere av bidragene i gjennomgangen drøfter aldring som fenomen. Denne kategorien inneholder 12 publikasjoner, 10 av disse publikasjonene er også kategorisert under andre temaer, i første rekke livskvalitet, levekår og helse (fem publikasjoner), tjenester (tre publikasjoner studier), og identitet og etnisitet (tre publikasjoner).

To av bidragene er kapitler i en nylig utgitt flerdisiplinær antologi med kritiske perspektiver på aldring. Wennbergs (2019) kapittel er en analyse av aldring i lys av kjønn og maktubalanse i politikk og lovgivning. Forfatteren bruker det som omtales som en feministisk sosio-rettslig tilnærming, der vedkommende identifiserer og analyserer kryssende rettslige, politiske og økonomiske diskurser, som kan redusere velferden til kvinner i rurale og multikulturelle nordlige Sverige. Harbinson (2019) anlegger et kritisk blikk på hvordan kategorien «eldre» konstrueres i en velferdspolitisk kontekst, og ser på eldres egen deltakelse i diskursen om hvordan deres velferdsbehov dekkes. Forfatteren diskuterer hvordan politiske og forskningsmessige strukturer hemmer eldres stemmer i å bli hørt i velferdspolitikken.

Christensen (2018) tar tak i begrepet «eldrebølgen», og argumenterer for at begrepet bygger på en myte underbygget av andre begreper som styrker bølge-forståelsen. Forfatteren bruker to argumentasjoner som bidrar til å nyansere diskusjonen om den aldrende befolkning: Den første argumentasjonen dreier seg om å vise at eldrebølgens uønskede og uventede karakter, slik det ofte fremstilles, ikke svarer til en historisk utvikling av levealderen. Den andre dreier seg om at bølgens skadevirkninger, særlig når det gjelder å ramme velferdsstatens pleie- og omsorgstjenester, fremstilles som å kreve et eksplosivt behov for tjenester til eldre. Men dette harmonerer lite med de reformer som er satt i verk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene de seneste tiår, spesielt for eldre.

Mikkelsen (2016) har som mål å utvide forståelsen av ensomhet ved å se på forholdet mellom velferdsstatens forsøk på inkludering og måten ensomhet blir formulert på som et kjerneproblem i den danske velferdsstaten. Det å leve tilbaketrukkent blir konsekvent definert som ensomhet, og staten invaderer befolkningens muligheter til å leve tilbaketrukkent, gjennom en oppfatning og en forståelse av at sosialt engasjement blir oppfattet som sentralt for «vellykket aldring».

Devik og medforfatteres (2013) tekst handler om betydningen av å være gammel, bo alene og lide av uheldelig kreft på et ruralt sted i Norge. Formålet med studien var å utforske og forstå levd erfaring hos eldre som bor alene og lider av kreft som ikke kan kureres. Fire hovedtema ble funnet: holde ut ved å holde håpet levende, bli oppmerksom på at du er alene, å leve opp til forventninger om å være en god pasient, og å være i risiko for å tape identitet og verdi. Prosessen med å tilby behandling når man er syk kan true verdigheten og forårsake ytterligere stress og ubehag. Den sosiale og rurale konteksten kan gjøre at pasienten mangler ressurser til å få tilstrekkelig omsorg.

Hamran (2017) ser på helsepersonells konstruksjoner av samiske personer med demens. De fokuserer særlig på brukernes motstand mot å motta hjelp fra offentlige tjenesteytere, og hvordan denne motstanden varierer med ulike kontekster. De finner at den samiske oppfatningen om at man skal ta vare på sine egne og være tilbakeholden når det gjelder å søke hjelp fra andre, kan føre til at hjelpebehov blir oversett.

Lundgren og Ljuslinder (2011) ser på medias fremstilling av en aldrende befolkning. De spør: hvordan fremstilles temaet aldrende befolkning i media og hva slags bilder av høy alder produseres? Analysen er et kritisk blikk på massemedias fremstilling av en aldrende befolkning, basert på en kvantitativ innholdsanalyse av svensk lokal- og nasjonal dagspresse mellom 1988 og 2009. De finner at befolkningsaldring fremstilles som en politisk økonomisk bekymring heller enn et problem for det aldrende individet.

### **3.3.7 MEDVIRKNING, DELTAKELSE OG AKTIV ALDRING**

I litteratursøket kom det opp tre publikasjoner hvor oppmerksomheten var rettet mot medvirkning, deltakelse og aktiv aldring, og hvor den rurale dimensjonen også var tematisert, i alle fall delvis. To er norske, en er finsk. To studier var basert på både kvantitative og kvalitative metoder, mens den tredje hadde rent kvalitativt datamateriale.

Naskali (2019) ser i sin studie på hvordan kjønn, alder og sosioøkonomisk status er relatert til maktposisjoner i kommunepolitikken i finske Lappland. Datamaterialet var hentet fra statistikk over alder og kjønnsfordeling i styrer og utvalg, og fra intervju med politisk aktive pensjonister. Studien viser at eldre i regionen deltar aktivt i kommunepolitikken og særlig har eldre menn en viktig rolle i beslutningstaking. Forhold som påvirker aktiv deltakelse, var utdanning, deltakelse i arbeidslivet, økonomisk situasjon og helsetilstand. Et generelt trekk innenfor den politiske arenaen hvor ungdom synes å verdsettes mer enn eldre, ble tolket som en barriere mot deltakelse.

Vestby og medforfattere (2017) har prøvd ut en medvirkningsmodell for aldersvennlige samfunn i tre typer lokalsamfunn; et bygdesentrum i en rural kommune, sentrum i en mellomstor bykommune og en bydel i Oslo. En stedsanalytisk tilnærming ble brukt som forskningsmetode. Eldre på seniorsentre og frivilligsentraler i de tre casekommunene deltok i seniortråkk i form av stedsvandring med digital kartleggingsapp. I tillegg ble det arrangert dialogverksted med presentasjon og drøfting av funn og forslag til tiltak og løsninger formidlet til administrasjon. I modellen har seniorer med relativt god funksjonsevne fått muligheten til et hverdagsliv der de i stor grad kan klare seg selv, noe som var viktig for dem. Nærmiljøets kvaliteter og muligheter får større betydning for pensjonister ved at de tilbringer mer tid der enn dem som er i arbeid. Selv om stedene var relativt ulike typer lokalsamfunn, var stedsbruk og oppfatninger om hva som er verdifullt for eldre, ganske like. De fleste av seniorenne var aktive turgåere og brukere av grøntområder og naturområder i nærmiljøet, de beveger seg også rundt på egenhånd for praktiske, sosiale og/eller kulturelle formål. Noen steder hindres eller reduseres imidlertid stedsbruken på grunn av dårlig trafiksikkerhet, fysiske hindringer, få hvileplasser med benker, eller dårlig belysning som gir utrygghet. En hindring var også mangel på offentlige toalettmuligheter i turtraseer og parkområder. Verdien av den sosiale stedsbruken var knyttet til ulike type arenaer. Dels møter de eldre andre i samme livssituasjon på seniorsentre, frivilligsentraler, eldredans og liknende. Dels er det allmenne sosiale og kulturelle arrangementer som fungerer som sosiale møteplasser uavhengig av alder. Seniorenne trekker særlig frem bibliotek, lag og foreninger, kaféer, byggedager og konserter som viktig for dem. Stedet som sosial arena, representerer dessuten samhörighet og tilhörighet, noe som er viktig for trivsel og mentalt velvære. Mange var opptatt av at sosial deltakelse svekkes for dem som har litt dårligere helse, eller som følge av at informasjon ikke når frem når tradisjonelle informasjonskanaler erstattes av nettbaserte.

Munkejord og medforfattere (2019) spør hva «aktiv aldring» betyr i dagliglivet til sårbare eldre som trenger omfattende helse- og omsorgstjenester. De finner at noen eldre foretrekker å eldes aktivt

hjemme i sitt eget hjem ved å gjøre aktiviteter som å lese, løse Sudoku, se TV og se på fuglene. Familien spiller en nøkkelrolle i å hjelpe til med praktiske gjøremål som har stor betydning for dem i dagliglivet.

### **3.3.8 EGENOMSORG**

Egenomsorg som tema innenfor en rural kontekst, er belyst i to publikasjoner. Begge gjelder norske forhold, og har samme forfattere. Den ene artikkelen er basert på kvalitative intervju med 11 eldre over 78 år i rurale områder i Sør-Norge (Dale et al., 2012a), mens den andre bygger på data fra en spørreskjemastudie som ble gjennomført i fem sørnorske fylker i 2010 (Dale, Söderhamn, & Söderhamn, 2012b). Den kvalitative studien tar opp betydningen av egenomsorg og helse på oppfattelsen av livssituasjon og identitet hos eldre. Formålet var å belyse betydningen av egenomsorg og helsetilstand for oppfatning av livssituasjon og identitet blant aleneboende eldre. To hovedtemaer ble identifisert: «være i stand til å gjøre» og «være i stand til å være». Livssituasjonen til informantene ble tolket som uunngåelig, adekvat og meningsfylt. Deres identitet ble formet av deres frihet og selvvalgte handlinger innenfor deres personlige kontekst. Hovedinntrykket var at uavhengighet og muligheten til å kontrollere og styre eget liv i samsvar med egne behov og preferanser var et overordnet mål for studiedeltakerne.

Formålet med den andre av Dale og medforfatteres (2012b) studier var å beskrive egenomsorgsevnen til hjemmeboende eldre i rurale områder i Sør-Norge, og å relatere funn til generelle levekår, «sense of coherence», ernæringsstatus, fysisk og psykisk helsetilstand og livssituasjon. Det ble gjennomført en tverrsnittundersøkelse til et tilfeldig utvalg på 3017 personer i alderen 65+ i fem norske fylker i 2010. Det endelige utvalget besto av 1050 personer. I studien ble det brukt «Self-Care Ability Scale» for eldre og den viser at 780 personer kom ut med høy «egenomsorgsevne» mens 240 hadde lav «egenomsorgsevne». Skåre på denne skalaen hang sammen med egenvurdert helsetilstand, «sense of coherence», ernæringsstatus, tidligere yrke og type bolig. Studien konkluderer med at profesjonelle eller andre omsorgspersoner må være oppmerksom på eldre med sviktende egenomsorgsnivå, og at de må ta ansvar for å kartlegge de eldres behov for hjelp.

### **3.3.9 UFORMELL OMSORG: INNEN OG MELLOM GENERASJONER**

Få publikasjoner belyser uformell omsorg. Avgrensede aspekter ved tematikken berøres kun i tre publikasjoner, to norske og en svensk. Alle er basert på kvalitative data. Bakgrunnen for den svenske studien (Blusi, Kristiansen, & Jong, 2015), er at mange eldre som pleier ektefeller i områder med lange avstander og begrenset tjenestetilbud, er bundet til hjemmet av plikter og kan av den grunn føle seg isolert. I studien ble det gjennomført en intervensjon med internettbasert støttetjeneste blant 63 eldre omsorgsgivere i rurale strøk. Studien viser at deltakerne fortsatt tilbrakte dagene hjemme, men de opplevde at dagliglivet spilte seg ut på forskjellige arenaer, både fysisk, virtuelt og følelsesmessig. Den internettbaserte støttetjenesten ga dem et verktøy for å gjenoppta kontakt med familie og etablere nye venner. Fagpersoner spilte en avgjørende rolle ved å oppmuntre, utdanne og inspirere omsorgsgiverne og støtte deres uavhengighet.

Aures (2019) analyse av intergenerasjonell omsorg er basert på en autoetnografisk tilnærming. Forfatteren tar utgangspunkt i egen omsorg for en alvorlig syk forelder i en kontekst med geografisk avstand som vesentlig dimensjon. Oppmerksomheten ble rettet både mot praktisk støtte og følelsesmessige relasjoner, men også mot kommunikasjonsteknologi og begrensninger i dette når



sykdom inntreffer og livet endres. Intergenerasjonell omsorg over store avstander danner spesifikke sårbarheter, men gir også muligheter for å underbygge slektskapsforhold.

Munkejord og medforfatteres (2018) artikkel handler om hvordan eldre kvinner og menn med varierende omsorgsbehov opplever sitt hjem og uformell omsorg. Forfatterne har analysert data fra hjemmebesøk og dybdeintervjuer med eldre bosatt i to distriktskommuner. Studien belyser ulike dimensjoner som er med på å skape trygghet og trivsel i egen bolig, blant annet tilgang på uformell omsorg fra familie, og fra egne sosiale nettverk og relasjoner.

### **3.3.10 DEMOGRAFI OG FAMILIESTRUKTURER**

Det er kun to artikler i vårt utvalg som faller inn under kategorien demografi og familiestrukturer. Den ene er et intervju med SSB-demograf om befolkningsutviklingen og konsekvenser av denne for Norge (Nystad & Norheim, 2011). Det pekes på at antallet pensjonister vil øke med særlig økning i de eldste aldersgruppene over 80 år. Dette blir i artikkelen sett på som en utfordring, og det pekes på konsekvenser for helse- og omsorgssektoren, og på økningen i forsørgerbyrde dette representerer for den arbeidsaktive delen av befolkningen.

Den andre publikasjonen er en rapport fra SSB om befolkningsframskrivninger, sosiodemografiske mønstre og helse blant fremtidens eldre i by og bygd (Rogne og Syse, 2017). Det vises til store geografiske forskjeller både når det gjelder befolkningsaldring og de eldres ressurser. På den ene siden, vil flere rurale områder oppleve å få en økende andel eldre. På den andre siden, forventes det at kommende eldre i gjennomsnitt vil ha et høyere utdanningsnivå enn tidligere, og at de vil ha en mer fordelaktig økonomisk situasjon – også med hensyn til bolig. De finner at andelen barnløse menn har økt de siste årene, men antar samtidig at det blir færre aleneboende de nærmeste årene. Utviklingen i helsetilstanden til fremtidige eldre, vil få stor betydning i tillegg til at endringer i teknologi og kommunikasjon og den medisinske utviklingen vil påvirke hvordan enkeltindivider og samfunn vil kunne møte et aldrende samfunn.

### **3.3.11 ARBEIDSLIV**

Søket etter litteratur ga bare ett treff som omhandlet eldre og arbeidsliv i rurale områder. Det er en vitenskapelige artikkel som utforsker hvordan eldre i rurale strøk i Sverige ser på det å skulle arbeide lengre (Lundgren mfl., 2018).

Funn fra intervju med 20 personer over 60 år viser at selv om personene definerte seg selv som aktive, travle personer som var villig til å arbeide, argumenterte de sterkt for retten til å kunne pensjonere seg. Når de snakket om aktiv aldring, artikulerte de aktivitet i form av å gjøre private ting som å reise, pleie hobbyer, passe barnebarn og lignende, heller enn å snakke om arbeid og identiteter knyttet til arbeidslivet. Økt pensjonsalder ble sett på som en trussel mot retten til å kunne hvile seg etter et langt arbeidsliv, og muligheten til å kunne engasjere seg i private prosjekter.

Samtalen om utvidet arbeidsliv hadde også et geografisk element hvor arbeid som informantene vurderte som egnet, ikke var tilgjengelig i rurale strøk. Disse yrkene ble forbundet med hvitstnipparbeid som krevde høy utdanning. Informantene trakk også fram solidaritet eller konflikt mellom generasjonene som et aspekt, det vil si at dersom de eldre skulle arbeide lengre, ville det ta arbeidsplasser fra de yngre. Dette ble sett på som problematisk også med tanke på utfordringen med fraflytting av yngre fra distriktene.

### 3.3.12 STEDSUTVIKLING, ALDERSVENNLIGE SAMFUNN

Tre studier handler om temaet stedsutvikling og aldersvennlige samfunn. Det er ett bokkapittel og to rapporter, hvorav det første er fra Finland og de to siste er fra Norge.

Norske arkitekters landsforbund (2019) har på oppdrag fra Helsedirektoratet laget en håndbok i aldersvennlig stedsutvikling, som en oppfølging av regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn (Regjeringen, 2016). Som det påpekes i håndboken, involverer arbeidet med å skape et aldersvennlig samfunn et bredt spekter av fagfelt, sektorer og ulike samfunnsinstitusjoner. Håndboka retter oppmerksomheten mot hvilken rolle kommunene og planleggerne har og hvilke muligheter som fins innenfor dagens plansystem og regelverk.

Boka skiller ikke mellom byer og småsteder, men tar utgangspunkt i nærmiljøet. Aldersvennlig stedsutvikling mener forfatterne handler om å skape fysiske omgivelser som gjør det mulig for eldre å delta aktivt i samfunnet så lenge som de kan, selv om helsetilstanden og funksjonsnivået reduseres.

I håndboka presenteres det ti råd for aldersvennlig stedsutvikling. Disse handler om å (1) innføre gode stedsutviklingsprosesser, (2) ha en bevisst og konsekvent lokaliseringspolitikk, (3) lete etter løsninger som når flere brukergrupper samtidig, (4) lage en boligpolitikk som inspirerer til at folk i ulike aldre og livssituasjon kan leve sammen, (5) skape trygge omgivelser, (6) skape møteplasser i nærmiljøene, (7) og (8) gjøre det enkelt å leve uten bil også for eldre som bor usentralt eller ikke har tilgang på bil, og (9) ha universell utforming som en premisse for planlegging. Til sist anbefales kommunene å ansette en stedsutvikler som kan arbeide på tvers i kommunen og sikre godt samarbeid med de frivillige, befolkningen og næringslivet.

I rapporten «Lytt til senioren» (Vestby mfl., 2017) utprøves ulike medvirkningsmetoder rettet mot eldre. Disse omtales i avsnitt 1.4.7. I prosjektet kom det også fram kunnskap om fysiske og sosiale steds kvaliteter og offentlige og private tilbud og tjenester som bidrar til bedre livskvalitet for eldre og aldersvennlige lokalsamfunn. Selv om stedene var relativt ulike typer lokalsamfunn var stedsbruk og oppfatninger om hva som er verdifullt for eldre, ganske lik. Det samme gjaldt erfaringene med barrierer og synspunkter på hva som bidro til at stedene ble mindre aktivt brukt av eldre. De fleste som var med i prosjektet var aktive turgåere som brukte grøntområdene og naturområdene i nærmiljøet. De beveget seg også rundt for praktiske, sosiale eller kulturelle formål. Dårlig trafiksikkerhet, fysiske hindringer, få hvileplasser med benker, dårlig belysning og mangel på toalettmuligheter var eksempler på faktorer som hindret eller reduserte bruken av nærmiljøet. Senioren trakk særlig frem bibliotek, arrangementer i regi av lag og foreninger, kaféer, bygdedager, konserter og liknende som viktige sosiale møteplasser. Stedet som sosial arena representerer dessuten samhørighet og tilhørighet, noe som er viktig for trivsel og mentalt velvære.

Prosjektet konkluderte med at en stedsanalytisk tilnærming som metodisk verktøy kan bidra til å gi mer konkrete data om nærmiljøets positive og negative sider og mangler og det får fram Eldres opplevelse av stedet og innspill til hva som er viktig for at det skal være et aldersvennlig lokalsamfunn.

Den finske studien som handler om stedsutvikling, utforsker hvordan eldre karakteriserer aldersvennlige omgivelser i rurale områder nord i Finland (Begum, 2019). Forfatteren ser også på endringer og utfordringer som eldre støter på, og som påvirker hvordan de opplever omgivelsene. Forfatteren finner at naturen, tilgjengeligheten av lokal transport og helsetjenester samt støtte og imøtekommelse fra lokalsamfunnet utgjør de viktigste faktorene i aldersvennlige omgivelser.

## 4 LEVEKÅR OG LIVSKVALITET BLANT ELDRE I RURALE STRØK

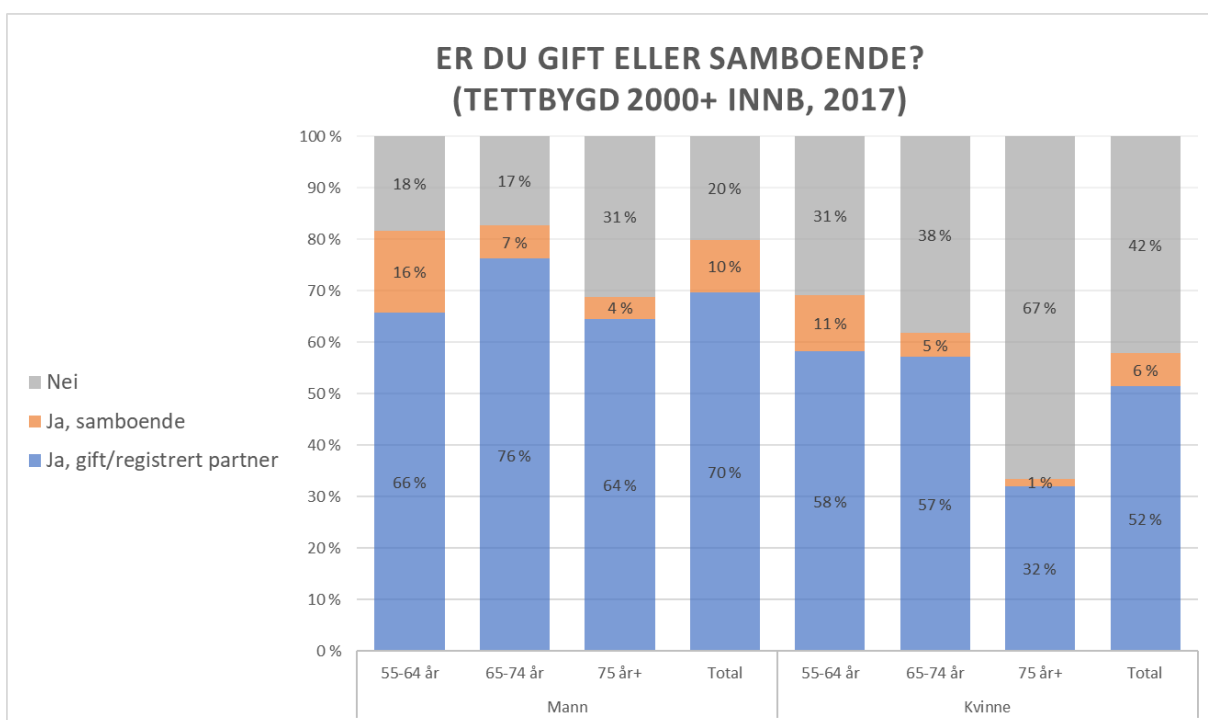
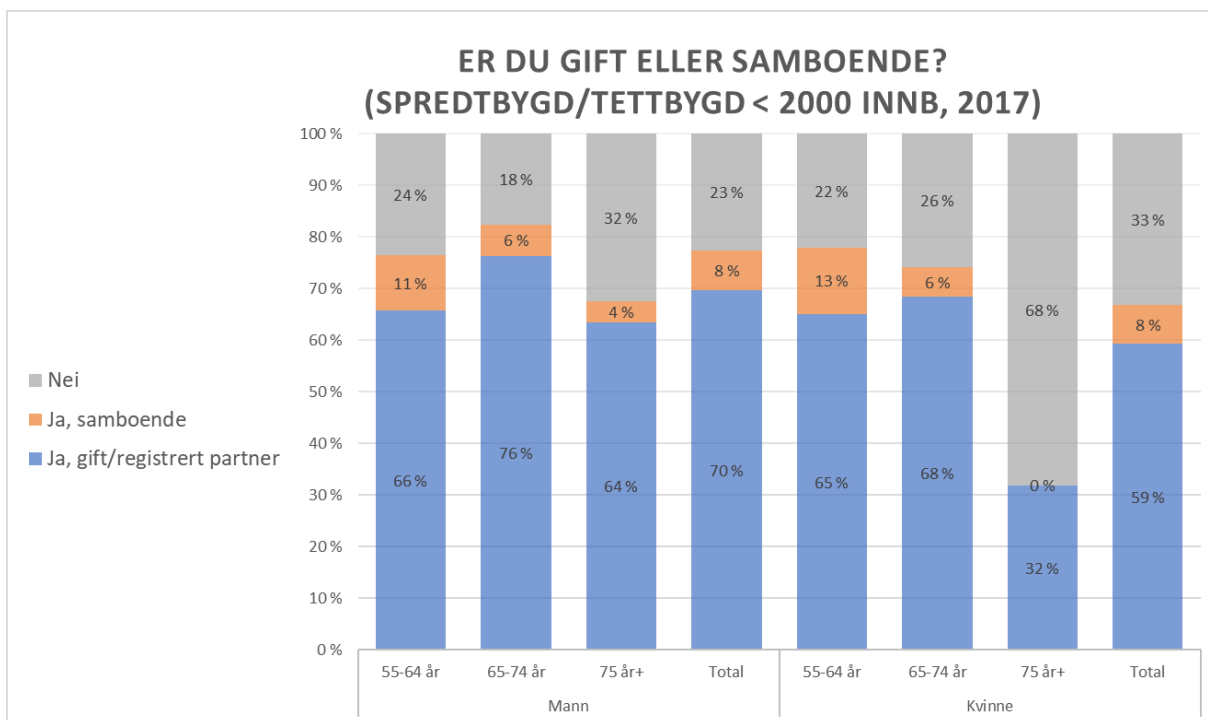
I dette kapittelet presenterer vi resultatene fra analysene av EU-SILC 2017 og Difi sin innbyggerundersøkelse 2017. Formålet har vært å belyse spørsmål om levevaner, levekår, tilhørighet, sosialt nettverk/ensomhet, og forventninger til kommunale tjenester blant personer i alderen 55+ år i rurale strøk. Analysene er brutt ned på variablene bostedsstrøk (spredtbygd/tettbygd) og aldersgruppe. I analysene av EU-SILC dataene har vi brukt en todelt variabel for bostedsstrøk, der spredtbygd strøk og tettbygd strøk med færre enn 2 000 bosatte vil bli omtalt som «rurale områder», og tettbygd strøk med 2 000 innbyggere eller mer som «tettbygde og urbane områder/strøk». Analysene som presenteres fra Difi innbyggerundersøkelsen bruker variabelen for bostedsstrøk med sine opprinnelige seks verdier (sentrum i storby, i storby, men ikke i sentrum, forstad til storby, småby, tettsted i landkommune, spredtbygd strøk).

### 4.1 SIVILSTATUS OG HUSHOLDNINGSTØRRELSE

Blant personer 55 + i rurale områder (færre enn 2 000 innbyggere) er 78 prosent av mennene og 67 prosent av kvinnene gift eller samboende. I tettbygde områder med mer enn 2 000 innbyggere er fordelingen blant menn bortimot identisk (80 prosent), mens andelen blant kvinner er en del lavere (58 prosent). Kvinner i urbane og tettbygde områder er altså oftere uten partner enn kvinner i rurale strøk. Ser vi på aldersfordelingen, gjelder denne forskjellen først og fremst de to 'yngste' aldersgruppene (55-64 og 65-74 år). I den eldste aldersgruppen er andelen som bor uten partner, lik mellom urbane og mer tettbygde områder.

Den tydelige kjønnsforskjellen i den eldste aldersgruppa reflekterer trolig delvis forskjeller i levealder mellom kvinner og menn, og at det i den eldste aldersgruppa er mange kvinner som har mistet sin ektefelle.

Vi ser et tilsvarende mønster når vi ser på antall personer i husholdningen (figur ikke vist). Kvinner i de to eldste aldersgruppene bor oftere enn menn i enpersonshusholdning, noe som gjelder både rurale og mer urbane strøk.

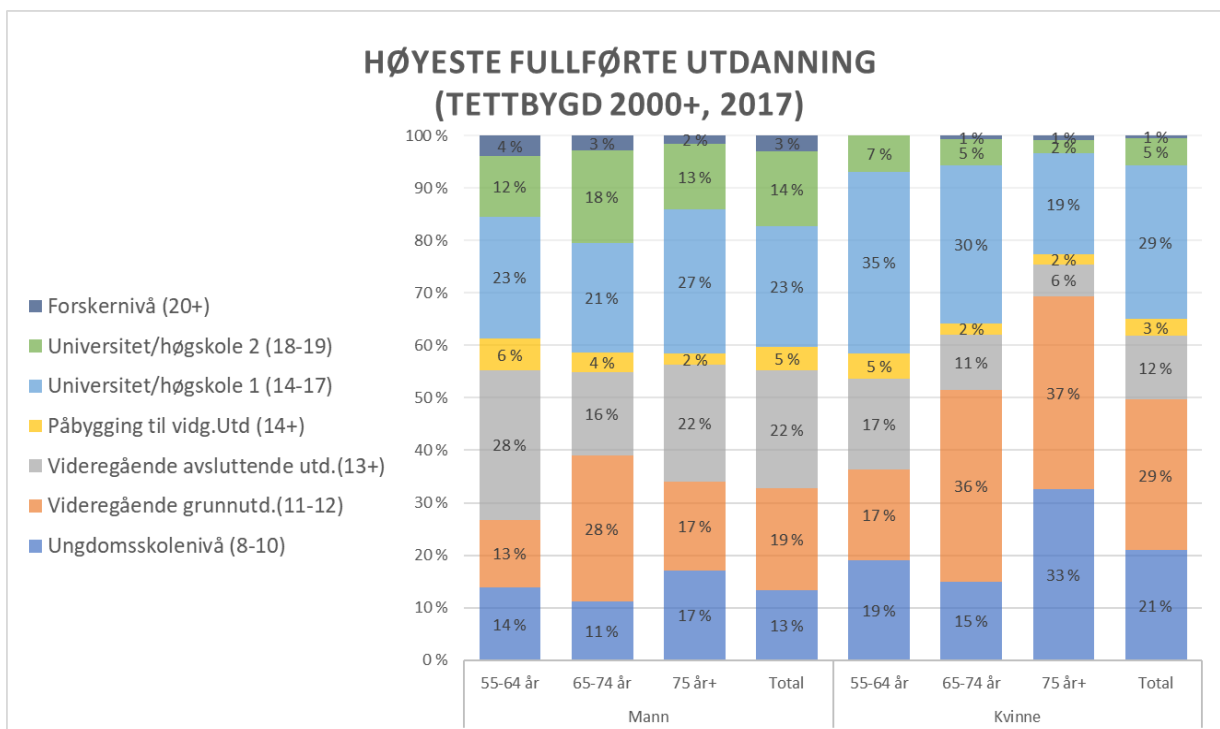
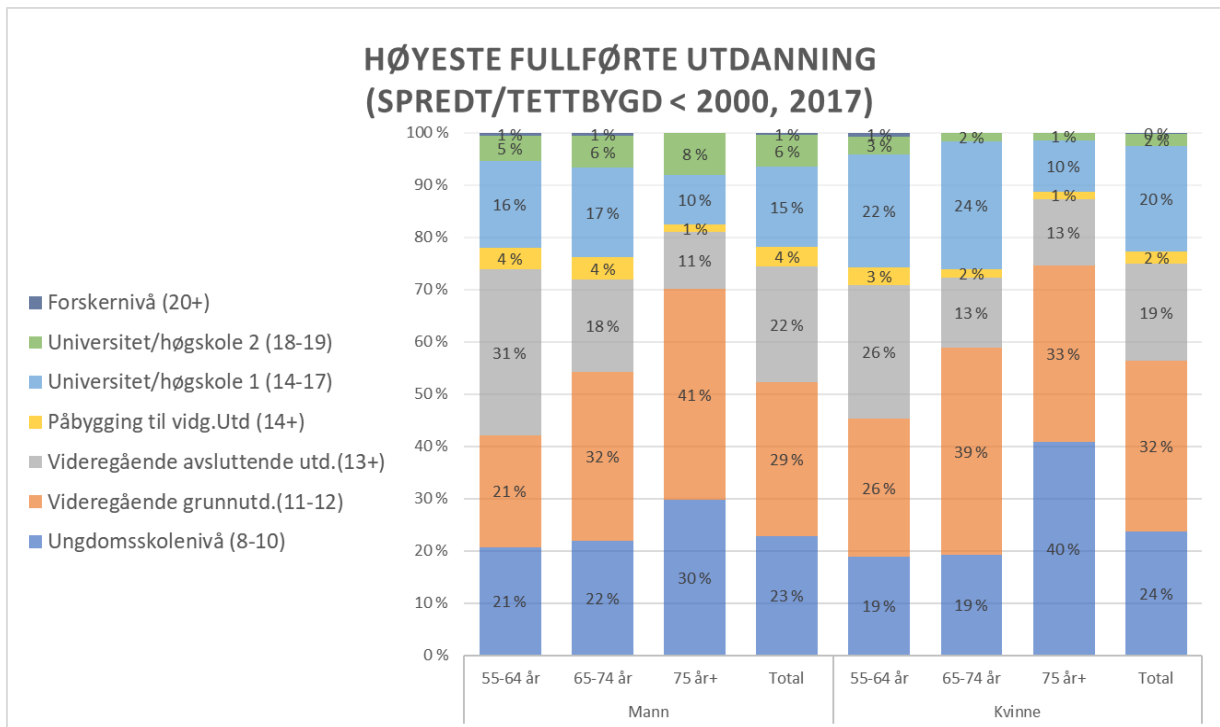


Figur 3: Sivilstatus, etter aldersgruppe, kjønn og ruralitet (spredt/tettbygd <2000 innb. øverst, tettbygd 2000+ innb. nederst). Kilde: EU-SILC 2017.

## 4.2 UTDANNINGSNIVÅ

Ser vi på utdanningsnivå, er dette klart lavere i rurale strøk enn for landsgjennomsnittet. Bare en av fire over 55 år har utdanning over videregående skole nivå i rurale strøk (gjelder begge kjønn), mens dette gjelder for 40 og 45 prosent for kvinner og menn i tettbygde og urbane strøk. Det er videre en klar sammenheng mellom aldersgruppe og utdanningsnivå, for begge kjønn, i både rurale og

tettbygde/urbane strøk. Høyere alder betyr lavere utdanningsnivå, i både rurale og tettbygde/urbane områder. Vi ser samtidig at blant menn i tettbygde/urbane strøk er aldersgruppe av noe mindre betydning for utdanningsnivå. Her er andelen med utdanning på universitets- og høgskolenivå like høy i den eldste aldersgruppen (75+ år) som i de to yngre.



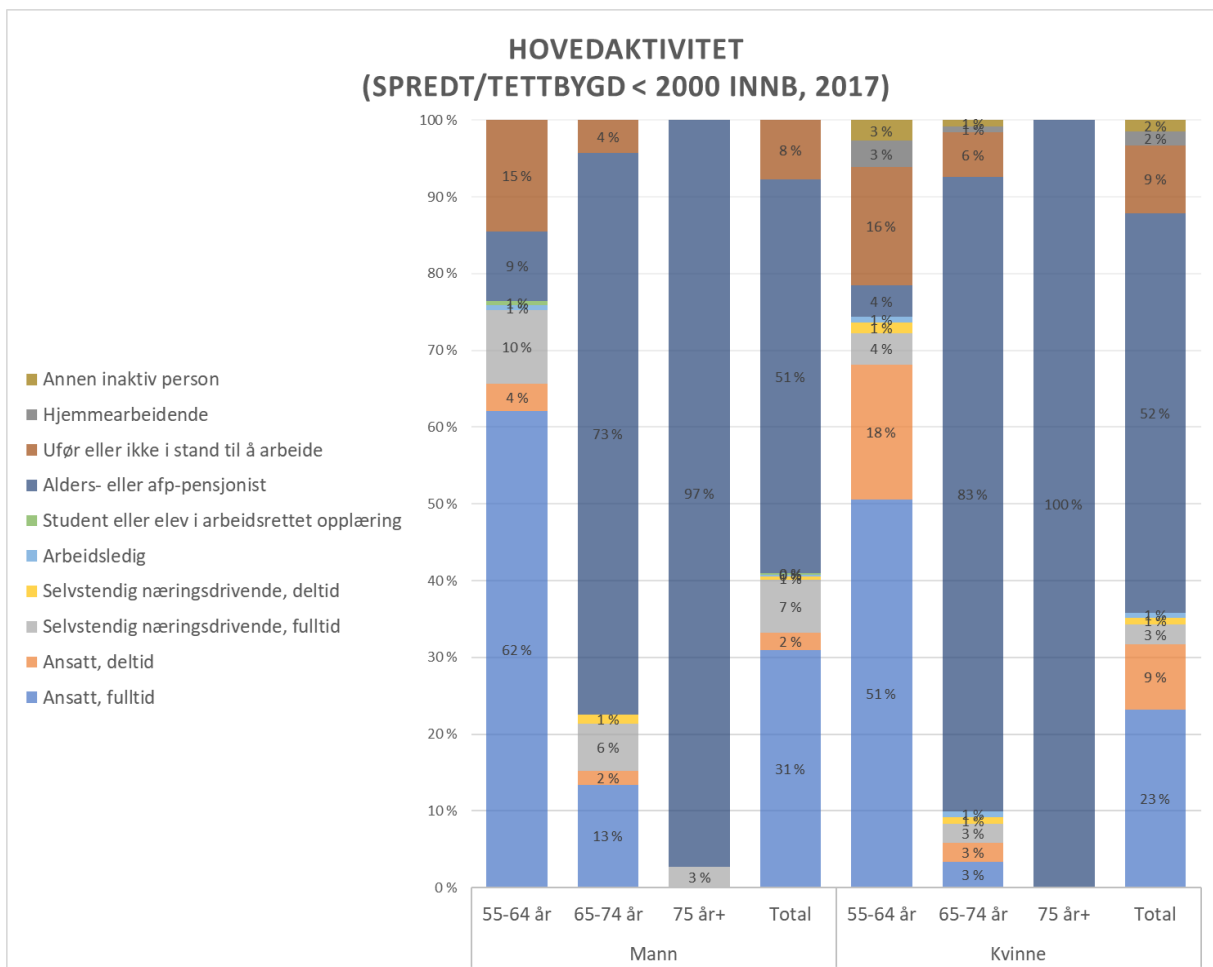
Figur 4: Utdanningsnivå, etter aldersgruppe, kjønn og ruralitet (spredt/tettbygd <2000 innb. øverst, tettbygd 2000+ innb. nederst). Kilde: EU-SILC 2017.

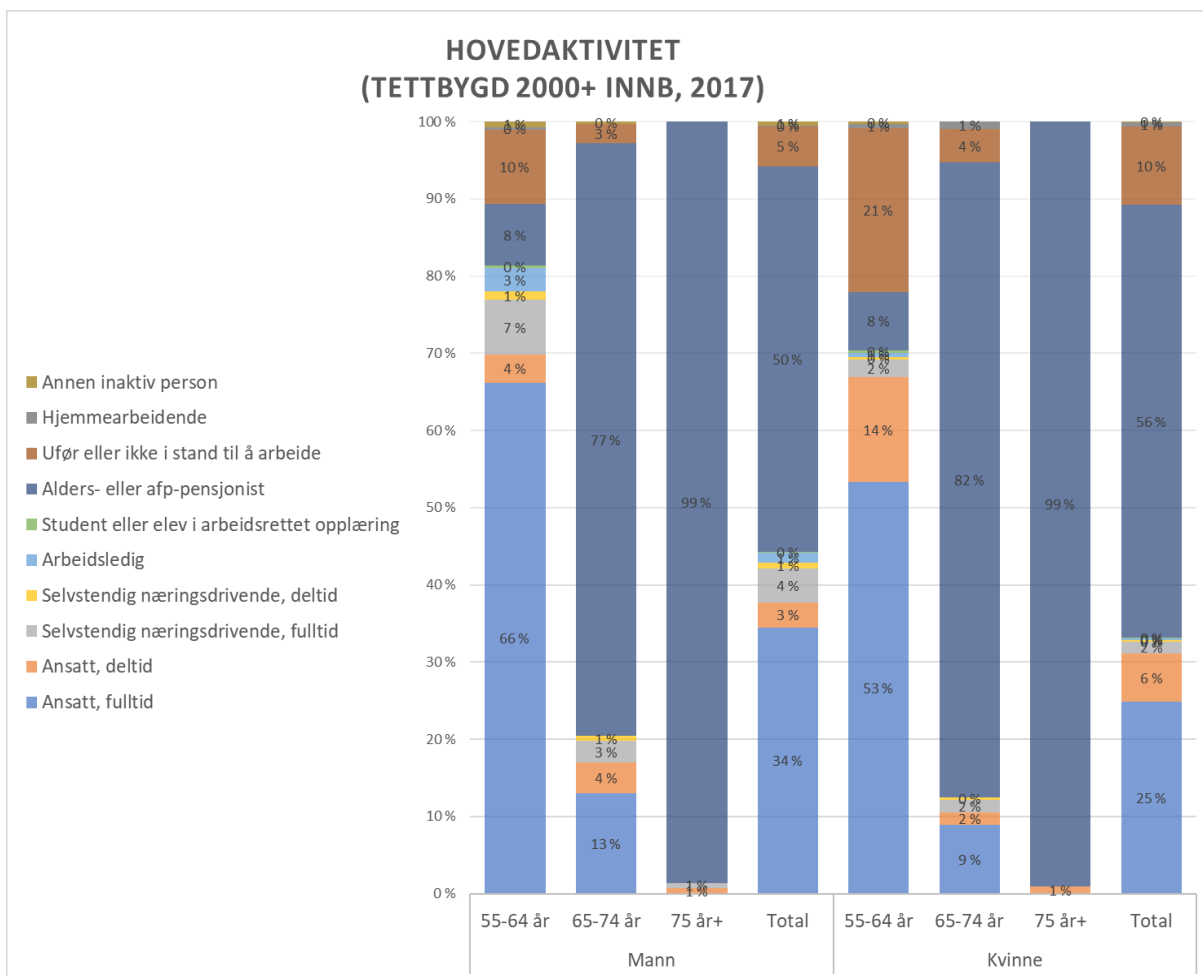
### 4.3 HOVEDGJØREMÅL

Vi skal nå se nærmere på et spørsmål om hovedgjøremål blant personene i utvalget. Spørsmålsstillingen skiller mellom ti gjensidig utelukkende kategorier: Ansatt fulltid, Ansatt deltid, Selvstendig næringsdrivende fulltid, Selvstendig næringsdrivende deltid, Arbeidsledig, Student eller elev i arbeidsrettet opplæring, Alders- eller AFP-pensjonist, Ufør eller ikke i stand til å arbeide, Hjemmearbeidende, og Annen inaktiv person.

Vi observerer for det første noen forventede aldersforskjeller. Alderspensjon er hovedstatus for de aller fleste (97 prosent eller mer) i den eldste aldersgruppen, uavhengig av kjønn og ruralitet. I aldersgruppen 65-74 år er bildet litt mer sammensatt, her er andelen alderspensjonister og uførepensjonister høyere blant kvinner enn blant menn. Samtidig synes forskjellen mellom menn og kvinner å være noe større blant de som bor i rurale strøk (ti prosentpoeng) enn blant de som bor i tettbygde og urbane strøk (fem prosentpoeng). En tilsvarende (men motsatt) forskjell observerer vi om vi ser på andelen i heltids arbeid. Her er kjønnsdifferansen ti prosentpoeng i rurale strøk mot fire prosentpoeng i tettbygde/urbane strøk. I den yngste aldersgruppen (55-64 år) er det særlig en kjønnsforskjell i andelen som er henholdsvis deltids og heltids arbeidende som skiller seg ut. Denne observerer vi i både rurale og tettbygde/urbane strøk.

I rurale områder har ni prosent blant menn og fire prosent blant kvinner i den yngste aldersgruppen tatt ut AFP. I tettbygde/urbane områder er den tilsvarende andelen åtte prosent for begge kjønn.





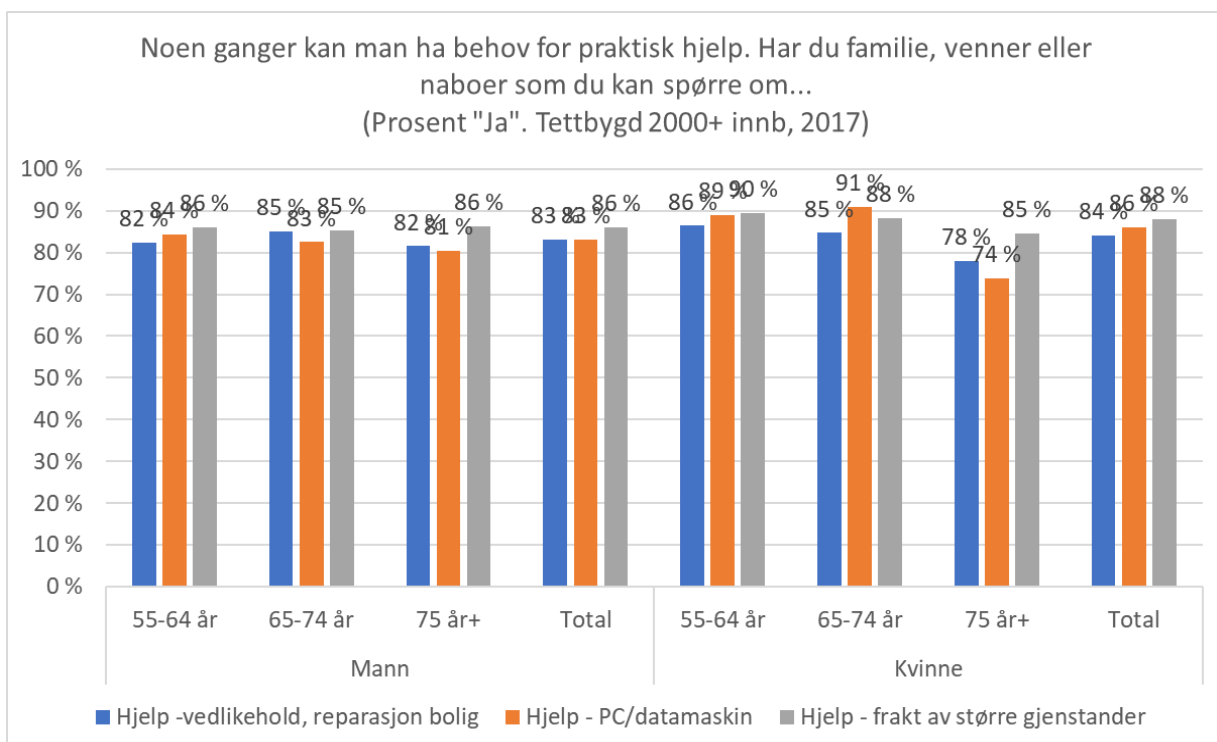
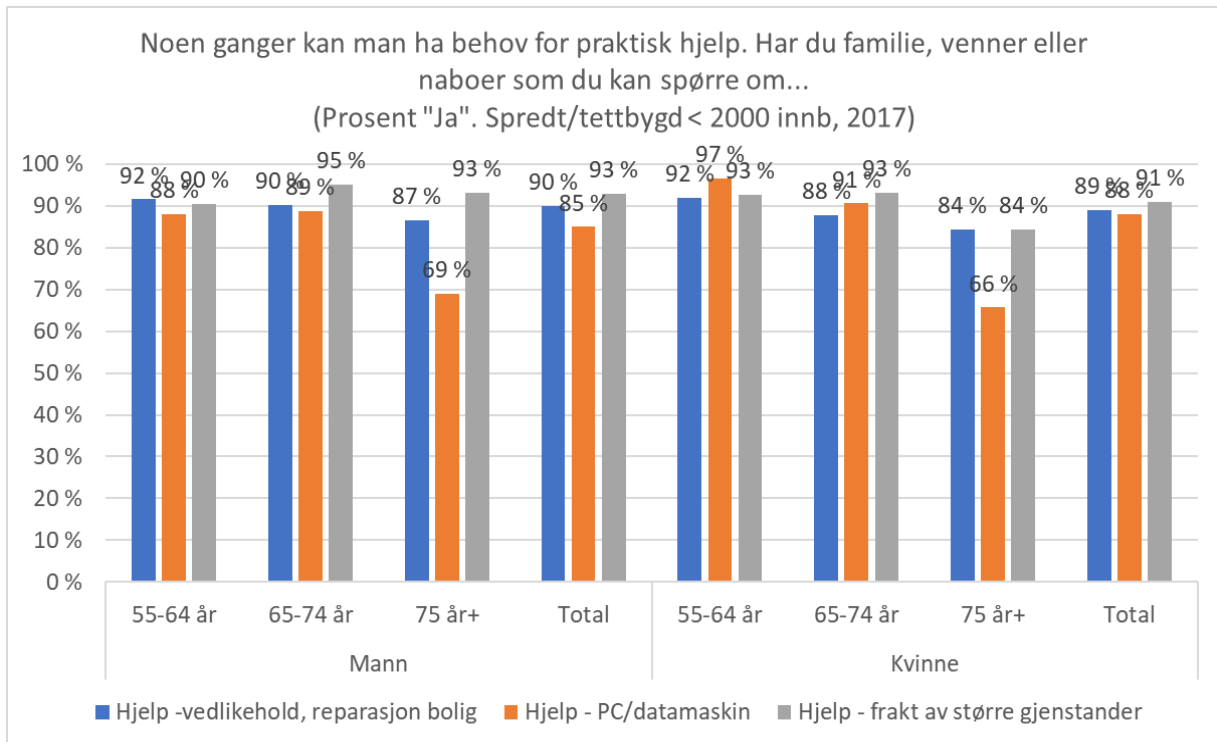
Figur 5: Hovedaktivitet til IO, etter aldersgruppe, kjønn og ruralitet (spredt/tettbygd <2000 innb. øverst, tettbygd 2000+ innb. nederst). Kilde: EU-SILC 2017.

#### 4.4 SOSIALT NETTVERK OG TILGANG TIL PRAKTISK HJELP

Et sentralt tema innen sosiologien har vært hvordan samfunnsmedlemmenes sosiale nettverk preges av egenskaper ved det lokalsamfunnet man bor i, for eksempel hvilken betydning det har om man bor i byen eller på landet. Vi skal nå se på noen spørsmål som måler sosialt nettverk og tilgang til praktisk hjelp. Spørsmålsformuleringen var slik: «Noen ganger kan man ha behov for praktisk hjelp. Har du familie, venner eller naboer som du kan spørre om hjelp til å utføre ...». Spørsmålet ble fulgt opp av en rekke eksempler på formål, og vi skal se på tre av disse, som er hjelp knyttet til henholdsvis bolig, pc/datamaskin, og frakt av større gjenstander.

Det er relativt små forskjeller mellom aldersgruppene, med ett unntak: Blant kvinner i den eldste aldersgruppen (75+ år) er andelen som har tilgang til hjelp til praktiske oppgaver, klart lavere enn for de to yngre aldersgruppene, og dette gjelder særlig i rurale strøk. Her svarer kun to av tre kvinner (66 prosent) at de har noen til å hjelpe seg med PC/datamaskin. I rurale strøk er denne andelen lav også blant menn i den eldste aldersgruppen. I tettbygde og mer urbane strøk er det ingen forskjeller mellom ulike aldersgrupper blant menn.

I aldersgruppa 55-64 har imidlertid kvinner noe større tilgang til praktisk hjelp enn menn. Det skjer med andre ord en sterkere reduksjon i denne typen sosial kapital med økende alder blant kvinner enn blant menn.

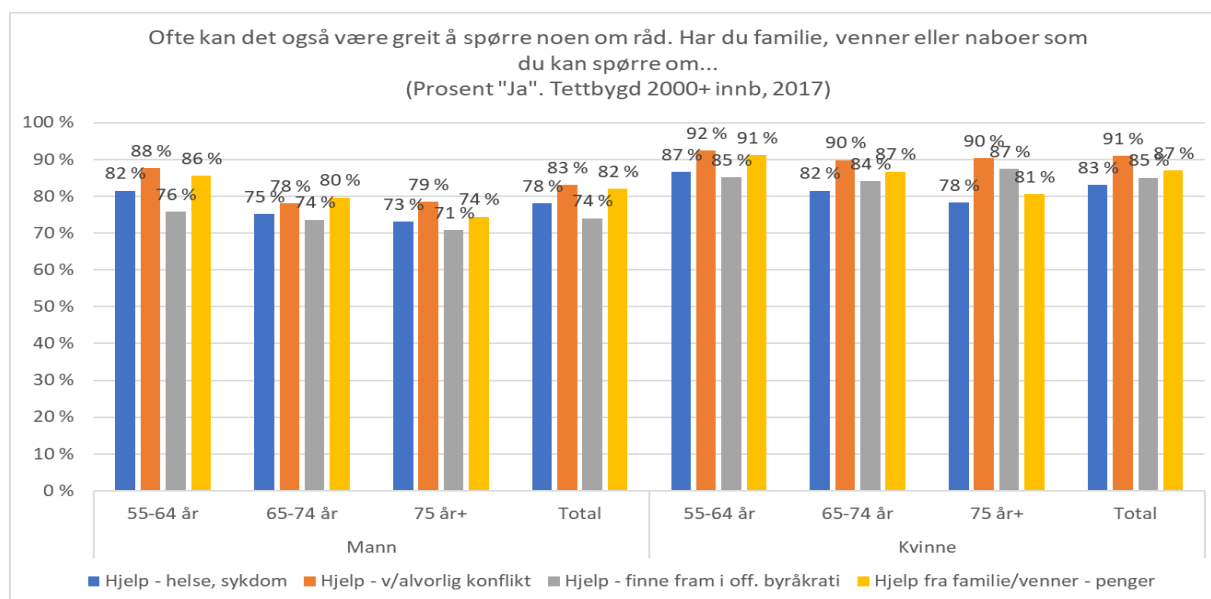
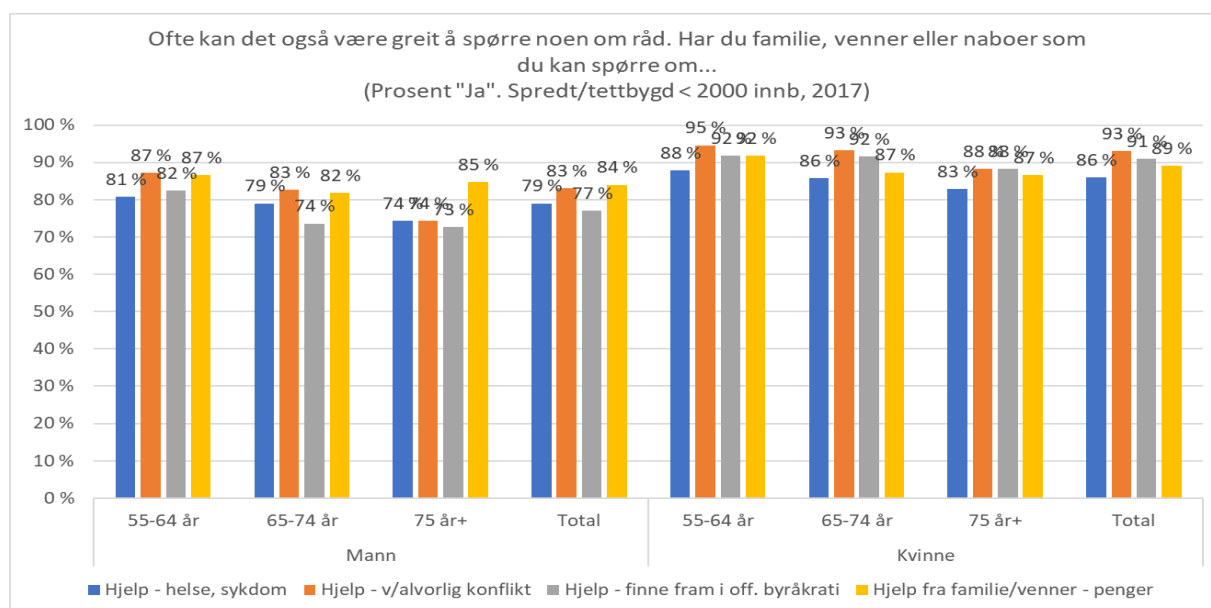


Figur 6: Tilgang til familie, venner eller naboer man kan spørre om praktisk hjelp, etter aldersgruppe, kjønn og ruralitet (spredt/tettbygd <2000 innb. øverst, tettbygd 2000+ innb. nederst). Kilde: EU-SILC 2017.



## 4.5 SOSIALT NETTVERK – NOEN Å SPØRRE TIL RÅDS

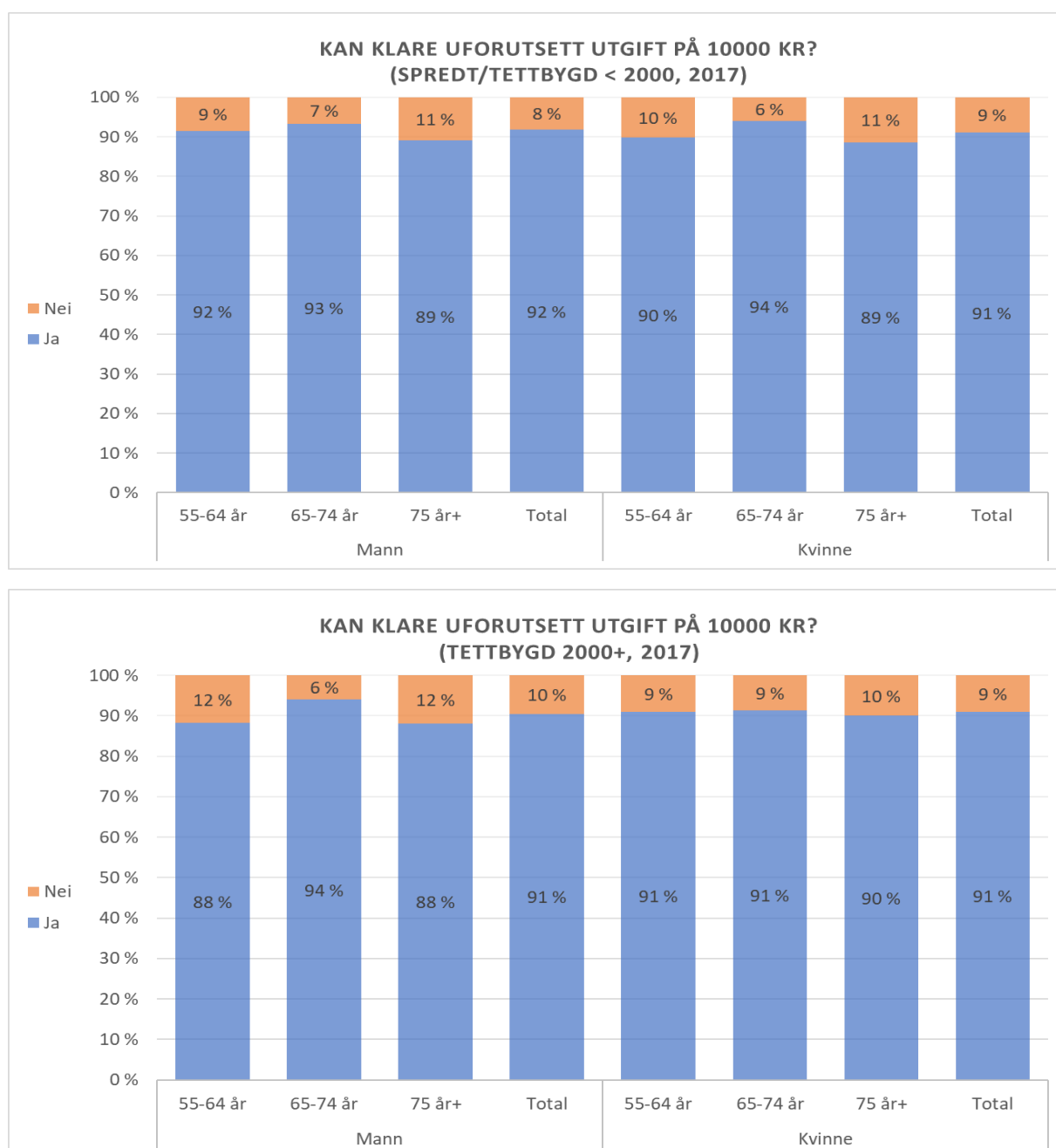
Tilgang til noen å spørre til råds, er en ressurs ved sosiale nettverk. Levekårsundersøkelsen har et spørsmål med følgende formulering: «Ofte kan det også være greit å spørre noen om råd. Har du familie, venner eller naboer som du kan spørre om råd angående ...». Spørsmålet ble fulgt opp av ulike alternativer, blant annet: helseproblemer eller sykdom, alvorlig konflikt, finne fram i offentlig byråkrati, og hjelp fra familie/venner til penger. Neste figur viser for det første klare kjønnsforskjeller. Kvinner har oftere noen å spørre til råds enn menn, på så å si alle områder, og forskjellen er uavhengig av ruralitet. Blant menn har mellom 70 og 80 prosent noen å spørre til råds på ulike områder, blant kvinner er nivået på 80 til 90 prosent. Det er også en aldersforskjell (for begge kjønn), der den yngste aldersgruppen (55-64) oftere har noen å spørre til råds enn de to eldre gruppene. Et tredje trekk, er at personer som bor i rurale strøk, noe oftere har noen å spørre enn personer i mer tettbygde strøk.



Figur 7: Tilgang til familie, venner eller naboer man kan spørre til råds, etter aldersgruppe, kjønn og ruralitet (spredt/tettbygd <2000 innb. øverst, tettbygd 2000+ innb. nederst). Kilde: EU-SILC 2017.

## 4.6 ØKONOMISK BEREDSKAP

Levekårsundersøkelsen inneholder ulike spørsmål som kan si noe om husholdningers og personers økonomiske situasjon. Vi skal se på et spørsmål som sier noe om økonomisk beredskap, med følgende spørsmålsstilling: «Har [du/husholdningen] mulighet til å klare en uforutsett utgift på 10 000 kr i løpet av en måned, uten å måtte ta opp ekstra lån eller motta hjelp fra andre?». De aller fleste, omkring ni av ti, svarer at de kan klare en uforutsett utgift på denne størrelsen. Det er små forskjeller etter ruralitet og kjønn. Vi ser imidlertid en tendens til at aldersgruppen 65-74 år i noen mindre grad enn aldersgruppen under og over har problemer med å klare en uforutsett utgift på denne størrelsen. Et unntak her er kvinner i tettbygd strøk.

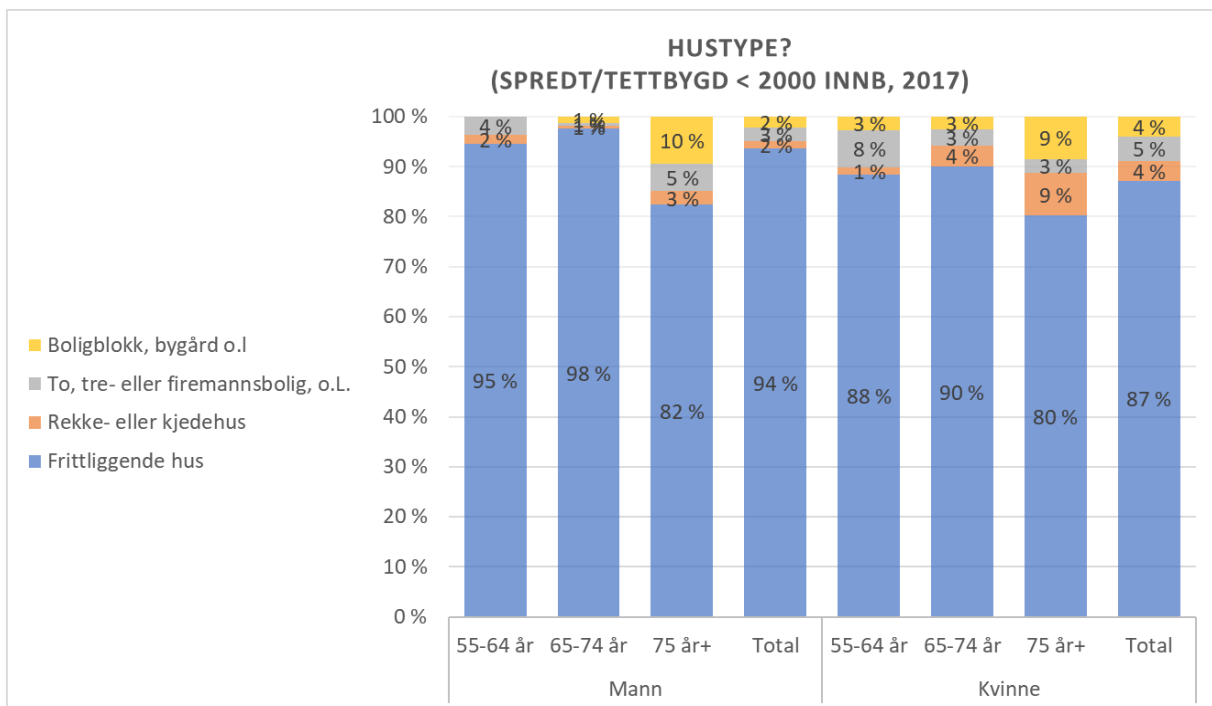


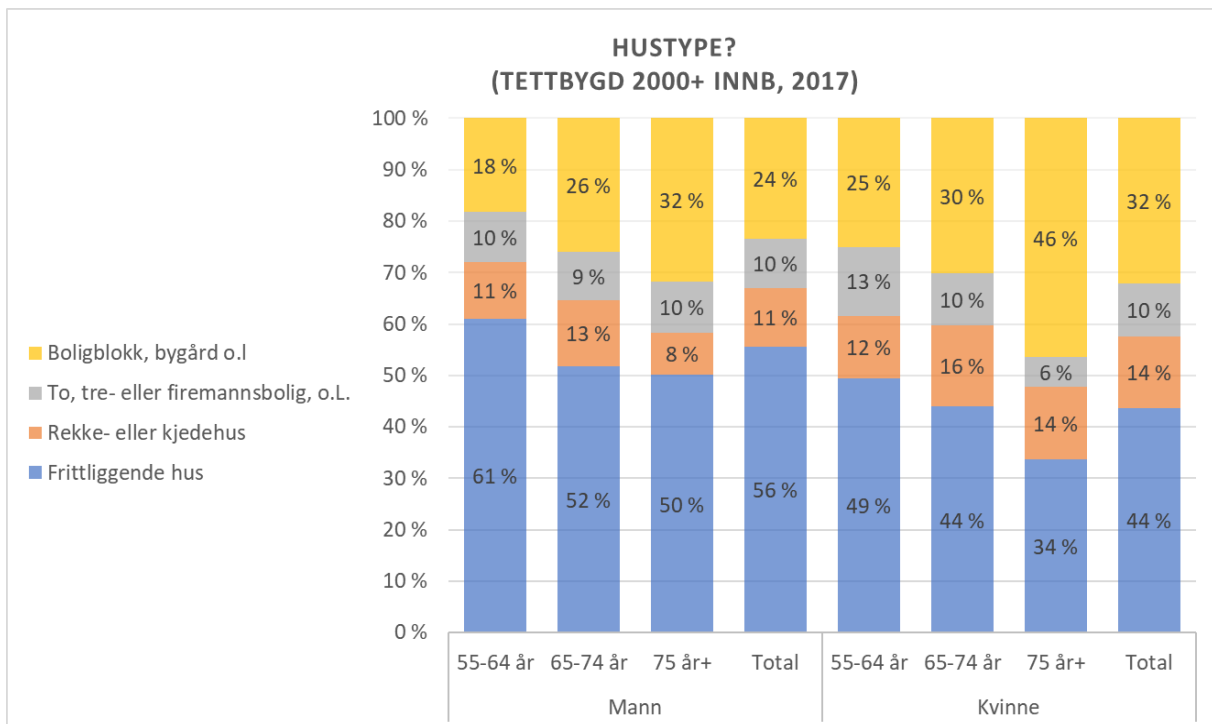
Figur 8: Økonomisk beredskap, etter aldersgruppe, kjønn og ruralitet (spredt/tettbygd <2000 innb. øverst, tettbygd 2000+ innb. nederst). Kilde: EU-SILC 2017.

## 4.7 BOLIG: HUSTYPE OG EIEFORM

Ikke uventet er det klare forskjeller mellom rurale og tettbygde/urbane strøk når det gjelder hustype og eieform til bolig. I tettbygde og urbane strøk bor grovt regnet hver tredje (kvinne) eller fjerde (mann) i en blokk eller bygård. Dette gjelder kun den eldste aldersgruppen i rurale strøk, noe som nok ofte dreier seg om samlokaliserte omsorgsboliger/-leiligheter i større bygningsmasser.

Når det gjelder eieform (figur ikke vist), reflekterer denne i stor grad mønsteret vi kan observere når det gjelder hustype. Rurale strøk er de svært få som bor i boliger organisert som borettslag eller boligaksjeselskap. Selveier dominerer som disposisjonsform i både rurale og tettbygde/urbane strøk. Vi ser imidlertid en klar aldersforskjell. Mens økende alder innebærer et større innslag av andelseie i tettbygde/urbane strøk, innebærer det først og fremst en økt andel leie i rurale strøk. Dette reflekterer at boligmarkedet i rurale strøk inneholder få muligheter for eierskap for den som flytter til blokk lignende boformer. Dette kan igjen tyde på at de eldste eldre i rurale strøk, har færre muligheter til å forbli i den økonomisk sett mest lønnsomme delen av boligmarkedet, og for eksempel nyte godt av videre prisstigning.

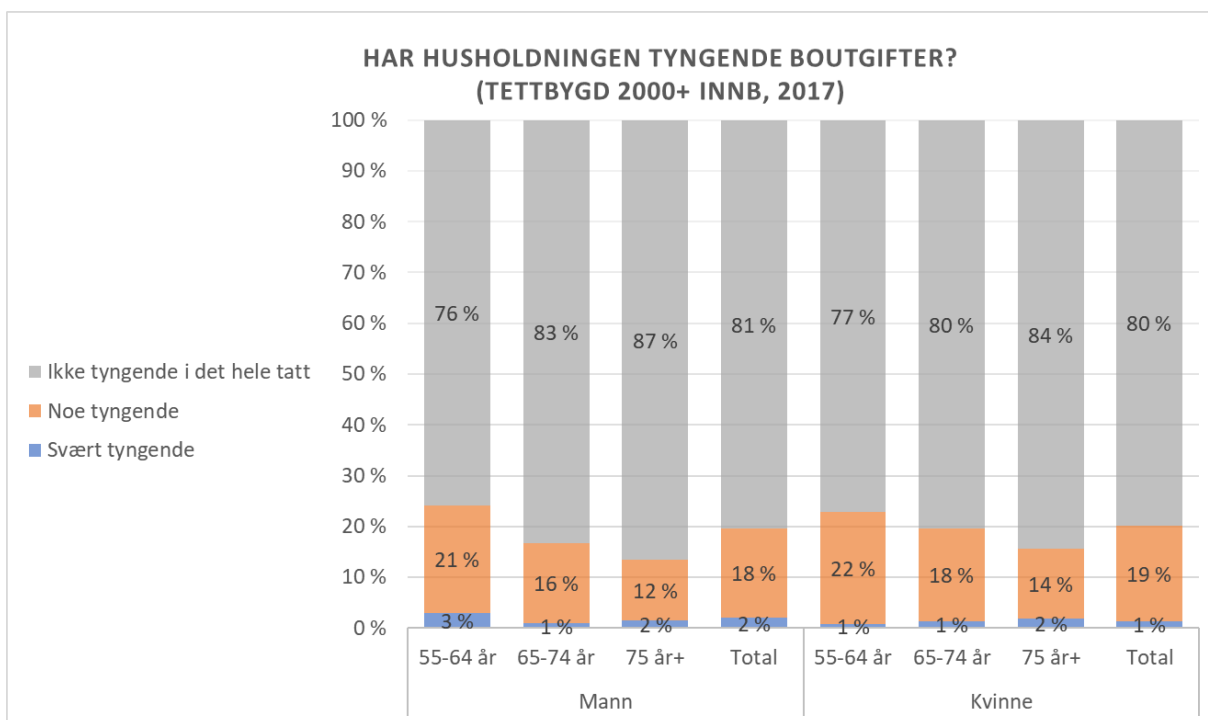
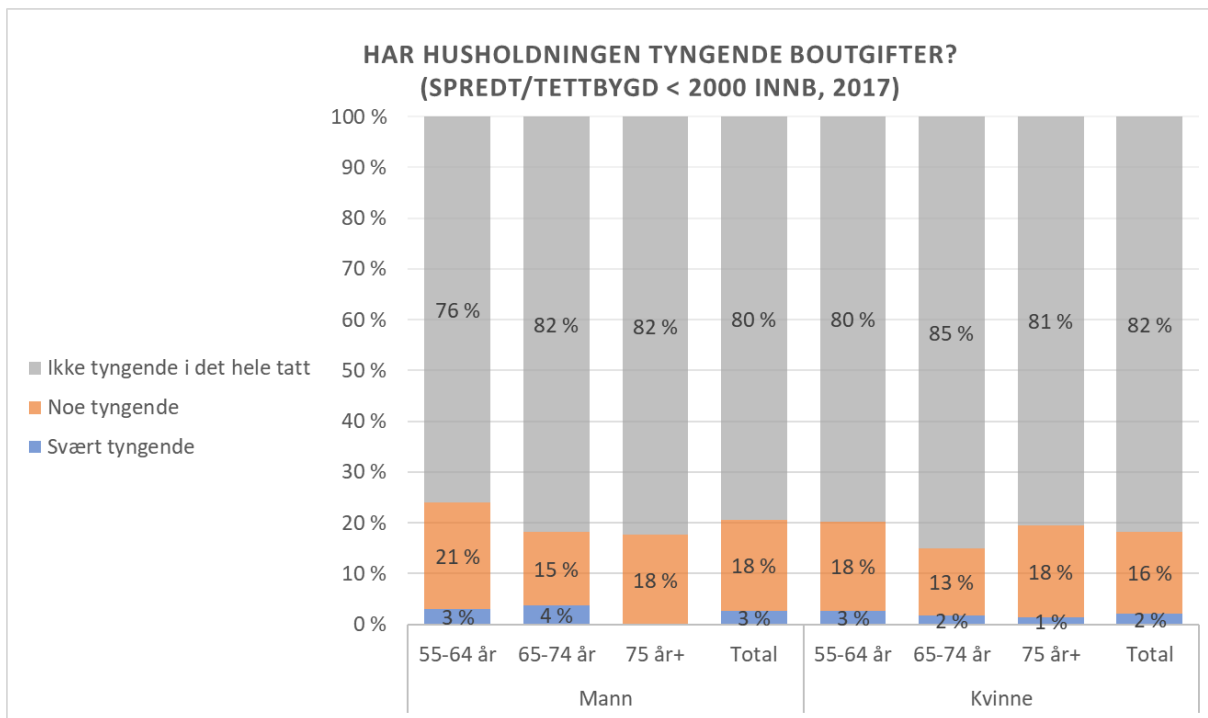




Figur 9: Hustype, etter aldersgruppe, kjønn og ruralitet (spredt/tettbygd <2000 innb. øverst, tettbygd 2000+ innb. nederst). Kilde: EU-SILC 2017.

#### 4.8 TYNGENDE BOUTGIFTER?

Forskjellene i boligprisnivå i byer og på landet gjør at det er interessant å undersøke om det er forskjell når det gjelder folks evne til å klare boutgiftene sine. Ser vi på et spørsmål om tyngende boutgifter («I hvilken grad tynger de samlede boutgiftene husholdningens økonomi?»), finner vi bare marginale forskjeller etter ruralitet. Vi kan imidlertid observere en aldersforskjell, der det er en noe større andel med tyngende boutgifter aldersgruppen 55-64 år enn i de to eldre aldersgruppene, en tendens som er særlig tydelig i tettbygde/urbane strøk. At andelen med tyngende boutgifter er lavest i den eldste aldersgruppen kan skyldes at man, til tross for at man ikke lenger har yrkesinntekt, har en forutsigbar livssituasjon og boutgifter.

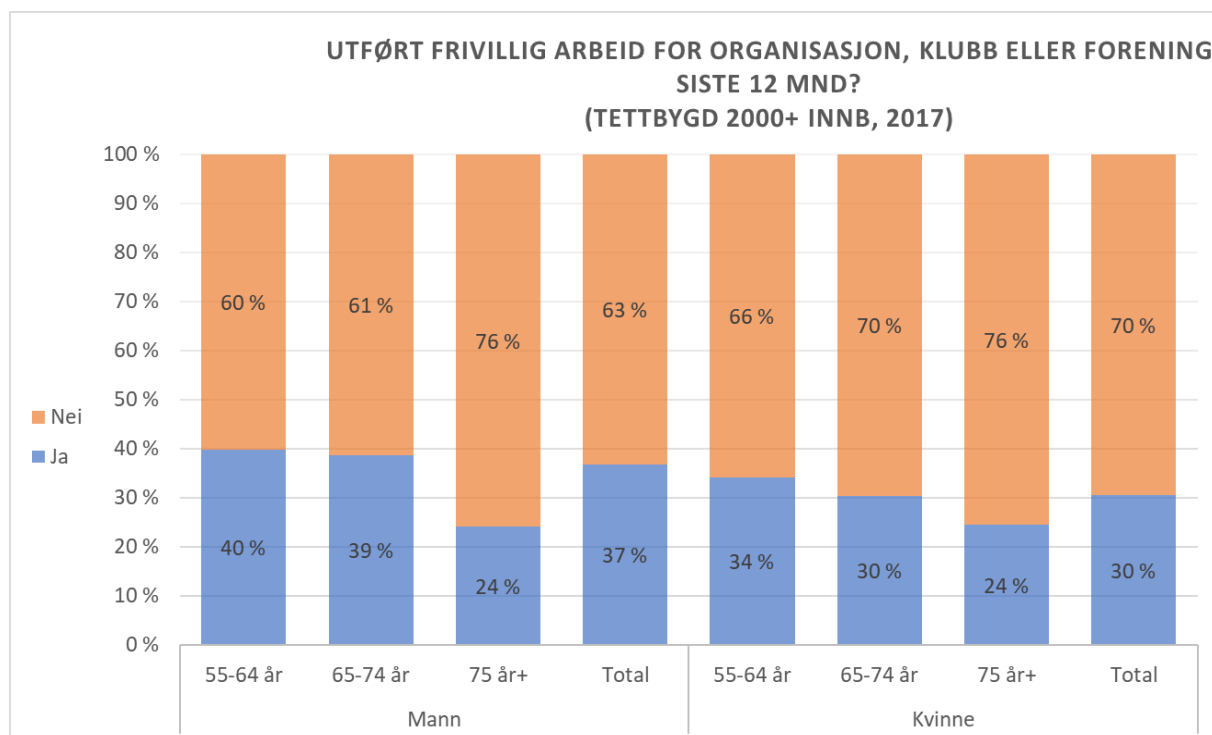
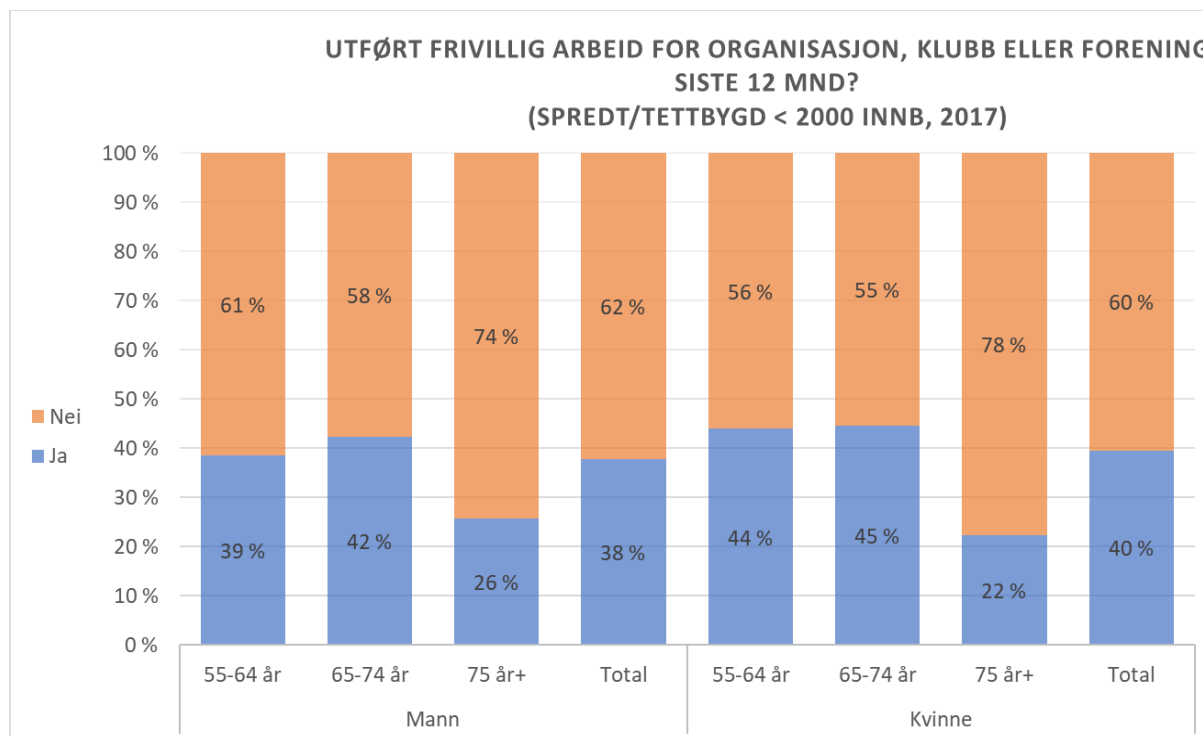


Figur 10: Tyngende boutgifter etter aldersgruppe, kjønn og ruralitet (spredt/tettbygd <2000 innb. øverst, tettbygd 2000+ innb. nederst). Kilde: EU-SILC 2017.

#### 4.9 UTFØRT FRIVILLIG ARBEID SISTE 12 MÅNEDER?

I diskusjoner om produksjon av fremtidens velferd, er rollen til sivilsamfunnet, eller tredje sektor, ofte fremhevet som sentral. Neste figur viser andel som har utført frivillig arbeid siste 12 måneder. Vi ser av totalene at andelen som svarer at de har utført frivillig arbeid er i underkant av 40 prosent, med unntak av kvinner i tettbygde og urbane strøk, der kun 30 prosent har utført frivillig arbeid siste 12

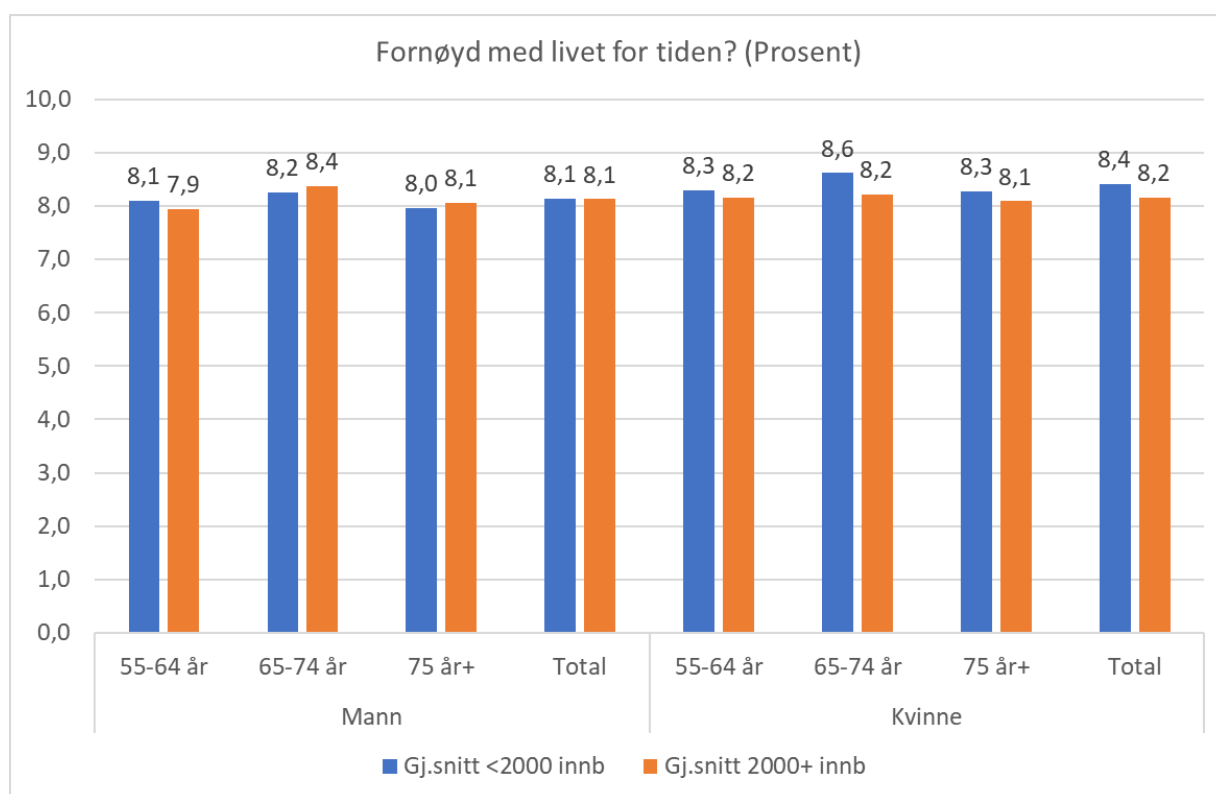
måneder. Vi ser videre at det særlig er kvinner i alderen 55-64 år og 65-74 år som skiller seg ut med en lavere andel enn tilsvarende grupper i urbane områder. Blant menn er det ikke nevneverdige forskjeller mellom rurale og tettbygde/urbane områder. Deltakelse i frivillig arbeid har en klar sammenheng med aldersgruppe, og det er den eldste aldersgruppa som i minst grad har utført frivillig arbeid siste året (gjelder begge kjønn).



**Figur 11: Utført frivillig arbeid siste 12 mnd etter aldersgruppe, kjønn og ruralitet (spredt/tettbygd <2000 innb. øverst, tettbygd 2000+ innb. nederst). Kilde: EU-SILC 2017.**

## 4.10 TILFREDSHET MED LIVET

Som et avsluttende spørsmål fra EU-SILC-surveyen, skal vi se på hva respondentene har svart på et generelt spørsmål om tilfredshet med livet. Spørsmålsformuleringer var slik: «Alt i alt, hvor fornøyd er du med livet nå om dagen? Oppgi svaret på en skala fra 0-10, der 0 betyr svært misfornøyd og 10 betyr svært fornøyd». Figuren nedenfor viser gjennomsnittsscore etter ruralitet, alder, og kjønn. Vi observerer at gjennomsnittsscoren på tilfredshet er jevnt over høy, over 8, uavhengig av kjønn, alder og ruralitet. Det er en svak tendens til at kvinner i rurale strøk er mest fornøyd (score på 8,3-8,6) og at menn i alderen 55-64 år er minst fornøyd (7,9).

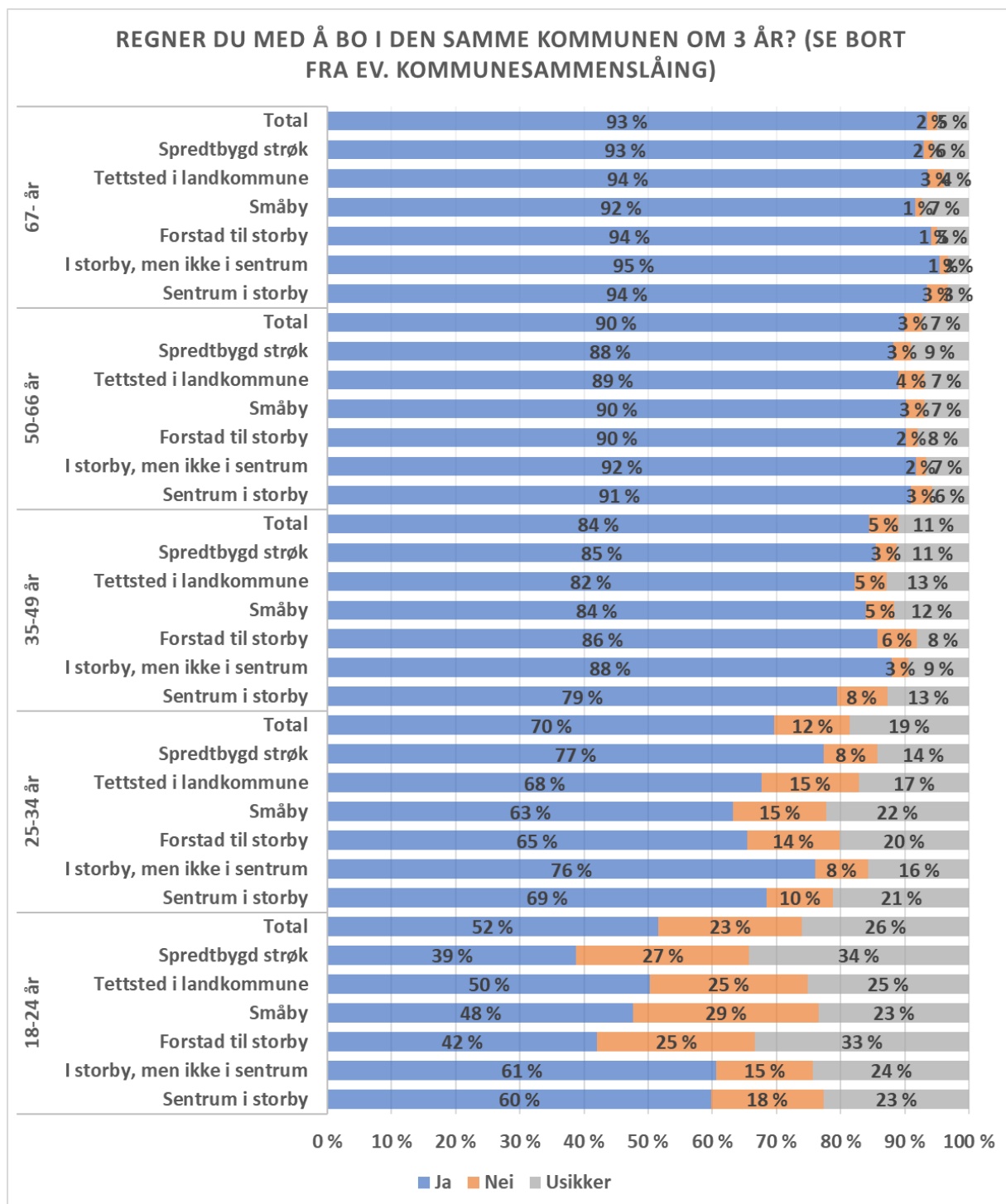


Figur 12: Fornøyd med livet for tiden, etter aldersgruppe, kjønn og ruralitet. Kilde: EU-SILC 2017.

## 4.11 TILHØRIGHET TIL KOMMUNEN

Vi skal i resten av kapittelet bruke Difis innbyggerundersøkelse fra 2017. Datafilen fra undersøkelsen inneholder ikke variabelen kjønn, vi er derfor avskåret fra å beskrive eventuelle kjønnsforskjeller i disse kjøringene, og analysene vil bli utført etter aldersgruppe og ruralitet/urbanitet.

Vi skal først se på et spørsmål til respondentene som måler, om de regner med å bo i samme kommune om 3 år. Svarfordelingen viser at aldersgruppene 50-66 og 67+ har sterkere tilhørighet til kommunen en yngre aldersgrupper. Godt og vel ni av ti i disse aldersgruppene regner med å bli boende de neste tre årene. I aldersgruppen 50-66 er tilhørigheten til kommunen noe lavere jo mer spredtbygd man bor. I aldersgruppen 67+ er det små forskjeller etter grad av ruralitet/urbanitet.

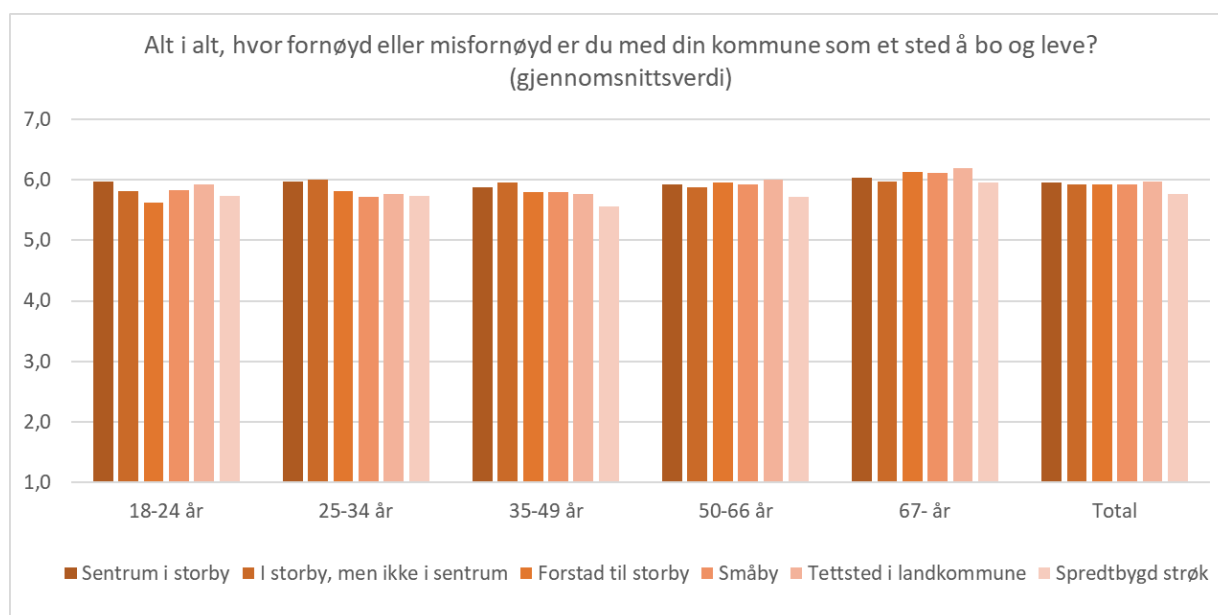


Figur 13: Regner du med å bo i den samme kommunen om tre år? Svar fordelt etter aldersgruppe og ruralitet. Kilde: Difis innbyggerundersøkelse 2017.

Dernest skal vi se på et spørsmål om hvor fornøyd respondentene er med kommunen som sted å bo og leve. Spørsmålsstillingen var «Alt i alt, hvor fornøyd eller misfornøyd er du med din kommune som et sted å bo og leve?», og respondentene ble bedt om å svare på en skala fra 1 (svært misfornøyd) til 7 (svært fornøyd). Vi ser at tilfredsheten med kommunen er høyest i den eldste aldersgruppen 67+ år. I de to-tre yngste aldersgruppene er det en tendens til at de som bor i storby er mest fornøyd. I de to



eldste aldersgruppene er de som bor i tettsted i landkommune mest fornøyd. I alle aldersgrupper er de som bor i spredtbygd strøk minst fornøyd.



Figur 14: Tilfredshet med kommunen som sted å bo og leve, etter aldersgruppe og ruralitet. Kilde: Difis innbyggerundersøkelse 2017.

Respondentene ble også bedt om å forestille seg den perfekte kommune, og angi, på en skala fra 1 (langt fra idealet) til 7 (svært nær idealet) hvor nær egen kommune er dette idealet (figur ikke vist). Gjennomsnittsverdien for de fleste aldersgrupper er mellom 4,5 og 5,2. Også her finner vi at scoren er klart lavest blant de som bor i spredtbygd strøk, i alle aldersgrupper.

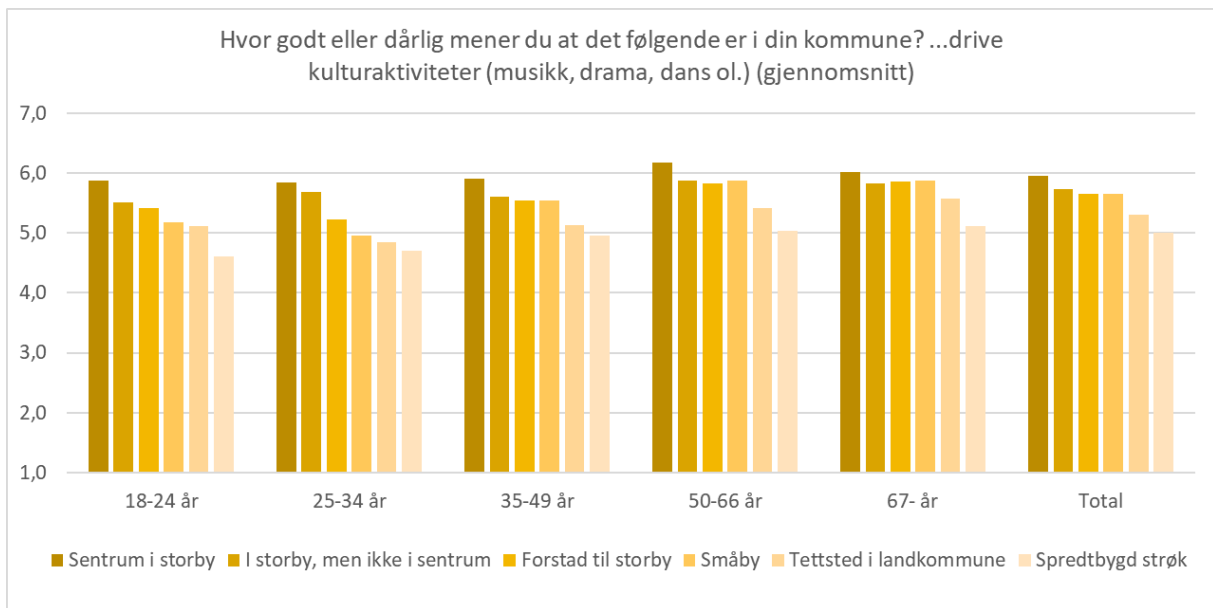
#### 4.12 TILFREDSHET MED ULIKE TILBUD OG TJENESTER I KOMMUNEN

Difis innbyggerundersøkelse inneholder spørsmål om tilfredshet på en rekke områder knyttet til kommunens tjenester og til annen tilbud og service i privat og offentlig regi. Som vi skal se har grad av tilfredshet med tilbud og tjenester i kommunen en relativt sterk sammenheng med ruralitet/urbanitet. Samtidig varierer retningen på denne sammenhengen mye med hvilket tjenestemråde man ser på.

Vi skal første se på kulturaktiviteter, tilbudet av butikker, standarden på veier og gater, og kollektivtilbudet. Deretter skal vi se på tilfredshet med tilgangen til ulike helsetjenestetilbud.

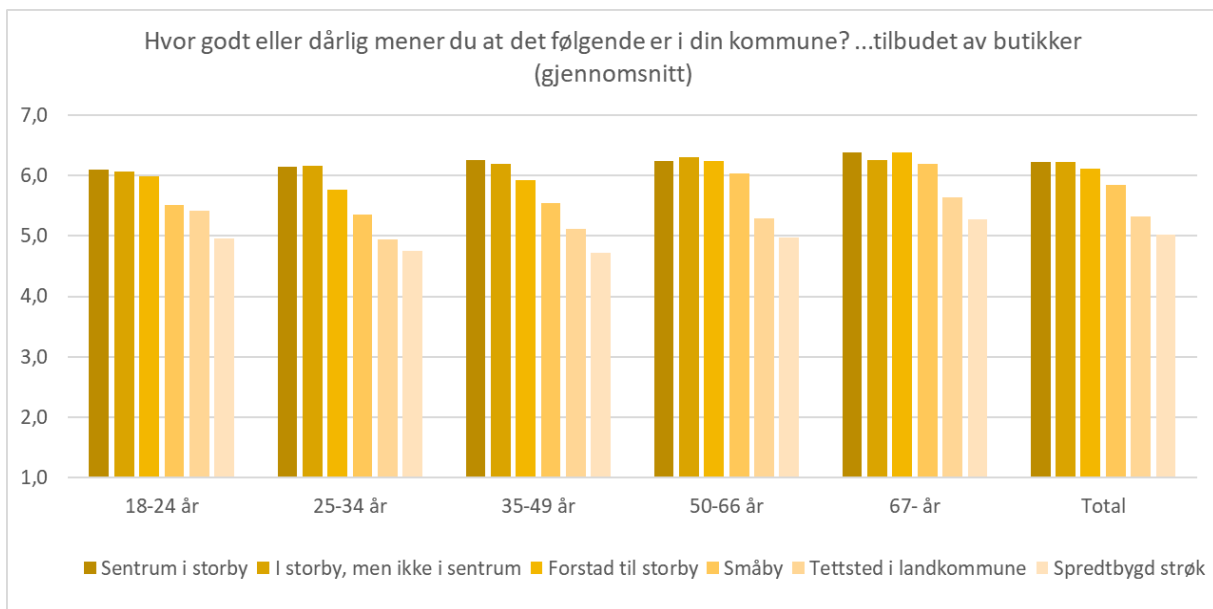
Ser vi først på kulturaktiviteter, er de som bor i spredtbygd strøk eller tettsted i landkommune desidert minst tilfreds med kulturaktivitetene i kommunen. Tilfredsheten med kulturtilbud øker med grad av urbanitet. I den eldste aldersgruppen er det særlig tettsted i landkommuner og spredtbygd strøk som skiller seg ut fra de øvrige kategoriene, mens sentrum i storbyer skiller seg positivt ut, i alle aldersgrupper.

De som bor i spredtbygd strøk eller tettsted i landkommune er også minst tilfreds med muligheten for å delta i foreningsliv og kursaktiviteter, på tvers av aldersgrupper. Samtidig er de eldste aldersgruppene noe mer tilfreds enn de yngre (figur ikke vist).



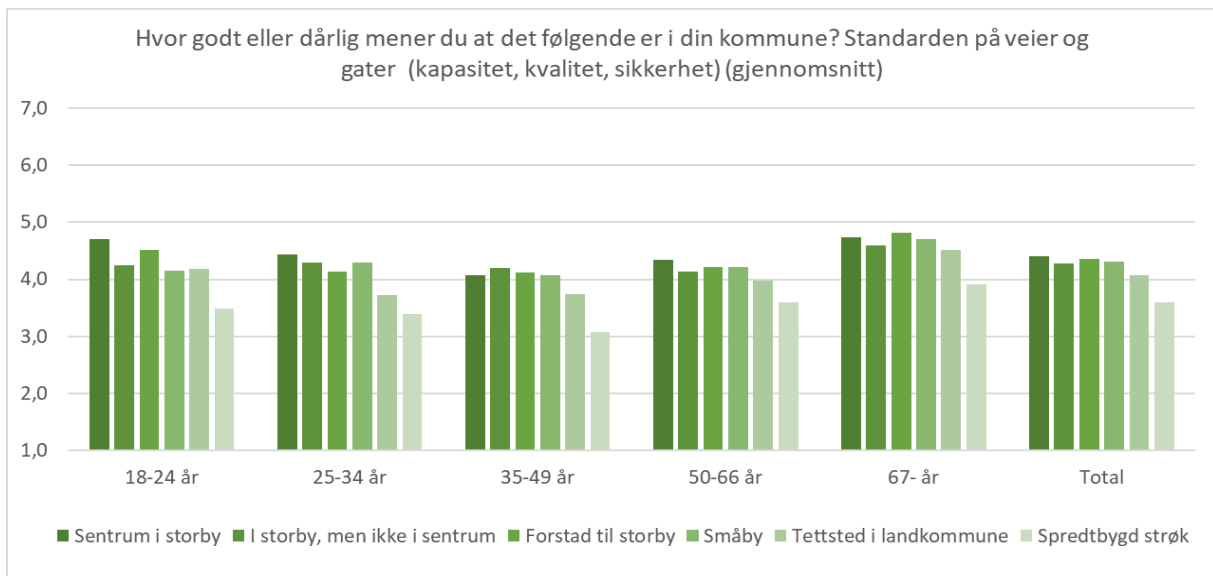
Figur 15: Tilfredshet med kulturaktiviteter i kommunen, etter aldersgruppe og ruralitet. Kilde: Difis innbyggerundersøkelse 2017.

Muligheten til å få kjøpt dagligvarer er for de fleste en viktig forutsetning for å kunne bli boende et sted. Kanskje ikke uventet vurderes tilbudet av butikker best i storbyer og sentrale strøk, og lavest i spredtbygde strøk. Vi ser videre at forskjellen etter bostedstype gjelder i omtrent samme grad i alle aldersgrupper.



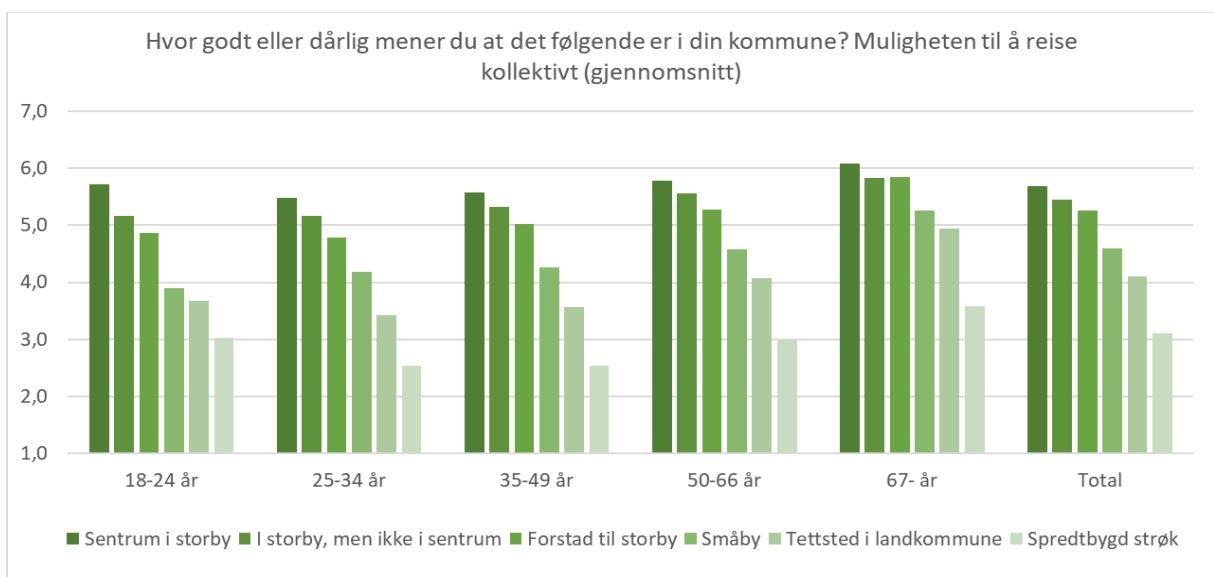
Figur 16: Tilfredshet med tilbudet av butikker i kommunen, etter aldersgruppe og ruralitet. Kilde: Difis innbyggerundersøkelse 2017.

Tilfredsheten med standarden på veier og gater generelt lav sammenlignet med andre tjenester, med et snitt på omkring 4 for gruppene samlet. Også dette området vurderes klart dårligst av de som bor i kommuner i spredtbygd strøk eller tettsted i landkommune. Her er imidlertid den eldste aldersgruppen noe mer positiv enn de yngre aldersgruppene.



Figur 17: Tilfredshet med standarden på veier og gater i kommunen, etter aldersgruppe og ruralitet. Kilde: Difis innbyggerundersøkelse 2017.

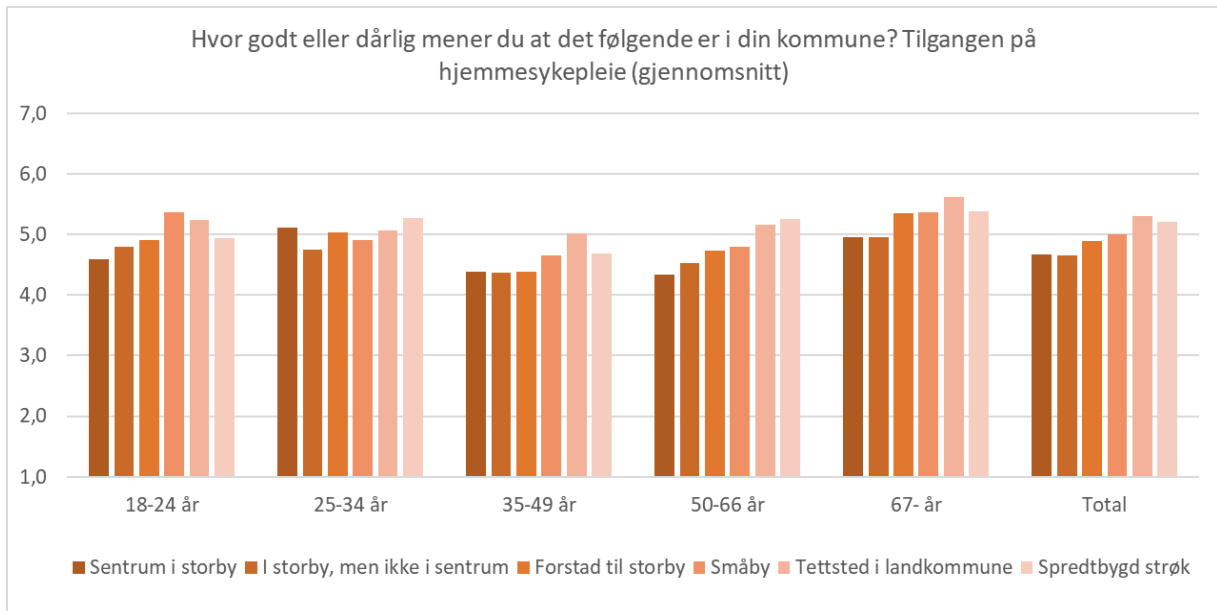
Det er en sterk (og nesten lineær) sammenheng mellom ruralitet og tilfredshet med muligheten til å reise kollektivt. Gjennomsnittsscoren er omkring 3 blant de som bor i spredtbygd strøk, mot nærmere 6 blant de som bor i storby eller sentrum i storby.



Figur 18: Tilfredshet med muligheten til å reise kollektivt i kommunen, etter aldersgruppe og ruralitet. Kilde: Difis innbyggerundersøkelse 2017.

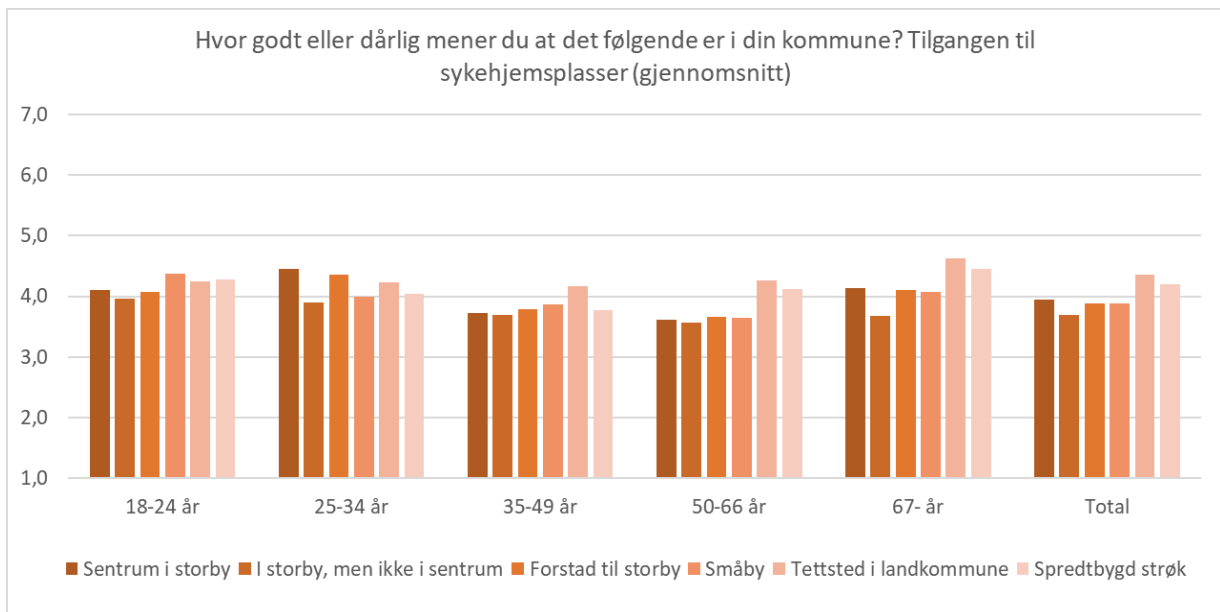
Vi skal nå se på grad av tilfredshet med noen helse- og omsorgstjenester. Vi ser først på tilfredshet med tilgangen på hjemmesykepleie. Her ser vi at sammenhengen med grad av ruralitet er motsatt av det vi kunne observere for de foregående tjenesteområdene. Innbyggere i spredtbygde strøk og i tettsted i landkommuner er mest tilfreds med tilgangen på hjemmesykepleie. Videre er tilfredsheten størst blant innbyggere i den eldste aldersgruppen (67 år og eldre).

Vi ser et nesten identisk bilde når det gjelder tilgangen på hjemmehjelp (figur ikke vist): Innbyggere i spredtbygd sterk og tettsted i landkommune er mest fornøyd, mens innbyggere i storbyer og sentrum i storbyer er klart minst fornøyd.



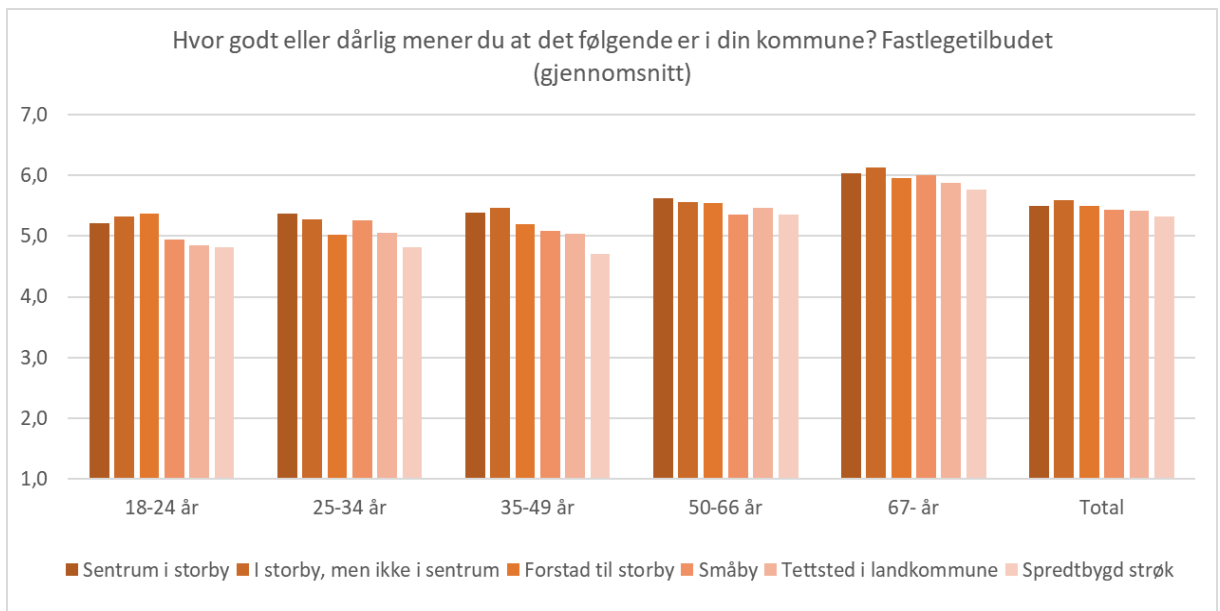
Figur 19: Vurdering av tilgangen på hjemmesykepleie i kommunen, etter aldersgruppe og ruralitet. Kilde: Difis innbyggerundersøkelse 2017.

Det er interessant å observere at innbyggere i rurale strøk også er de som oftest er tilfreds med tilgangen til sykehjemsplasser. Samtidig ser vi at gjennomsnittet totalt er relativt lavt her, omkring et gjennomsnitt på 4. Innbyggerne er altså klart mindre tilfredse med tilgangen til sykehjemsplasser enn tilgangen på hjemmesykepleie. På dette spørsmålet er det mindre forskjeller mellom aldersgrupper. Vurderingen av tilgangen til boliger tilpasset personer med spesielle behov har likhetstrekk med vurderingen av tilgangen til sykehjemsplasser (figur ikke vist). Her skiller imidlertid i tillegg de som bor i sentrum i storbyer seg positivt ut, slik at det er de som bor mest urbant og de som bor mest ruralt som er mest tilfreds.



Figur 20: Vurdering av tilgangen på sykehjemsplasser i kommunen, etter aldersgruppe og ruralitet. Kilde: Difis innbyggerundersøkelse 2017.

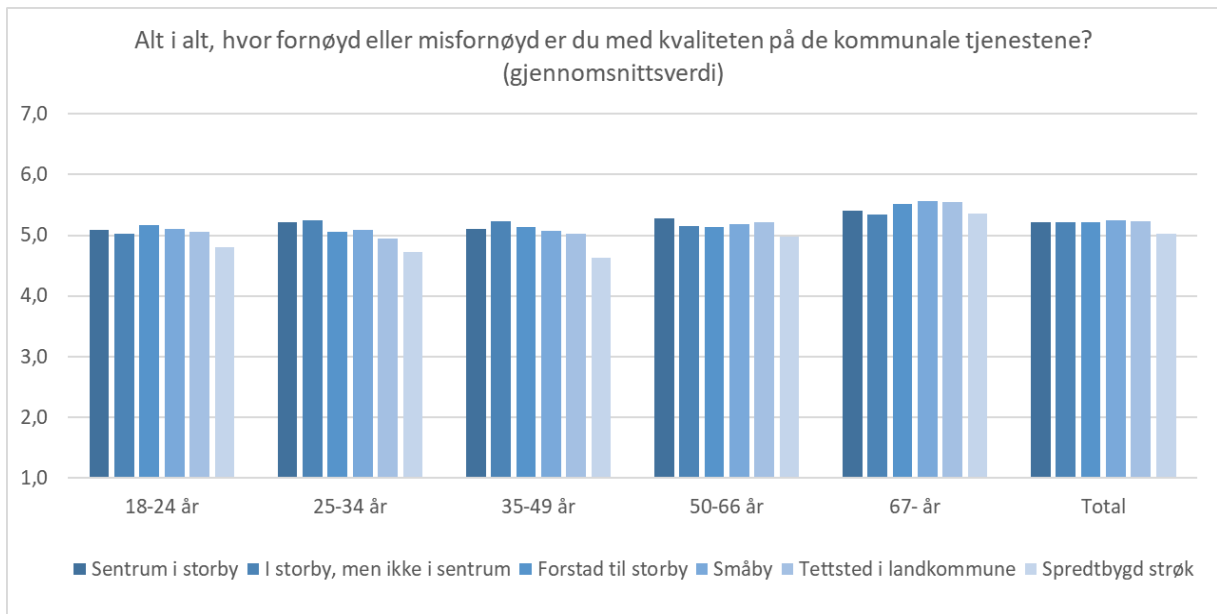
For fastlegetilbudet er bildet noe annerledes. Her er innbyggerne i den eldste aldersgruppen klart mest positiv. I tillegg er det en tendens til at innbyggerne som bor i spredtbygd strøk er minst positive til tilgangen til fastlegetilbudet, og at de er mer positive dess mer sentralt de bor.



Figur 21: Vurdering av fastlegetilbudet i kommunen, etter aldersgruppe og ruralitet. Kilde: Difis innbyggerundersøkelse 2017.

Innbyggerne ble også spurt om sin helhetlige vurdering av kvaliteten på de kommunale tjenestene. Her ser vi for det første en tendens til at den eldste aldersgruppen (67+) er mer tilfreds enn de øvrige

aldersgruppene. Videre er det en systematisk tendens til at de som bor i spredtbygd strøk er mindre fornøyd enn de som bor på andre typer bosteder.



Figur 22: Samlet vurdering av kvaliteten på de kommunale tjenestene, etter aldersgruppe og ruralitet. Kilde: Difis innbyggerundersøkelse 2017.

## 5 CASE-KOMMUNENES PLANER OG TILTAK

For å få et innblikk i hvordan kommunene planlegger å møte en aldrende befolkning, har vi analysert plan- og strategidokumenter i de tre casekommunene og intervjuet kommunalt ansatte. I dokumentanalysen har vi lagt vekt både på det kommunene selv presiserer som hovedutfordringer, og på det som trer frem som sentrale tiltak og strategier, enten det dreier seg om kommunale tjenester eller mer overordnede strategier. Resultater fra dokumentanalysen presenteres i den første delen av dette kapitlet, mens de kommunalt ansattes beskrivelser og vurderinger kommer til uttrykk i siste del.

### 5.1 ANALYSER AV PLAN- OG STRATEGIDOKUMENTER

Dokumentene som er analysert, er presentert nedenfor. De varierer i omfang og i presisjonsnivå så vel som i lengde på planperioden og hvilke tidsrom strategiene gjelder for. Dokumentenes form og innhold varierte også noe mellom kommunene. Særlig i to av kommunene var det litt uklart hvilke tiltak som det er reelle planer om å gjennomføre, og hvilke som var ønskelig å få gjennomført (uten at det nødvendigvis fantes konkrete planer eller budsjettmidler satt av til dette).

Tabell 2: Plan- og strategidokumenter analysert i de tre casekommunene.

Kommune A	Kommune B	Kommune C
Kommuneplanens samfunnsdel med arealstrategier 2019-2028	Kommuneplanens samfunnsdel 2014-2024	Kommuneplan Samfunnsdel og Arealdel 2013-2025
Kommuneplanens arealdel 2009-2013	Budsjett og økonomiplan 2019-2022 – Utfordringsdokument 2018	Rådmannens forslag til budsjett. Budsjett 2020 og økonomiplan 2020-2023
Boligpolitisk handlingsplan 2015-2030	Budsjett og økonomiplan 2020-2023 – Utfordringsdokument 2019	Strategisk næringsplan 2019-2022
Folkehelseplan 2019-2029	Frivilligplan 2019-2023	Kommunedelplan for helse, omsorg og velferd 2019-2026
Planprogram for helse-, omsorg og sosialplan 2018-2028	Folkehelseplanen (Vedtatt 2014)	Kommunedelplan for fysisk aktivitet og naturopplevelser 2017-2020
Trafikksikkerhetsplan 2016-2020	Boligpolitisk handlingsplan 2019-2023	Trafikksikkerhetsplan 2018-2020
Folkehelseutfordringer 2015	Anleggsplan for kulturbygg, idrett og friluftsliv 2015-2025	Veteranplan 2019-2023
Analyse og vurdering av helse- og omsorgstjenester i kommunen frem mot 2030	Strategisk næringsplan 2016-2020	Boligsosial handlingsplan 2012-2016
Innspill fra temagrupper til ny helse- og omsorgsplan	Plan for habilitering og rehabilitering	Folkehelse 2016 (grunnlagsdokument)
Saksframlegg planprogram for helse-, omsorg og sosialplan 2018-2028	Årsoppgjør 2018	
Underveis-rapportering «Bedre helse for alle» – helse-, omsorg- og sosialplan	Referat fra folkemøtene i forbindelse med kommuneplanrevisjonen	
Notat om nærmiljøutviklingsprosjekt		

### 5.1.1 HOVEDUTFORDRINGER I KOMMUNENE

De tre casekommunene beskriver i stor grad mange av de samme utfordringene i sine plan- og strategidokumenter. Disse er i stor grad knyttet til den demografiske utviklingen som finner sted eller som er bebudet i relativt nær fremtid, som det går frem av følgende formuleringer:

Over tid viser utviklingen en gradvis nedgang, men med betydelig økning i andel eldre. Dette stiller store krav til kommunens evne til å omprioritere og effektivisere tjenestetilbudet. Utviklingen har skjedd gradvis over tid og ventes å øke i omfang.

Den demografiske utviklingen viser at antall eldre økes betydelig i årene som kommer samtidig som at antall personer i yrkesaktiv alder går betydelig ned.

Dette utviklingstrekket beskrives likevel ikke som hovedutfordringen i noen av disse kommunenes plandokumenter. Oppmerksomheten rettes altså ikke mot at det blir flere eldre i kommunene, men mot den generelle nedgangen i folketall med de konsekvenser som dette fører med seg. Reduksjon i folketall skyldes både nedgang i fødselstall og fraflytting som har rammet disse kommunene i ulik grad. Alle de tre kommunene peker på nødvendigheten av å ha nok innbyggere i arbeidsdyktig alder til å fylle oppgaver i så vel offentlig som privat sektor i fremtiden. En av kommunene mistet for eksempel flere hundre arbeidsplasser da en stor bedrift ble lagt ned. Omstilling og etablering av nye arbeidsplasser har derfor blitt definert som den største utfordringen i kommunen, og det har vært satt i verk en rekke tiltak for å hindre fraflytting og beholde eller rekruttere arbeidskraft. I samfunnsdelen i denne kommunens kommuneplan er følgende utfordringer for årene fremover presisert:

Å få snudd en negativ befolkningsutvikling, både med tanke på fordeling mellom aldersgrupper og det totale antall innbyggere som er i nedgang.

Å beholde arbeidskraften, som er avgjørende for å skape nye lønnsomme og varierte bedrifter og arbeidsplasser.

For å få snudd den negative trenden med befolkningsreduksjon, tas det sikte på å gjøre kommunen attraktiv både å bo og å arbeide i. Blant annet er det planlagt et eget «bolystprosjekt» hvor det også skal legges til rette for pendling til arbeid i nabokommuner. Befolkningsnedgangen i kommunen har først og fremst gått ut over tettstedene utenom kommunesenteret. I de to andre kommunenes strategidokumenter er det også lagt vekt på tiltak for å få flere til å flytte til og bli værende i kommunen. Alle casekommunene beskriver strategier som skal bidra til å skape næringsaktivitet og flere arbeidsplasser. I tillegg satses det på barn, unge og familier, blant annet ved å legge til rette skoletilbud, barnehager og aktiviteter.

Som pekt på i punkt 2.4., varierer kommunenes økonomiske situasjon, noe som også gir utslag i kommunenes prioriteringer. Den ene kommunen, som lå svakest an økonomisk, har for eksempel sett seg nødt til å stramme inn på budsjettet og kutte ned på utgiftssiden innenfor flere områder:

Gjeldende økonomiplan legger opp til betydelig effektiviseringskrav og nedbemanning innenfor helse, omsorg, fellestjenester, skole og barnehage. Innsparingskravene ligger fast og innebærer fortsatt fokus på redusert kostnadsnivå for å etablere en bærekraftig økonomi. Det er likevel viktig å minne om at nedbemanning skal skje samtidig som kommunen fremover vil kunne oppleve økt press på kommunale tjenester som følge av demografiske endringer.



### 5.1.2 OMTALE AV ELDERE OG KONSEKVENSER AV ALDRING

I de tre kommunenes plandokumenter omtales eldre i hovedsak enten i forbindelse med beskrivelser av befolkningsutviklingen eller i forbindelse med utformingen av helse- og omsorgstjenestene. Det beskrives imidlertid også en forventning om at fremtidens eldre vil stille høyere krav og andre krav enn dagens eldre. Samtidig går det frem at de eldre forventes å ha en aktiv alderdom:

... morgendagens eldre vil ha høyere utdanning, være mer ressurssterke og vil ha en bedre helse en dagens eldre. De vil stille større krav til utformingen av tjenestetilbudet, og de vil ha et ønske om en aktiv alderdom.

Eldre er i dag friskere enn før, og lever lengre. Men økning i antall eldre vil uansett føre til et økt behov for tjenester. Hvordan kan kommunen i større grad motivere og legge til rette for aktiviteter og tiltak som fremmer helse? Helse og omsorgstjenesten må bidra til å skape meningsfulle aktiviteter i hverdagen. Dette kan f.eks. gjøres ved å etablere flere dagaktivitetstilbud, og legge til rette for tilpasset trening både i eget hjem og i grupper. Økt samarbeid med frivillige og pårørende er også et viktig tiltak.

Selv om en økende andel eldre først og fremst omtales som en utfordring, antydes det i noen av dokumentene at flere eldre kan være en ressurs, uten at det utdypes på hvilken måte:

Eldrebølgen med flere friske eldre er en ressurs samfunnet må ta vare på. Alderdommen kan preges av å være: frisk, freidig og fantastisk.

Vi - hele kommunen, alle innbyggerne, unge som gamle, næringsaktører, lag, foreninger og organisasjoner - utgjør til sammen den ressurs som skal til for å skape et godt samfunn, også for fremtiden.

### 5.1.3 HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

Det ser ut til at to av casekommunene bruker forholdsvis mye ressurser på helse- og omsorgstjenester sett i forhold til sammenliknbare kommuner. Felles for kommunene er allikevel at de uttrykker et behov for å utvikle helse- og omsorgstjenestene for å møte morgendagens behov innenfor økonomisk bærekraftige rammer:

Kommunen vil som landet ellers, møte demografiske endringer med økning i antall eldre og reduksjon i antall i yrkesaktiv alder. Den største endringen skjer fra 2025 og fremover. Den ene hovedutfordringen dette gir for helse- og omsorgstjenesten er at det med dagens måte å arbeide på ikke vil være nok personell med tilstrekkelig kompetanse til å yte tjenester til de som trenger frem mot 2040. Den andre hovedutfordringen er at dagens måte å organisere og dimensjonere tjenesten på ikke vil være økonomisk bærekraftig for kommunen.

Demografi innebærer ikke bare en endring av befolkningsstatistikken, men har direkte betydning for kommunens tjenestenivå i årene fremover. Sentralt i å kunne fastsette kommunens fremtidige demografiutgifter er derfor å beregne et anslag for hva befolkningsframskrivninger vil kunne komme til å bety for kommunens brutto utgiftsbehov til sentrale velferdstjenester som grunnskole, barnehage og pleie og omsorgstjenester.

De tre casekommunene har i sine plan- og strategidokumenter i ulik grad presisert hva de tilbyr av institusjonsplasser og omsorgsboliger med og uten heldøgnbemannning, og hva de beregner som behov på kortere og på lengre sikt. En av kommunene har for eksempel beregnet behov for institusjonsplasser

basert på SSBs framskrivning for antall innbyggere over 80 år i henholdsvis 2030 og 2040. Kommunen har relativt nylig utvidet kapasiteten både når det gjelder institusjonsplasser og omsorgsboliger med heldøgnbemannning, og regner behovet frem til midten av 2020-tallet som dekket. Dette vil imidlertid være for knapt litt lenger frem i tid. Det er særlig tilbudet til personer med demens som vurderes som underdekket, basert på en forventning om at antallet som rammes, kan fordobles i løpet av de nærmeste tiårene. Kommunens tilbud om heldøgnstjeneste for hjemmeboende og beboere i omsorgsboliger vurderes også som noe mangelfullt sammenliknet med beregnet behov. Denne kommunen peker også på at behovet for korttidsplasser og rehabiliteringsplasser i institusjoner har økt på grunn av samhandlingsreformens krav om oppfølging av utskrivningsklare pasienter og øyeblikkelig hjelp døgnopphold, uten at kommunen har klart å dekke dette behovet på en tilfredsstillende måte. De to andre kommunene har enten planer om eller har nylig bygd flere omsorgsboliger. To av kommunene har bygget nytt sykehjem.

I disse tre kommunene legges det også vekt på å styrke kompetansen blant ansatte og på tiltak for å rekruttere, utvikle og beholde kvalifiserte sykepleiere og helsefagarbeidere. Det å tilby ansatte heltidsstillinger er et eksempel på et konkret tiltak som man håper vil gjøre stillingene mer attraktive. Det pekes i tillegg på at behovet for hjemmetjeneste vil øke og at denne tjenesten må videre utvikles samtidig som andre typer tiltak må planlegges og etableres:

En stadig økende andel eldre gjør at det bør legges til rette for at flest mulig kan bo hjemme og klare seg selv i hverdagen. Ved å skape felles møteplasser og legge til rette for deltakelse i sosiale og kulturelle aktiviteter kan planleggingen bidra til integrering og tilhørighet for alle befolkningsgrupper.

#### **5.1.4 BRUK AV VELFERDSTEKNOLOGI**

Et klart uttalt mål i alle tre kommunene, er altså at eldre skal kunne bo i eget hjem lengst mulig med eller uten tilbud fra hjemmetjenesten. Som et ledd i denne satsningen, legges det stor vekt på bruk av velferdsteknologi. De typene av velferdsteknologiske løsninger kommunen ønsker å ta i bruk, er fremstilt med ulikt detaljnivå, men innretninger som digital trygghetsalarm med integrert røykvarsler, nevnes spesifikt. I tillegg er det planlagt, eller allerede installert, elektroniske dørlåser hos hjemmeboende, elektroniske medisindispensere og sensorer som skal muliggjøre digitalt tilsyn. En av kommunene skal rigge til et demonstrasjonsrom med ulike velferdsteknologiske løsninger. En del av de teknologiske løsningene som er nevnt i planene, er rettet mot å effektivisere tjenestene, og skal bidra til å spare tid for de ansatte i casekommunene hvor avstandene er store.

#### **5.1.5 FOREBYGGENDE OG HELSEFREMMENDE AKTIVITETER**

##### **Tidlig innsats**

I sentrale strategidokumenter i alle tre kommunene pekes det på verdien av forebyggende aktiviteter og tiltak som fremmer helse, og at det må satses mer på dette. Aktiviteter som nevnes, går blant annet ut på å styrke arbeid med fallforebygging og hverdagsrehabilitering, forebyggende hjemmebesøk og tidlig innsats når de eldre begynner å svekkes enten fysisk eller mentalt, eller begge deler, samt bedre oppfølging av hjemmeboende generelt:

Samhandlingsområdet ønsker å ha fokus på forebygging og tidlig innsats slik at flest mulig av innbyggerne får flere gode leveår, og er selvhjulpen lengst mulig. Nasjonale føringer gir uttrykk for at morgendagens tjenesteutfordringer vil kreve omstilling av den faglige virksomheten.

Selv om det beskrives et ønske om å satse på tiltak av forebyggende karakter, går det, særlig i en av kommunene, frem at det kan være utfordrende å få satt av midler til satsninger på ikke-lovpålagte oppgaver i et sterkt presset kommunalt budsjett. For eksempel gjelder dette forebyggende innsats som ikke gir umiddelbar økonomisk effekt, men som kan være kostnadsbesparende i et lengre tidsperspektiv.

### **Aktivitetstilbud og møteplasser**

Alle kommunene nevner flere tiltak som skal bidra både til fysisk aktivitet blant eldre og til å skape møteplasser med sosialt og kulturelt innhold. Det nevnes for eksempel dagtilbud til hjemmeboende eldre, gruppetreninger, turgrupper og tilbud om individuell trening, helsekafe med servering av middag og andre typer sosiale sammenkomster med kulturelt innhold. Flere av tilbudene gjennomføres i samarbeid med frivillige lag og foreninger, og det pekes på viktigheten av å opprettholde og styrke disse samarbeidene. Det presiseres at tilbudene skal være tilrettelagt for alle, også for dem som har redusert funksjonsnivå.

### **Mat og ernæring**

Verdien av god mat og et sunt kosthold løftes også frem som vesentlig i et forebyggende perspektiv. Presisering av hvordan dette kan realiseres varierer i de forskjellige kommunenes plandokumenter. I den ene kommunen er dette aspektet innenfor eldreomsorgen omtalt på følgende måte: «Sørge for at eldre får tilbud om god, sunn og appetittvekkende mat». Det er ikke spesifisert hvordan dette skal oppnås. I kommunedelplan for helse og velferdsfeltet i de andre to kommunene er det derimot nevnt flere konkrete tiltak som skal sørge for god matomsorg og ernæring blant eldre, for eksempel: kartlegging av brukernes ernæringsstatus, matombringning til hjemmeboende eldre som trenger det, bedring av måltidsrytmen i institusjonene med middagsmåltidet forskjøvet til senere på dagen på sykehjemmene, oppretting av egne ernæringskontakter for å forebygge underernæring og overvekt samt opplæring i mat og ernæringsarbeid. Det å ha egen kokk og lokale kjøkken ved sykehjemmene ble også tillagt vekt:

Kommunen har et godt og veldrevet kjøkken som leverer mat både til beboere på sykehjemmet og til hjemmeboende. Et systematisk ernæringsarbeid med matfaglige ressurspersoner og opplæring i mat og ernæringsarbeid blir viktige tiltak å jobbe videre med.

Det pekes på at riktig og rett sammensatt kosthold er med på å forebygge sykdom og underernæring hos eldre samtidig som at dette er en viktig trivselsfaktor. Et annet tiltak som nevnes, er å legge til rette for sosiale måltidsfellesskap for de som ønsker det. Valgfrihet i meny er også et tiltak som kan sikre større matglede.

## **5.1.6 BOLIGPOLITIKK OG LOKALISERING AV SERVICEFUNKSJONER**

En spesifikk boligpolitikk innrettet mot eldre går i varierende grad frem av de analyserte dokumentene. I boligsosial handlingsplan for en av kommunene finnes en oversikt over antall kommunale boliger som er beregnet for eldre med og uten heldøgntilbud, og hvor mange nye som er planlagt i løpet av planperioden. Den samme kommunens gjeldende økonomiplan peker på at behovet for boliger med heldøgntilbud nå er dekket. Behovet for andre boligtyper er ikke nevnt. Kun en håndfull eldre omtales som vanskeligstilt på boligmarkedet. Kommunedelplan for omsorgsfeltet skisserer imidlertid tilbud

som boligteam som har ansvar for tilpasning og tildeling av boliger, og helsestasjon for eldre som skal bistå med hjelp til boligløsninger.

En av de andre kommunene beskriver mål om å utvikle aldersvennlige samfunn hvor det etableres bofellesskap i områder der det finnes sosiale møteplasser og kort vei til servicefunksjoner:

Det bør i fremtiden legges til rette for flere boliger for eldre som ønsker å flytte ut av store eneboliger. Disse bør være i et bofellesskap der det er sosiale møteplasser, og planlegges i nærheten av butikk og andre tilbud.

Her er det også presisert at det er ønskelig å etablere boformer som er integrert i lokalsamfunnet og som bidrar til trygghet, sosial kontakt og et attraktivt liv som igjen kan bidra til bedre helse. Sambruk av lokaler løftes frem som et virkemiddel som kan legge grunnlag for aktiviteter, uformelle møter og gjensidig utnyttelse av ressurser.

En av kommunene nevner spesielt at det skal sikres tomtereserver for fremtidig bygging av omsorgsboliger sentrumsnært.

### **5.1.7 MOBILITET OG TILGJENGELIGHET**

Alle kommunene peker på at prinsippet om universell utforming skal ligge til grunn for alle kommunale tjenester og for alle planer, nybygg, uteområder og transport, i tråd med formål i plan- og bygningsloven og tilhørende forskrifter. I plandokumentene til en av kommunene pekes det imidlertid på noen utfordringer knyttet til dette blant annet at det vil bli svært kostnadskrevenende å gjøre alle kommunale bygg tilgjengelig for alle.

Offentlig transport nevnes ikke spesifikk som en utfordring i forbindelse med eldre eller endringer i demografi i noen av kommunene. Dette kan henge sammen med at fylkeskommunen er ansvarlig for busstransport. To av kommunene nevner likevel i sine plandokumenter at det skal tas sikte på å opprettholde et tilfredsstillende tilbud med offentlig transport i og inn til kommunen. På grunn av kommunenes topografi, geografiske utstrekning og spredte bosetning blir forhold som angår transport svært vesentlig, ikke minst med tanke på kommunikasjon til og fra øyer med få fastboende. Denne problemstillingen beskrives i en av kommunenes plandokumenter. Temaet kom også opp under intervjuene.

### **5.1.8 MEDVIRKNING**

Medvirkning er i liten grad beskrevet i plan- og strategidokumentene til den minste av casekommunene, men eldrerådet i kommunen har blitt tatt med på råd og har fått mulighet til å gi innspill til ulike plandokumenter. I de to andre kommunene er innbyggermedvirkning gjennomgangstema i flere av plan- og strategidokumentene. Det er nevnt spesifikt at eldre og pårørende skal involveres i arbeidet med å planlegge og å utforme så vel nærmiljø og lokalsamfunn som tjenestetilbudet:

Fremtidens helse- og omsorgstilbud skal utvikles sammen med pasienter, brukere og pårørende i tråd med retningslinjene i «Omsorg 2020».

Hjemmetjenesten og institusjon skal gjennomføre brukerundersøkelse i 2018, videre skal det gjennomføres jevnlig hvert 2. år som en del av kvalitetsarbeidet til tjenesten. En ønsker å få

frem brukernes synspunkter på tjenesten de mottar, slik at kommunen kan benytte seg av erfaringen for å forbedre tjenesten.

En kommune beskriver at de ønsker å ta utgangspunkt i det som er viktig for den enkelte, og at de gjennom en personsentrert tilnærming ønsker å ivareta de eldre som hele mennesker, ikke bare deres sykdom og funksjonssvikt. Brukermedvirkning skal sikres gjennom samarbeid med råd og utvalg, brukerrepresentanter og (interesse)organisasjoner. I en av kommunenes plandokumenter går det frem at informasjon om tilbud skal oppdateres via kommunens hjemmeside på Internett, og informasjonsbrosjyrer skal jevnlig revideres og distribueres via legekantor, helsestasjon for eldre og hjemmetjenesten.

### **5.1.9 SAMARBEID**

Å styrke medvirkning fra brukere og deres familier nevnes blant annet som formålstjenlig for å møte morgendagens behov, og for å utvikle tjenestene til å bli økonomisk bærekraftige. Tilsvarende gjelder for samarbeid på tvers av tjenester og mellom offentlige og private/frivillige aktører. I plan- og strategidokumentene til de tre kommunene beskrives flere typer samarbeid. Det pekes spesielt på at alle tilgjengelige ressurser må mobiliseres hos den enkelte innbygger, deres familie og deres sosiale nettverk, i nærmiljøet og i lokalsamfunnet, for å kunne løse fremtidens tjenesteutfordringer. I tillegg presiseres det at helse- og omsorgstjenesten planmessig må arbeide mer tverrfaglig, mer tverrsektorielt og mer formålstjenlig og samtidig involvere både familie og frivillige aktører. Samarbeid med frivillige lag og foreninger ansees som et viktig supplement til det arbeidet som ansatte i eldreomsorgen utfører, og det bemerkes at dette samarbeidet må systematiseres.

Av dokumentene går det også frem at disse kommunene samarbeider med omkringliggende kommuner, med fylkeskommunen og med brukerorganisasjoner, frivillige lag og foreninger og elderråd. Det samarbeides for eksempel om aktiviteter og tiltak som gjør hverdagen for eldre meningsfylt og fremmer helse (frivillige og pårørende), om kulturelle aktiviteter (frivillige, fylkeskommune og omkringliggende kommuner) og om forebyggende aktiviteter og beredskap (fylkeskommune og omkringliggende kommuner). I en kommunes plandokumenter pekes det spesielt på at folkehelsearbeid er en felles oppgave for alle i kommunen:

Styrking av folkehelsearbeidet må foregå på tvers av sektorer og er en felles oppgave for hele kommunen. Samarbeid mellom offentlig sektor, næringsliv, partene i arbeidslivet og frivillige organisasjoner er en forutsetning for å lykkes.

## **5.2 INTERVJU MED KOMMUNALE LEDERE**

### **5.2.1 HOVEDUTFORDRINGER**

Flere eldre, færre i yrkesaktiv alder, til dels store geografiske avstander og begrensede menneskelige og økonomiske ressurser, fremstår som en hovedutfordring i de tre kommunene. Kombinasjonen fører fort til fokus på hvordan kommunene skal klare å tilby bærekraftige helse- og omsorgstjenester i fremtiden. Samtidig er det en erkjennelse i kommunene at helse- og omsorg ikke kan sees på isolert, men at utfordringsbildet påvirker hele kommunen og dens tjenestetilbud. Videre vil vi se nærmere på demografi, geografi og ressurser.

### 5.2.2 DEMOGRAFI

Som nevnt tidligere, har alle de tre kommunene en relativt stor andel av befolkningen over 65 år og framskrivninger viser at dette vil øke. Særlig vil den eldste delen av befolkningen øke. Kommunene ser på dette som en utfordring, men de er også klare på at eldre endrer seg og at fremtidens eldre trolig vil ha andre behov og forventninger enn dagens eldre. Dette handler blant annet om at eldre holder seg friskere lenger og trolig vil ha en annen kjøpekraft. Flere informanter trekker også frem at utviklingen går i retning av at det blir flere eldre særlig i de perifere delene av kommunene. Særlig en av kommunene etterlyser et bedre kunnskapsgrunnlag om dette for å vite hvilken type samfunn kommunen skal planlegge for.

Samtidig som kommunene ser på aldringen av befolkningen som en utfordring, er bekymringen vel så mye knyttet til mangelen på personer i yrkesaktiv alder. Strategiene til kommunene gjenspeiler dette da de i større grad er rettet mot bolyst og hvordan kommunene skal tiltrekke seg yngre personer.

Informanter fra to av kommunene svarer, når de blir spurt om hvilke utfordringer kommunen står overfor, ved å vise til den mye utbredte oppfatningen om at distriktskommuner står overfor en eldrebølge. Selv ser de i mindre grad på demografisk endring som en utfordring, men de registrerer at andre er bekymret for kommunen de kommer fra. De trekker frem at eldre er en ressurs, og at de mener kommunene har tatt forebyggende grep for å møte utfordringene knyttet til en økt andel eldre.

### 5.2.3 GEOGRAFI

Geografien er som tidligere nevnt ulik i de tre kommunene. Mens to av kommunene har ett eller to definerte sentrum, har den tredje kommunen flere jevnstore bygder i tillegg til kommunesentret. Særlig den sistnevnte kommunen har vært opptatt av hvordan de skal klare å gi like tjenester til alle uavhengig av geografi. Med store avstander mellom bygdene blir det en avveining mellom å tilby tjenester ett sted og få store transportutgifter, eller å tilby samme tjenester flere steder. Faktorer i denne avveiningen er om transport er mulig og hensynet til å bygge opp sterkere fagmiljøer. Strukturen på kommunen gir også ulike forventninger til hvor tjenester skal lokaliseres. I kommuner med ett eller to sentre, synes det, ifølge informantene, som om det er mindre diskusjoner om lokalisering i befolkningen. Det er mer gitt at tjenester skal være i sentrum. I kommunen med flere likestilte bygder er det mindre aksept for at alt skal samles i sentrum.

I hvilken grad geografi oppfattes som mulighet eller barriere henger også sammen med mulighetene for transport. På individnivå handler det i første rekke om sertifikat og muligheten til å kjøre egen bil. Mangelen på mobilitet i befolkningen, kan til en viss grad kompenseres med kommunale transportordninger. En av kommunene tilbyr i samarbeid med frivillige, transporttjeneste for eldre hvor de bringer eldre til og fra aktivitetstilbud. Spesifikke grupper får også kommunal transport til aktiviteter i de to andre kommunene.

Samferdsel på kommunalt nivå handler om standarden på veier og kollektivtransport som buss, ferger og hurtigbåter. I kommunene er kollektivtransporttilbudet styrt av fylkeskommunen. Mange av veiene i kommunene er også fylkeskommunale veier. Casekommunene har erfart at beslutninger om ferger og hurtigbåter går på tvers av utviklingsplaner i kommunen. Blant annet har en av kommunene en tydelig strategi på å styrke kommunesenteret, men har opplevd det som krevende når hurtigbåtanløp endres slik at transporten inn til kommunesenteret svekkes. Kommunen har forsøkt å komme i dialog med fylkeskommunen, men opplever at de stadig kommer for sent inn i prosessen. Det kan stilles

spørsmål ved om fylkeskommunen og kommunene i tilstrekkelig grad klarer å samhandle og se helheten i de beslutningene som fattes.

#### **5.2.4 RESSURSMANGEL**

Den økonomiske situasjonen i de tre kommunene er ulik. Mens en kommune nylig har vært på Robek lista, er en av de andre kommunene en såkalt kraftkommune. Dette gjenspeiler seg imidlertid i mindre grad i intervjuene. Alle de tre kommunene ser at de kommer til å få det tøffere økonomisk fremover og har tatt, eller planlegger å ta, grep for å få redusere utgiftene til helse- og omsorg, blant annet ved å forbedre og/eller utvide hjemmebaserte tjenester og satse mer på forebyggende tiltak. Eksempler på dette kan være tilrettelegging av bolig, forebyggende hjemmebesøk, dagtilbud, treningstilbud/fallforebyggende tilbud og hjemkjøring av mat. Enkelte av informantene omtaler dette som å jobbe lenger ned i omsorgstrappen og å utsette at eldre beveger seg oppover i den samme trappa. For kommunene handler det også om en tydeligere funksjonsdeling mellom forskjellige tjenestetyper.

Alle kommunene har imidlertid erfart at det kan være krevende å sette av midler til forebygging. Det er flere årsaker til dette. En er at forebygging ikke er en lovpålagt oppgave og således er lett å nedprioritere. En annen er den økonomiske gevinsten ved forebygging ikke gir seg utslag verken samme år eller innenfor samme valgperiode. En tredje er at det er få interessegrupper som står på barrikadene for at det settes av mer midler til forebygging. En informant trekker frem forholdet mellom skolestruktur og forebygging. Med reduserte barnekull er det en diskusjon i kommunen om kommunen kan opprettholde dagens skolestruktur, men erfarer at det er vanskelig å endre dette på grunn av sterkt engasjement i befolkningen. Det er ikke tilsvarende engasjement for tiltak for eldre som har en forebyggende effekt. I kampen om midlene erfares det at grep som burde ha vært tatt for å holde kostnadene nede i fremtiden, taper for et engasjement her og nå.

Et annet trekk som går igjen i de tre kommunene er tilgangen på menneskelige ressurser. Dette handler både om nok arbeidskraft og om kompetanse. Alle kommunene har erfart at de har hatt utfordringer med å skaffe blant annet sykepleiere og leger. Samtidig innser kommunene at dette kommer til å bli enda mer krevende i årene som kommer. Kommunene er derfor opptatt av å bruke kompetansen som de har rett og av å samarbeide andre kommuner om nøkkelpersonell. Blant annet samarbeider to av casekommunene om en kreftsykepleier.

Vi kommer nærmere inn på tiltak knyttet til forebygging, tjenestetilbud, kompetanse og rekruttering i neste del.

#### **5.2.5 TILTAK FOR Å SKAPE BÆREKRAFTIGE TILBUD TIL ELDERE**

##### *5.2.5.1 Forebygging*

Det er et uttrykt ønske i alle de tre casekommunene om å jobbe mer med forebygging med mål om at de eldre skal holde seg friske, kunne leve aktive liv og bli i stand til å bo hjemme lengst mulig. Det ble gitt uttrykk for at kommunene opplever at det er en forventning om at de skal legge til rette for at eldre i større grad skal integreres i lokalmiljøet og selv om ikke alle bruker begrepet «aldersvennlige samfunn» i like stor grad, så er det ett ønske å bygge samfunn hvor det er mulig å klare seg uten at man fungerer 100 prosent på alle måter. Det ble pekt på at for å få til dette, trengs en helhetlig samfunnsplanlegging hvor alle sektorer er med – ikke bare helse- og omsorg – og man må tenke mere

i retning av forebyggende tjenester. Som det ble sagt i en av kommunene, «god alderdom starter tidlig». Med dette mente de at det å styrke menneskene til å ha gode liv, ha god økonomi og ha god helse fra tidlig av, kan forebygge svekkelse i alderdommen.

Ulike typer forebyggende tiltak er nevnt i planene og strategiene til casekommunene som beskrevet i kapittel 5.2. Noen av disse ble også diskutert under intervjuene. Alle tre casekommunene var enten i gang med eller hadde planer om å iverksette forebyggende hjemmebesøk blant eldre innbyggere. Hensikten med hjemmebesøkene er sammen med de eldre selv å se på hva som kan og bør gjøres av tilrettelegging blant annet i boligen, for at de eldre skal få en så god alderdom som mulig. Det ble under intervjuene diskutert litt rundt hva som er riktig alder for gjennomføring av slike hjemmebesøk. Erfaringen var at før 75 år er ikke de eldre så mottakelig for hjelp fra det offentlige på dette området, men at det ofte skjer en endring mellom 75 og 78 år, som gjør at dette kan være en alder som kan passe for å gjennomføre hjemmebesøkene. Erfaringen er at det ofte er når det skjer et eller annet som for eksempel et fall eller at sykdom inntreffer, at mange eldre begynner å tenke på tilrettelegging for sin egen aldring. En kommune hadde planer om å opprette en egen samfunnskontakt for blant annet å bidra til at man kom tidligere inn i folks liv når de begynte å få utfordringer slik at man kunne være med å påvirke og tilrettelegge.

Hverdagsrehabilitering i hjemmet og tilrettelegging for ulike typer gruppetreninger ble også nevnt som viktige tiltak for at eldre skulle kunne holde seg friskere i alderdommen sin lengre. Informantene sa de hadde inntrykk av at de ulike typene gruppetreninger som gå-grupper og halltreninger er populære tiltak som er godt besøkte, og som mange eldre setter pris på. I noen tilfeller kunne det til og med være kapasitetsutfordringer, slik at ikke alle som ønsket det, fikk anledning til å delta. Da ble det rullert på hvem som deltok slik at en gruppe var med i noen måneder før neste gruppe overtok.

I en av kommunene nevnte de også betydningen av å informere og gi kunnskap til de eldre om viktigheten av å holde seg i bevegelse. De hadde også kjørt matkurs og kurs om depresjon og søvn, for at eldre skulle kunne tilegne seg kunnskap slik at de skal kunne gjøre de gode grepene selv.

Representanter for alle tre casekommunene opplevde det som utfordrende å klare å prioritere og argumentere for forebyggende tiltak i budsjettarbeidet. «For det gir ikke noen gevinst der og da å satse på forebyggende innsats». Typisk for forebyggende tiltak er at effektene gjerne kommer på senere tidspunkt og at det er vanskelig å måle den direkte effekten av tiltakene. Men som en av kommunallederne sa «Det er jo litt hvordan føringer du legger selv som kommunalleder – at du tør å ta noen grep for å få det gjennomført». I stedet for bare å be om flere ressurser, ble det pekt på behovet for å klare å gjøre omprioriteringer innenfor budsjettene man har.

I avsnittet over har vi beskrevet ulike typer gruppetreninger i hall og gåturer og lignende som både bidrar til bedre helse gjennom økt fysisk aktivitet og fungerer som viktige sosiale møteplasser for de eldre. Disse aktivitetene samt andre sosiale aktiviteter som helsekafeer og seniortreff, arrangeres ofte av eller i samarbeid med Frisklivssentraler, Eldrerådet og frivillige organisasjoner som Sanitetsforeningen, husmorlag og Røde Kors. Til flere av disse tilbudene stiller kommunene med egen transport. De eldre blir hentet hjemme og kjørt til aktiviteten. I den ene kommunen er dette arbeidet også basert på frivillig arbeid, hvor en pensjonist bidrar med å kjøre bussen. Lange avstander og manglende kollektivtransporttilbud er medvirkende årsaker til at transport er nødvendig å inkludere i prosjektene for at de eldre skal kunne delta. Det kom imidlertid fram at når det gjelder personer som kanskje sitter alene og har lyst til å være sosial og som ellers egentlig kan ta ordinær kollektivtransport,



men mangler førerkort og bil, så kan det være verre å komme seg til ulike aktiviteter fordi både det offentlige kollektivtilbudet og drosjetilbudet er veldig begrenset i mange deler av kommunene.

Det ble i intervjuene vist til strategien «Leve hele livet». Tilrettelegging for flere aktiviteter som sosiale møteplasser, trening i eget hjem og gruppetreninger for eldre, var noe det både var et ønske om og planer om å jobbe videre med. Men det kom også fram informasjon som kan tyde på at denne typen tilbud kanskje er ganske god og på et passende nivå allerede i dag. En av informantene hadde spurt de eldre om hvilke tanker de hadde om etablering av flere aktiviteter. Det var flere som hadde svart «Ja, men det må ikke bli for mye». De uttrykte at de syns det var fint å kunne møtes en gang i uka på helsekafe hvor de spiste middag sammen, men at det ikke måtte bli for mye heller.

Det ble også pekt på at tilrettelegging for sosiale møteplasser også må sees i sammenheng med samfunns- og stedsutvikling. I en av casekommunene hadde det vært gjennomført medvirkningsprosesser i forbindelse med et stedsutviklingsprosjekt, og da kom det fram at det befolkningen ønsket var møteplasser. De ville ha steder for å treffe folk, kafeer hvor de kunne sette seg og ha muligheten til å kunne plaske med beina i havet om sommeren. Dette viste seg å være nokså uavhengig av alder. Som informanten sa: «Jeg tror at den som beveger seg rundt og er aktiv i samfunnet er opptatt av det samme. Det er ikke de store forskjellene». Det som imidlertid kunne være viktig for mange eldre, var at de sosiale møteplassene og uteområdene var universelt utformet. Kommunen hadde derfor universell utforming som en del av sin strategi for å gjøre lokalsentrum i kommunen mer aldersvennlig. Bygging av bofelleskap i nærhet til servicefunksjoner og sosiale møteplasser, ble også pekt som viktig strategi på veien mot et aldersvennlig samfunn og noe kommunene vurderte i sine strategier, selv om det også ble pekt på at det måtte avveies mot hensynet til at kommunene har «distrikt i distriktene» og et ønske om å opprettholde bosetningen og aktiviteten utenom kommunesentrene.

Det ble av en av informantene pekt på det ikke bare er bygging av aldersvennlige kommunesenter som kan gi økt fysisk helse, økt livskvalitet og gjøre at man lever lengre. «Hvis du velger å bo sånn at du må bære inn ved og du må gå og bruke kroppen, så lever du jo lengre også. Du har jo høyere livskvalitet. Det går jo ikke an å mene annet enn at det må gi høyere livskvalitet å være aktiv». Og kanskje er du litt mere aktiv når du bor i et lite hus ytterst på ei øy eller på en veg enn om du tusler rundt i en lettstelt leilighet i sentrum. I dette perspektivet er ikke alltid det beste å flytte de eldre inn til leiligheter i sentrum. Som en påpekte, kunne dette like gjerne bli det første skrittet mot sykehjemsplass.

I en av kommunene ble det nevnt at de hadde planer om å prøve ut kommunikasjonsløsninger og ulike typer sosiale aktiviteter for de eldre over nett ved hjelp av PC eller nettbrett. Kommunen så mulighetene i å hjelpe de eldre til å bedre kunne ha sosial kontakt med familie og venner. De ønsket å kunne tilby kulturelle aktiviteter på nett slik at selv de som bor langt unna kan delta på arrangementer som skjer sentralt.

#### 5.2.5.2 Bolig

Strategien til alle casekommunene er å jobbe for at flere skal kunne bo hjemme lengst mulig både gjennom tilrettelegging av egen bolig og bygging av omsorgsboliger med og uten heldøgnbemanning. Det er viktig å presisere at fra kommunenes side blir omsorgsbolig definert som de eldres eget hjem siden en omsorgsbolig er en privat bolig selv om de eldre leier den hos kommunen.

Forebyggende hjemmebesøk er et verktøy kommunene bruker/ønsker å bruke for å kartlegge hva de eldre trenger av tilrettelegging i egen bolig for å se på mulighetene for tilrettelegging sammen med de

eldre. I en av kommunene har de planer om å bygge et visningsrom for velferdsteknologi med tanke på at folk skal kunne bli kjent med å kunne skaffe seg nyttige ting selv for å gjøre hverdagen sin enklere. Kommunene var også i gang med å installere ulike typer velferdsteknologi i eldres boliger i kommunal regi både for å gjøre hjemmetjenestene mer effektive og for å gjøre det tryggere for eldre å bo hjemme (eks. elektroniske dørlåser, trygghetsalarm med røykvarsler, robotmedisindispenser, komfyrvakter osv.). Bruk av velferdsteknologi beskrives nærmere i eget avsnitt under.

Det informeres nok i ulik grad om mulighetene for å søke Husbanken om tilskudd til tilrettelegging i boligen. Her ligger det antagelig et potensiale for kommunene for å bli bedre. Alle informantene ga uttrykk for at de opplevde at mange eldre ønsket å bo hjemme i boligen hvor de hadde levd sitt voksne liv. Noen var også på jakt etter å få seg noe mere lettvinnt – gjerne innenfor samme bygd. Det ble antydnet at dette også kunne være gunstig i forhold til demensplanlegging og at det kunne være lettere å leve med lettere demens dersom man bodde på en plass man var kjent. Flytting av eldre til en ny plass kunne forverre sykdommen. Kunnskapen om disse sammenhengene var imidlertid mangelfull, ble det pekt på.

Alle kommunene så behovet for og var allerede i gang med å bygge eller planlegge for bygging av flere omsorgsboliger. I den ene kommunen mente de at de hadde relativt mange omsorgsboliger i kommunen samlet. Det var for få omsorgsboliger i de mest sentrale områdene av kommunen, mens de hadde problemer med å fylle opp alle boligene i de mindre sentrale områdene. Det ble imidlertid av alle særlig pekt på behovet for å bygge omsorgsboliger med bemanning hele døgnet for å unngå at de eldre måtte flytte på sykehjem for tidlig. I en av kommunene så de på muligheten for å få utviklet mere bofellesskap dere flere personer bor sammen uten at de har omfattende tjenestebehov. Dette var noe som det også var kommet innspill på i medvirkningsprosesser om at de eldre ønsket seg. I en av kommunene var også tanken sådd om at man kanskje kunne kombinere for eksempel omsorgsboliger og barnehagetilbud i samme bygg for å samle aktivitet og knytte generasjonene nærmere hverandre. Men som også nevnt i forrige avsnitt, så var man også redd for å sentralisere for mye å bidra til fraflytting fra distriktene i kommunen. I den ene kommunen som bestod av flere små bygdesenter, var strategien å bygge omsorgsboliger sentralt i disse mindre sentrene.

I to av kommunene hadde det blitt bygd leiligheter sentralt i kommunen i privat regi som flere av de eldre flyttet til. I den ene av kommunene mente de at de hadde god dekning av boliger i motsetning til flere andre sammenlignbare distriktskommuner hvor en del av boligmassen ofte kan være av dårlig kvalitet og det er liten omsetning av boliger fordi de som arver boligene når eldre flytter, ofte beholder boligene som ferieboliger. Vi vet at boliger i distriktene i gjennomsnitt har lavere verdi enn boliger sentralt i byer og tettsteder. Dette kan gjøre at noen eldre kan ha vanskeligheter med å kjøpe leilighet sentralt. Dette ble det ikke snakket så mye om i intervjuene. Det ble derimot snakket om at fremtidige eldre antagelig kom til å ha bedre råd enn de som er eldre nå, og at mange av de allerede eide både hus og flere hytter, slik at de i større grad ville være økonomisk i stand til å tilpasse boligsituasjonen sin når de ble eldre.

To av kommunene hadde erfart at noen eldre, som oftest med en eller annen tilhørighet til kommunen, valgte å flytte til kommunene når de ble pensjonister. I noen tilfeller flyttet de til et gammelt avsidesliggende barndomshjem. Selv om informantene synes det var positivt å få denne tilflytning, så kom vi også inn på utfordringen for kommunen etter hvert får med å tilby helse- og omsorgstjenester til disse. Som en av informantene så: «Vi har ikke nok penger til at folk skal kunne få bo akkurat hvor de vil». Informanten mente at man måtte se på om kanskje folk måtte være med å bidra litt selv også

til for eksempel bygd ut fibernett, når de selv valgte å flytte til avsidesliggende steder når de ble eldre. Til sammenligning må man kjøpe selv dersom man ønsker seg en lettstelt leilighet. Problemet oppstår imidlertid når ikke alle kan gjøre det. «Hvem skal gjøre det da?».

### 5.2.5.3 Effektive helse- og omsorgstjenester

For å møte utfordringene knyttet til økende andel eldre, knappe økonomiske ressurser og kvalifisert helsepersonell i fremtiden, ser alle kommunene det som nødvendig å effektivisere helse- og omsorgstjenestene. Selv om to av kommunene fram til i dag har hatt forholdsvis god økonomi, ser også at det er behov for å jobbe annerledes for å gjøre tjenestene mere økonomisk bærekraftige i fremtiden. Det var stor enighet om at «vi må løse ting på en annen måte enn vi gjør i dag».

En hovedstrategi i alle kommunene er å legge til rette for at eldre kan bo hjemme lengst mulig. I en av kommunene ble det vist til at det hadde pågått en omstillingsprosess over flere år hvor behovet for sykehjems plasser var blitt redusert med nesten 20 prosent. Dette hadde skjedd blant annet ved å satse på bygging av flere omsorgsboliger og øke kapasiteten i hjemmetjenesten. Det var også vist til i en av kommunene at «kommunen har vært flink og jobbet sånn at det er de aller sykeste som er på sykehjemmene våre ... Det betyr også at vi har et voldsomt press på hjemmetjenestene våre her. Det vi mangler er disse bofellesskapene i midten. Det er det vi skal begynne å jobbe med nå». Flere av kommunene pekte på behovet for å bygge ut omsorgsboliger, spesielt omsorgsboliger med heldøgnbemannning for å redusere behov for sykehjems plasser.

De som ble intervjuet snakket mye om behovet for å vri ressursene over til mer forebyggende tjenester for å legge til rette for at eldre skal holde seg friskere lengre og kunne leve gode aktive liv hjemme og dermed utsette behovet for omfattende helse- og omsorgstjenester. De ulike typene forebyggende tiltak er beskrevet nærmere i et eget avsnitt over.

Velferdsteknologi blir også brukt som verktøy for å effektivisere tjenestene. For å nevne noen eksempler, så har alle tre kommunene enten innført eller er i ferd med å innføre elektroniske dørlåser hjemme hos de som mottar hjemmetjenester. Det reduserer plunder og heft knyttet til nøkkelhåndtering for hjemmetjenesten. Noen har innført robotmedisindispensere som gjør at hjemmetjenesten kan redusere antall besøk hos pasientene. Alle tre casekommunene har vært med i utviklingen av en digital skytjeneste som brukes for effektiv og sikker kunnskapsformidling i helse- og omsorgstjenesten i alle tre kommunene. Nye trykksalarmer med røykvarslere er også enten innført eller i ferd med å innføres for å skape trygghet for eldre som bor hjemme.

Samlokalisering av tjenestetilbud ble også nevnt som en strategi for å effektivisere tjenestene. I en av kommunene ble det vist til at tjenestene var spredt på mange ulike bygg, ofte med små enheter. Her var det ønske om å samle flere av de små enhetene for både å korte ned på avstander, men også for å utnytte helsepersonellet mer effektivt. Det ble pekt på at helsepersonell må bruke mye tid på transport for å nå ut til alle og at det kan være en utfordring å klare å tilby like tjenester til alle i spredtbygde kommuner. Sentralisering av tjenester vil også kunne bøte på denne utfordringen. Men under intervjuene kom flere inn på behovet for å avveie behovet for sentralisering mot behovet for også å ha desentraliserte tilbud for å opprettholde liv i lokalsamfunnene, men også fordi mange eldre har problemer med å komme seg til sentraliserte tilbud og aktiviteter pga. lange geografiske avstander og dårlig med offentlig transporttilbud. Det ble vist til behovet for å inkludere transport i aktivitetstilbudsprosjektene for eldre.

I og med at tilgangen på kvalifisert helsepersonell er knapp, var flere av informantene inne på viktigheten av å bruke personellet riktig. «Vi er nødt til å se på hvordan vi anvender kunnskapsmedarbeiderne våre», ble det hevdet. «Bruker vi sykepleierne våre rett? Er det riktig at det er de som skal sitte å få turnuskabalen til å gå opp? Man trenger ikke å være sykepleier for å få til det». En av kommunene pekte spesielt på at de arbeidet med organisering og oppgavefordeling og hvordan de kunne gjøre ting på nye måter for å få utnyttet kompetansen bedre.

#### 5.2.5.4 Velferdsteknologi

Alle de tre kommunene har tatt i bruk ulike velferdsteknologiske løsninger og gjort seg erfaringer med implementeringen av slike løsninger. Begrunnelsene for dette er knyttet til både effektivisering, å kunne tilby kvalitativt bedre tjenester, trygghet, tilrettelegging og reduserte transportbehov. En teknologi som går på tvers av de tre kommunene er, digital trygghetsalarm. Ellers varierer det i hvilken grad de ulike casekommunene har tatt i bruk velferdsteknologi.

I den ene kommunen er oppfatningen at de fremdeles er i «startgropa» og de ikke er kommet så langt som de håpet. Kommunen har satt av midler i budsjettet, men har brukt tid på å få kjennskap til ulike løsninger og kartlegge hvordan og hvem som bør få tilbud om ulike velferdsteknologiske løsninger. Kommunen har vært opptatt av at velferdsteknologi skal ha gevinst både på kvalitet og økonomi. De har ikke hatt et ønske om å kjøpe inn «masse utstyr» som de mener enkelte andre kommuner har gjort, uten å ha en plan for å ta ut effekten.

En annen av kommunene har vært vertskap for et regionalt samarbeid som har utviklet en velferdsteknologisk løsning. De ansatte i kommunen som har vært involvert i dette, har utviklet særlig kompetanse på velferdsteknologi. Dette miljøet er i dag sentrale i arbeidet med velferdsteknologi i vertskommunen. Eksempler på teknologier som kommunen har tatt i bruk er elektronisk dosett, GPS teknologi for enkeltpersoner, sensor døralarm, samt at de planlegger for bruk av telemedisin til medisinske konsultasjoner. Disse personene spiller også en viktig rolle som kompetansemiljø overfor flere av de andre kommunene som deltok i det regionale samarbeidet. Samarbeid mellom kommuner gjennom å dra veksler på hverandres kompetanse og erfaringer trekkes frem som viktig av informantene.

Alle de tre kommunene har lagt vekt på opplæring og kompetanse i arbeidet med velferdsteknologi. Alle kommunene har hatt ansatte som har tatt Velferdsteknologiens ABC. Det er en tverrfaglig opplæringspakke for ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene tilbudt av KS i samarbeid med SINTEF og Høgskolen i Sørøst-Norge. Samtidig kan det synes om at det er visse forskjeller. Mens en kommune beskriver at de har flere ansatte som har tatt videreutdanning innen velferdsteknologi, har en av de andre kommunene lagt mer vekt på felles kompetanseheving blant alle, enn at noen tar kurs. Felles er imidlertid betoningen av opplæring i organisasjonen for å lykkes med velferdsteknologi. En av informantene etterlyser mer opplæring i velferdsteknologi som en del av grunnutdannelsen for eksempel i sykepleierutdannelsen.

Enkelte har opplevd at de ansatte var skeptiske når kommunen begynte å arbeide med velferdsteknologi, men at dette har endret seg med opplæring og etter hvert som kommunene har tatt i bruk ulike løsninger. Den største skepsisen til velferdsteknologi mener enkelte informanter heller ligger hos de pårørende som er usikre på tryggheten til brukerne og for at de varme hendene vil bli erstattet med «den kalde teknologien». Kommunene har forsøkt å imøtegå dette ved å formidle at det

handler om å få bedre tid til «den gode samtalen og de varme hendene». De sammen informantene har ikke erfart samme skepsis hos brukerne, som heller synes «det er litt artig» med velferdsteknologi.

En forutsetning for å kunne ta i bruk velferdsteknologi er en digital infrastruktur. Mobildekning og bredbånd/fiber er en utfordring i distriktskommuner. Den siste dekningsundersøkelsen fra Nasjonal kommunikasjonsmyndighet viser at 94 prosent av landets husstander har tilbud om minst 100 Mbit/s nedstrømskapasitet i byer og tettsteder, mens det tilsvarende tallet for spredtbygde strøk er 34 prosent. Tilsvarende har 99 prosent av husstandene i byer og tettsteder innendørs 4G-dekning, mens kun 86 prosent har dette i spredtbygde strøk. I de tre kommunene problematiseres digital infrastruktur i liten grad. To av kommunene har gode samarbeid med private utbyggere. En av kommunene har erfart at private selskaper ikke vurderte at det var kommersielt lønnsomt å tilby fiber i alle bygdene i kommunen. Dette ble løst gjennom et samarbeid mellom grendelaget og den private bedriften, der grendelaget tok ansvaret for å grave grøftene på dugnad, mens bedriften la ned fiberkabelen. Gjennom samarbeidet klarte de å tilby fiber også fiber til de som bodde lengst utenfor sentrum.

#### *5.2.5.5 Kompetanse og rekruttering*

Kompetansesituasjonen opptar de tre kommunene og innenfor helse- og omsorgssektoren, og alle har opplevd at de i perioder har hatt problemer med å få rekruttert kompetanse som sykepleiere og leger. De er også felles om en erkjennelse av at de kommer til å stå overfor større utfordringer fremover med å få tilgang på kompetanse. Samtidig er utfordringene med å rekruttering og kompetanse ulikt fordelt innad i kommunene. Kommunene som tilbyr tjenester flere steder i kommunene erfarer at det er særlig vanskelig i ytterkanten av kommunene. Det fremtidige behovet for kompetanse handler om en kombinasjon av en eldre arbeidsstyrke som i løpet av noen år vil nå pensjonsalder og at etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester vil øke på grunn av demografisk endring. Samtidig handler kompetansebehovet også om å ha tilstrekkelig planfaglig og innovasjons-/utviklingskompetanse slik at kommunene også evner å se og møte de utfordringene som kommer. Ledelsesressursene i de tre kommunene er også begrenset slik at hver leder har brede ansvarsområder. Det krever at hver enkelt leder har behov for kompetanse på mange områder. Et potensielt problem er at lederne kan bli «fanget» i driften og ikke har tid til å planlegge og drive utviklingsarbeid. Et fellestrekk som går igjen blant lederne i kommunene er de blir generalister, heller enn spesialister.

Rekruttering står høyt oppe på dagsorden i alle de tre kommunene og de har alle ulike tiltak for å få tak i den kompetansen som de har behov for. I rekrutteringsstrategiene som de har valgt, er de delvis konkurrenter med hverandre og delvis samarbeidspartnere. De tre kommunene har alle insitamentsordninger for at for eksempel sykepleiere skal velge deres kommune fremfor noen andre. Eksempler på dette er å skru opp lønningene, tilby bonus ved oppstart (eks 40 000,-) og gi ekstra ansiennitet (eks 10 år ekstra). Kommunene erkjenner at dette ikke er bærekraftig på sikt og praksisen er diskutert i møter mellom rådmennene/kommunaldirektørene. Samtidig er det kommuner i regionen med god økonomi som fortsetter med praksisen og som således «presser» de andre kommunene til det sammen. Som en informant sa «den spiralen er nok ikke så veldig god for regionen sin del». Informanten i en kommune forteller at sykepleiere som er på jobb jakt er klar over praksisen og som bruker det bevisst i forhandlinger. Kommunen er bekymret for at dette skal spre seg til helsefagarbeiderne og bidra ytterligere redusert bærekraft i kommunene.

Samtidig som de tre kommunene konkurrerer om den samme arbeidskraften, inngår de i et regionalt samarbeid for å tiltrekke seg ny arbeidskraft til regionen. Sammen med sykehuset, en stor kommune, en rekke mindre kommuner og fylkeskommunen, har de tre kommunene hatt et felles prosjekt der de

har reist til Nederland for å rekruttere helsefaglig kompetanse. Nederland er valgt fordi det er store messer der og at de kjører norskkurs. I samarbeidet har de mindre kommunene kunne dra veksler på HR avdelingene til sykehuset og den store kommunen. For som en informant sa, så har ikke kommunen noen HR-avdeling, slik at vedkommende selv måtte gjøre hele rekrutteringsprosessen selv fra å utforme annonsen, gjøre intervjuene og til å skrive kontrakt. Vi fikk ikke vite i intervjuene om kommunene har lykket med rekruttering gjennom dette samarbeidet.

I en av kommunene har de valgt å se på rekruttering som en del av et «større bolyst» prosjekt i regi av tilflytterkontoret. Her har kommunen sammen med grendelagene jobbet aktivt mot personer som har flyttet fra kommunen/bygda og som har kompetanse som kommunen har bruk for. I tillegg har kommunen arbeidet sammen med næringslivet for å kunne tilby jobb til begge, når det er et par som ønsker å etablere seg i kommunen. I bolyst prosjektet blir fordelene med mindre samfunn og nærhet til naturen brukt som «salgsargumenter», sammen med tilbud om barnehageplass og gratis startpakke med gratis billetter til ulike typer aktiviteter i kommunen. I en av de andre kommunene tilbyr kommunen sommerjobb fra ungdommer i kommunen er 16 år innenfor helse- og omsorg. Tanken er at ungdom tidlig skal erfare at helse- og omsorgssektoren er et attraktivt sted å arbeide.

I tillegg til å rekruttere nye folk, legger kommunene vekt på å arbeide for å beholde den kompetansen som de har, og å tilby videreutdanning. Det kan for eksempel dreie seg om å tilby videreutdanning til sykepleier for helsefagarbeidere. I en av kommunene har de også begynt et arbeid med å vurdere om de bruker den kompetansen de har på riktig måte. Er det slik at de bruker for eksempel sykepleierkompetansen som de har i kommunen rett? Er det rett bruk av kompetanse at sykepleiere er ledere eller kan de bruke andre yrkesgrupper til det? Kommunen mener at dette kommer til å bli enda viktigere vurderinger i årene som kommer da presset etter kompetanse kommer til å øke. Samtidig ser de på behovet for å omskolere ansatte i skoleverket til helse- og omsorgssektoren. En viktig driver for dette er den demografiske endringen med færre barn og flere eldre.

I alle kommunene har de arbeidet for å kunne tilby heltidsstillinger eller så store stillinger som den enkelte ønsker, for å utnytte de ressursene de har og for å få folk til å bli i stillingene sine. En bieffekt av at flere jobber fulltid er imidlertid at kommunene har færre å kontakte når de har behov for vikarer. En annen viktig vikarressurs er pensjonerte ansatte i helse- omsorgstjenestene. Alle de tre kommunene benytter tidligere ansatte som vikarer og som ekstra bemanning.

Samtidig har alle de tre kommunene seniortiltak for å få eldre arbeidstakere til å stå lenger i arbeid. Eksempler på seniorpolitikk er en ekstra ferieuke og ekstra fridager (en kommune tilbyr 16 ekstra fridager fra 62 år). Det varierer i hvilken grad informantene mener at tiltakene har effekt. Mens flere er skeptiske, så er det enkelte som trekker frem at dette har effekt og at kommunen sparer penger ved at færre velger å gå av med AFP. Enkelte påpeker at det er fysisk krevende å arbeide innenfor helse- og omsorgstjenestene og at flere derfor velger å gå av med pensjon tidlig, samtidig som de kan beholde kontakten med arbeidslivet gjennom å være vikarer. Men at de da står friere til å styre belastningen.

#### *5.2.5.6 Samarbeid og medvirkning*

Alle tre casekommunene har ulike typer samarbeid både horisontale og vertikale som de aktivt deltar i. Flere av informantene uttrykte også at de opplever at mange av disse samarbeidene er svært nyttige. Vi vil her gjengi noen eksempler på slike samarbeid og nytteverdien disse har.

Alle kommunene er med i et interkommunalt samarbeid mellom små kommuner i regionen. Her utføres det kartlegging av kompetanse- og utviklingsbehov blant ansatte, og utarbeides kompetanse-

og utviklingstiltak basert på dette. Eksempler på aktiviteter/tiltak som iverksettes gjennom samarbeidet er: kurs og fagdager, fagnettverk, temamøter, fagkonferanser/dialogkonferanser, prosessarbeid og søknad og rapportering av kompetansemidler. Gjennom samarbeidet skapes arenaer for kunnskapsformidling, læring og utvikling. Alle informantene trakk fram dette som et nyttig samarbeid. Blant annet ble nettverket for helse- og omsorgsledere trukket fram som bra, og en fin arena for erfaringsutveksling. «Når man er i en liten kommune er man alene og det er små fagmiljø. Man har ikke så mange å diskutere med. Nettverket har fungert veldig bra for meg som leder [...] Føler at jeg er helt avhengig av nettverket i en liten kommune». Nettverket ble også omtalt som en arena for utveksling av støtte og trøst når det var behov for det «for det er jo tøffe tak rundt omkring». Det interkommunale samarbeidet fungerer også som bindeledd til Fylkesmannen. Et eksempel som ble trukket fram var at Fylkesmannen brukte å komme og informere om nytt i stortingsmeldinger og andre politikkdokumenter.

Det ble gitt eksempel på et samarbeidsprosjekt som hadde blitt kjørt sammen med fylkeskommunen, lokalsykehuset og flere av kommunene i regionen hvor målet var å bedre rekrutteringen av sykepleiere til regionen. Gjennom dette prosjektet jobbet de blant annet for å prøve å rekruttere sykepleiere internasjonalt. Et annet lignende interkommunalt samarbeidsprosjekt er knyttet til rekruttering av allmennleger. To av kommunene nevnte at de hadde kjørt prosjekter sammen med Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT).

En kommune nevnte et spesifikt samarbeid de hadde hatt med sykehuset om til KOLS-pasienter. Det er et prosjekt som kommunen opplevde som bra på flere måter. For det første har det gitt gode resultater med forbedring av tjenesten for KOLS-pasientene. For det andre gav informanten uttrykk for at selve samarbeidet med lokalsykehuset hadde betydd mye for kommunen – det at de har gjennomført prosjektet som likeverdige partnere og bidratt med hver sine perspektiver. Prosjektsamarbeidet har også ført til at kommunen og lokalsykehuset sammen skal presentere resultatene fra prosjektet på en konferanse.

Et annet eksempel på samarbeid mellom kommuner gjaldt velferdsteknologi. Gjennom dette samarbeidet hadde kommunen fått innovasjonsmidler. Som tidligere nevnt, har casekommunene samarbeidet om å utvikle et digitalt, skybasert kvalitetssystem med tilpassede prosedyrer og rutiner for helse- og omsorgstjenesten. Ideen hadde sitt utspring i utfordringer i en av casekommunene. Det er nå blitt et aksjeselskap eid av en av kommunene hvor andre kommuner både er kunder og er med å komme med innspill som videreutvikler tjenesten. Selskapet bidrar med å kjøre prosesser og søke midler knyttet til innføring av velferdsteknologi i casekommunene.

To av casekommunene har et ekstra nært samarbeid hvor de i tillegg til å drive erfaringsutveksling også søker om prosjektmidler sammen og samarbeider eller har planer om samarbeid hvor de deler på ulike typer fagressurser som ergoterapeut, diabetessykepleier, og demenskoordinator. Det er gjerne både økonomisk ressurskrevende og kan være utfordrende å få tak i denne typen fagkompetanse for små kommuner alene.

I alle tre casekommunene ble det fortalt om høy aktivitet blant mange frivillige organisasjoner og lag og at dugnadsånden er stor. Det foregår utstrakt samarbeid med de frivillige som blant annet gjennomfører sosiale og kulturelle aktiviteter for eldre. I en av casekommunene er det også en pensjonist som kjørte kommunens minibuss som henter eldre til den ukentlige helsekafeen blant annet. Det ble imidlertid pekt på som utfordrende å klare å koordinere den frivillige innsatsen: «Men det er det som er utfordringen med frivillige at det er sånn av og på så vi klarer ikke å holde en så god

kontroll på det». I en av kommunene har de planer om å etablere en samfunnskontakt for å bøte på dette. Samfunnskontakten skal være et bindeledd mellom kommunen, frivillige, næringslivet og andre aktører.

En av casekommunene har tett samarbeid med en videregående skole som utdanner helsefagarbeidere og nærmeste universitet som utdanner sykepleiere. Samarbeidene her handler mest om praksisplasser og veiledning, men de har også dialog om hvordan utdanningene kan tilpasses kompetansen som kommunen er på jakt etter. I tillegg arrangeres det feles kurs og konferanser og kunnskapsutveksling.

I en av kommunene ble vist til at de hadde tradisjon for godt tverrfaglig samarbeid: «Det er helt fra ungene er nyfødt til de går i graven så er det lav terskel for å snakke i lag på tvers av faggrensene». Det ble gitt et konkret eksempel på at tverrfaglig samarbeid har vært vellykket ved innføringen av velferdsteknologi. Samtidig var det en annen informant fra samme kommune som påpekte: «Ofte når man snakker om at det blir mange flere eldre, så blir det ofte fort en utfordring for helse og omsorgstjenesten. Men det her er jo ei utfordring for hele samfunnet. De andre tjenestene i kommunen må jo også tenke gjennom og man må være samkjørt på hvordan man sammen skal legge til rette. Det er jo en veldig liten del av livet som helse og omsorg er inne i bildet». Informanten hevdet at det kunne være ganske krevende å få med seg hele kommunen i et sånt felles ansvar.

I en av kommunene ble det gitt eksempel på hvordan kommunen samarbeidet om fiberutbygging med både fylkeskommunen, kommersielle energi- og bredbåndsselskaper og det lokale grendelaget i ei bygd. I spredtbygde strøk er det ofte bare noen områder som er kommersielt utnyttbare, så i dette prosjektet har Grendelaget vært med å grave grøftene for å få lagt kabel også til de som bor lengre ut enn de som er kommersielt utbygdbart. I denne kommunen er også grendelagene med i et samarbeidsprosjekt med kommunen og næringslivet med mål om å skape bolyst å bidra til rekruttering og tilflytting til kommunen. Som det ble påpekt: «Grendelagene blir veldig viktig som en arena for å få samlet folk og få diskutert hva som er viktig for dem».

Informantene i alle tre kommunene gir uttrykk for at de kjenner godt til de aktuelle stortingsmeldingene og nasjonale føringene for planlegging for en aldrende befolkning. En av informantene ga særlig uttrykk for at disse var til stor nytte og hadde stor betydning for planarbeidet i kommunen. I denne kommunen hadde de ikke noen Helse- og omsorgsplan, men brukte stortingsmeldingene og de nasjonale føringene og endringene som kom, direkte. Dette var nok delvis et resultat av knapphet på ressurser. Som informanten sa: «Jeg føler selv at jeg ikke har kapasitet til å sitte å lage alt for mange planer. Da går det ut over driften». Men ble også sett på som å ha noen fordeler. «Vi er en liten kommune slik at vi kanskje klarer å snu oss litt kjapt. Jeg føler ikke at vi henger etter, men det er kanskje det at man klarer å snappe opp de nasjonale føringene».

Det går frem av intervjuene at alle tre kommunene har god dialog med de eldre og brukerne av helse- og omsorgstjenester, og at dette samarbeidet i stor grad skjer gjennom eldrerådene i kommunene. Ansatte fra kommunene informerer for eksempel om aktuelle temaer på møter i eldrerådet, og representanter fra eldrerådet er ofte med som brukerrepresentanter i ulike prosjekter som kjøres. Det ble også vist til andre eksempler på dialog med innbyggerne gjennom pensjonistforeningen, åpne innbyggermøter og dialogkafé med i forbindelse med utarbeiding av helse- og omsorgsplan i en av kommune. Aktuelle temaer som ble nevnt som ble tatt opp på disse møtene var innføringen av velferdsteknologi og overgang til mer hjemmebaserte tjenester.



Det ble imidlertid pekt på at det kunne være ressurskrevende å kjøre så mange medvirkningsprosesser som ønskelig: «Vi er ikke en så stor kommune og det er ganske ressurskrevende å jobbe med medvirkning og samskapning som er veldig populært for tida. Det krever ganske mye tid». I denne kommunen ble det også gitt uttrykk for at de opplevde det som utfordrende å få til gode medvirkningsprosesser med psykisk utviklingshemmede, som etter hvert blir eldre og mangler pårørende. Kommunen har spesielt mange i denne gruppen som et resultat av HVPU-reformen. Da en stor institusjon i kommunen ble avviklet, ble mange av beboerne værende i kommunen og har etter hvert blitt eldre. Mange av disse mangler nær familie og pårørende og er ofte kun representert gjennom en advokat. Det ble uttrykt bekymring for at man kanskje ikke klarte å få til gode medvirkningsprosesser med denne gruppen eldre.

Et annet moment som ble trukket fram av en av informantene, var at det kan være viktig å gjennomføre tiltak etter medvirkningsprosesser slik at man ikke bare kjører masse medvirkning og så skjer det ikke noe. Informanten viste til en samtale med en fra eldrerådet som hadde vært opptatt av at det måtte skje noe snart, slik at hun fikk lov å være med på noe av det.

Ifølge våre informanter er det tydelig at det foregår mange ulike typer samarbeid, både vertikalt og horisontalt. Noen er av langvarig art mens andre igjen er av mer kortvarig karakter i form av prosjekter. Noen samarbeid er formaliserte mens andre er det ikke. Det kommer også klart fram at disse samarbeidene er svært nyttige og bidrar til å løse noen av utfordringene i små kommuner, som for eksempel små fagmiljøer, begrensede ressurser og muligheter til å kunne ansette ulike typer spesialkompetanse.

## **5.2.6 BARRIERER OG SUKSESSFAKTORER FOR IMPLEMENTERING AV TILTAK**

### *5.2.6.1 Barrierer knyttet til implementering av tiltak*

Som beskrevet i de foregående avsnittene, har casekommunene enten allerede innført eller har planer/ønsker om å innføre en rekke tiltak som skal bidra til at kommunene også i fremtiden skal klare å levere gode tjenester til befolkningen med bakgrunn i de demografiske, geografiske og ressursmessige utfordringene de står overfor. Ulike typer barrierer eller utfordringer kan imidlertid gjøre det vanskelig for kommunene å implementere enkelte tiltak. Vi har her valgt å kategorisere barrierene i følgende typer: kulturelle, juridiske, politiske, økonomiske, organisasjonsmessige, barrierer knyttet til mangel på kunnskap, teknologiske og juridiske barrierer etter Åkerman mfl. (2011). Nedenfor beskrives disse nærmere med eksempler.

*Kulturelle barrierer* kan oppstå når tiltak kommer i konflikt med normer, verdier og tradisjoner i befolkningen og hos ansatte. Eksempler på denne typen barrierer ble særlig nevnt i forbindelse med tiltak i omstillingen til mer hjemmebaserte tjenester og forebygging og ved innføringen av velferdsteknologi. Det ble blant annet pekt på utfordringer knyttet til å «selge inn» forventningen om at de eldre skulle bo hjemme lengre, og at nivået for å komme på sykehjem hadde vært lavt i spesielt en av kommunene, og at det var behov for å bryte ned tradisjonell tenkning på dette området. Noe som krevde både tid og ressurser.

For mange er opptatt av at vi må ikke erstatte de varme hendene med den kalde teknologien. Men det handler jo ikke om det. Det handler jo om å få bedre tid til den gode samtalen og de varme hendene – det å frigjøre kapasitet.

Til å begynne med så tenkte de [de ansatte] at hvorfor skal dere innføre velferdsteknologi? Er det fordi at dere skal spare penger? ... Vi har satset veldig mye på å få de til å forstå at det her er for at brukeren skal få det bedre. Det skal bli bedre kvalitet i tjenesten. Dere skal få bedre tid til å gjøre de oppgavene som dere sier at dere har egentlig ikke tid til å få utført. Og ikke minst det å ta hånd om alle de nye oppgavene som vi ser at vi får i fremtida.

Det ble også vist til forventningen om at kommunene skulle jobbe annerledes:

Og så er det store forventninger til oss om at vi skal jobbe annerledes. Vi skal jobbe enda mere personsentrert. Vi skal legge samfunnet til rette for at eldre i større grad skal integreres i lokalmiljøet [...] det vil kreve at helsepersonell må tenke mere i retning av forebyggende tjenester.

Det ble vist til at «digitalisering ikke handler bare om teknologi», men at det utfordrer og påvirker både ledelse, struktur, kultur og endring og krever at de ansatte jobber på en annen måte.

*Politiske barrierer* kan oppstå når tiltak mangler støtte i demokratiske institusjoner nasjonalt, regionalt og/eller lokalt eller hos organiserte interessegrupper. Vi har valgt å se denne typen barrierer i sammenheng med *økonomiske barrierer* som oppstår når det mangler eller er utilstrekkelig med ressurser til å få gjennomført tiltak, fordi disse ofte henger tett sammen. Mye av politikken handler om å prioritere bruk av knappe ressurser samtidig som det krever tid og ressurser å få til endring. Inntrykket fra intervjuene er at politikerne i alle de tre casekommunene opplever at lokalpolitikkerne og administrasjonen har en felles virkelighetsforståelse når det gjelder utfordringsbildet som kommunene står overfor. Det kan imidlertid være utfordrende å prioritere hvordan knappe ressurser skal brukes:

Det er vanskelig å ta valgene mellom satsing på skole og satsing på eldre. Vi har kommet i en situasjon der vi må sette de tingene opp mot hverandre og det er ikke noe spesielt ok verken for politikerne eller for administrasjonen. Men vi bruker for mye penger på skole. Vi burde egentlig også bruke mindre penger på helse, men det spørs om vi bruker pengene på de riktige tingene.

Informantene beskrev det som utfordrende å få beslutningstakerne til å prioritere forebyggende arbeid:

Men jeg har sagt at vi er nødt til å omprioritere noen ressurser – kanskje omgjøre en helsefagarbeider eller sykepleierstilling å gjøre den om til fysioterapistilling. Slik at vi klarer å satse mer og satse mer på forebygging. Det er noe jeg snakker mye om og prøver å selge inn i politikken og rådene.

En av casekommunene har nylig kommet ut av ROBEK-lista. Men den har fortsatt en anstrengt økonomi, som påvirker rammene for planlegging og implementering av tiltak for en aldrende befolkning:

Vi var på ROBEK lista helt til slutten av 2019, så for å ha muligheten til å realisere noen av disse planene som vi ser er nødvendige med tanke på fremtida, så har vi måttet stramme livreima inn enda mere». «Og vi er jo ikke friskmeldt økonomisk heller. Det er jo ikke bare å sette i gang å bygge det ene og det andre.

*Organisasjonsmessige barrierer* er knyttet til organisering og samarbeid innad og mellom institusjoner. En utfordring som flere nevnte, er tilstrekkelig kapasitet til å drive prosjekter, både administrativt og i

tjenestene, i små kommuner hvor mange har brede ansvarsområder. Det ble pekt på som et problem at man ofte ble fanget i den daglige driften og at det hele tiden var behov for å prioritere hva man skulle jobbe med. Det ble også pekt på som utfordrende å få forankret nye metoder å jobbe på i tjenesten:

Den største utfordringen vi har sett er å få det forankret inn i tjenesten – at de tar det i bruk på en god måte. For det er veldig sånn prosjektstyrt. Fra prosjekt til prosjekt. Sånn at [...] blant annet at det er noen som har ansvaret for det. At det er en del av tjenestetilbudet og at det er noen der ute som har ett type ansvar. Det er kanskje de største risikoene vi ser for ikke å lykkes.

Koordinering av den frivillige innsatsen ble omtalt som viktig, men også at det var krevende å klare å utnytte den ressursen dette representerer godt nok:

Men det er det som er utfordringen med frivillige at det er sånn av og på så vi klarer ikke å holde en så god kontroll på det.

En informant pekte på behovet for å få til godt samarbeid på tvers av sektorer og aktører i hele kommunen:

Ofte når man snakker om at det blir mange flere eldre, så blir det ofte fort en utfordring for helse og omsorgstjenesten. Men det her er jo ei utfordring for hele samfunnet. De andre tjenestene i kommunen må jo også tenke gjennom, og man må være samkjørt på hvordan man sammen skal legge til rette. Det er jo en veldig liten del av livet hvor helse og omsorg er inne i bildet. Livet skapes jo sammen med familie og venner og i arbeidslivet – det er jo ikke i helse og omsorgstjenesten. Så hvordan samfunnsplanleggingen er generelt i kommunen, folkehelsearbeidet, hvordan bedrifter og hvordan næringslivet tar imot eldre personer og personer med demens, det har jo også ganske stor betydning. Det kan være ganske krevende å få med seg hele kommunen i et sånt felles ansvar.

*Kunnskapsmessige barrierer* oppstår når kunnskap om tiltak og forholdet mellom tiltak og resultat enten mangler eller er omstridt. De fleste av informantene var innom behovet for å bygge opp kompetanse og gi god informasjon både overfor brukerne, helsepersonell, ledere i kommunen og politikerne. En pekte spesielt på at det var viktig at det ikke bare var ledergruppa og ressurspersonene som opparbeidet seg ny kunnskap, men at man sørget for at alle i organisasjonen hadde den kompetansen de trengte. En erkjente at det var vanskelig å få støtte for nye forslag dersom ikke de det gjaldt hadde kjennskap til hva det dreide seg om.

Det er lett å si velferdsteknologi, men så vet man ikke helt hva det innebærer.

Vi trodde først at det var så enkelt å innføre velferdsteknologi, men det er ikke så enkelt. Så i fjor tok vi et lite skritt tilbake og så skjønnte vi at vi måtte ha en litt bedre prosess overfor de ansatte – man må ha opplæring.

En pekte på behovet for at velferdsteknologi i større grad blir en del av utdanningen av helsepersonell, mens en annen viste til utfordringen som kunne være knyttet til at eldre skulle ta i bruk teknologi som de var uvante med:

Men velferdsteknologi skal jo benyttes av eldre personer og det kan jo være ei utfordring blant annet. Det er ikke alle som ser for seg at de skal bruke så mye teknologi i hverdagen sin. Det er et eksempel på et tema som blir løftet fram som ei løsning på det aller meste, men det tror

jeg ikke at det er. Det vi ser er at det krever ganske mye arbeid blant annet for at eldre skal ta i bruk teknologi. Noen tar det i bruk veldig greit og noen tar det i bruk mer vanskelig.

*Teknologiske barrierer* oppstår når teknologiske løsninger er utilgjengelig eller umodne. Intervjuene tyder på at kommunene opplever at det eksisterer et godt utvalg av teknologiske løsninger som de kan benytte og som de også i varierende grad er i ferd med å innføre. Når det gjelder teknologiske barrierer, så tyder intervjuene på at manglende kunnskap om velferdsteknologi både blant kommunalt ansatte, brukere og pårørende, oppleves som et problem. I tillegg krever innføring av velferdsteknologi at det eksisterer en digital infrastruktur. For spredtbygde kommuner som casekommunene i prosjektet, er det ikke alle områdene av kommunene som det er kommersielt lønnsomt å foreta fiberutbygging. Som nevnt under avsnittet om samarbeid, var det særlig en av kommunene som viste til eksempler på samarbeid for å få til fiberutbygging i hele kommunen – også der det ikke er kommersielt lønnsomt. For som informanten påpekte:

Og så jobber vi med fiberutbygging. For det må du nødvendigvis ha for å kunne planlegge for et aldersvennlig samfunn og at du skal kunne bo hvor du vil og allikevel ha tilgang til tjenestene dine på nett.

*Juridiske barrierer* kan oppstå dersom tiltak mangler støtte i lover og forskrifter. Dette var ikke noe som ble diskutert under intervjuene, men det er mulig å se for seg at det denne typen barrierer kan oppstå ved innføringen av noen av de ulike typene velferdsteknologi som for eksempel sensorer som overvåker de eldres bevegelser hjemme.

#### 5.2.6.2 *Suksessfaktorer for implementering av tiltak*

Suksessfaktorer og barrierer henger tett sammen. Under intervjuene kom det fram flere eksempler på faktorer som kan ha positive effekter for implementering av tiltak. For det første var flere inne på viktigheten av å ha god forankring av tiltakene både politisk og blant ansatte i tjenesten. En av informantene pekte spesielt på viktigheten av forankring i forhold til drift:

... det med at vi har forankring i ansvar i forhold til drift. Så det er det jeg har jobbet med nå og fått vedtatt en plan for hvem skal sitte i styringsgruppa og hvem skal være med i velferdsteamet. Slik at det er definerte personer som har ansvar for oppfølging i det daglige. Slik at det ikke stopper opp hvis noen blir syk og at det er tilfeldigheter som oppstår.

Det å ha godt samspill med politikken slik at finansiering følger tiltakene, ble også pekt på som viktig. Det leder til neste suksessfaktor som er at det må følge med nok ressurser dersom implementeringen skal lykkes. En tredje faktor som en av informantene pekte på som viktig er god ledelse:

Jeg er opptatt av ledelse som fag - bygge opp tillitt. Man må stole på og gi rom til de som jobber i tjenesten slik at de får utvikle seg slik at de kan ta ansvar i jobben sin. Men som leder skal du også jobbe med de strategiske vegvalgene. I bunn og grunn handler alt om ledelse og ha kompetanse på det. Du oppnår ikke så mye hvis du ikke har den rette forståelsen av hva ledelse er.

En fjerde suksessfaktor som kom fram, er å klare å benytte og utnytte ulike typer samarbeid. Det ble vist til mange eksempler på hvordan samarbeid med andre kommuner, Fylkesmannen, lokalsykehuset, næringslivet og frivillige organisasjoner bidrar til implementeringen av tiltak, eksempelvis gjennom deling av fagressurser, kunnskapsutveksling og felles søknader om prosjektmidler. Å ha tverrfaglige

grupper ved innføring av velferdsteknologi hadde for eksempel hatt positiv effekt i en av casekommunene, særlig for å oppnå forankring i forhold til drift.

En femte suksessfaktor er gode medvirkningsprosesser. Det gjelder både å ha en god og jevnlig dialog med befolkningen og å sørge for bred involvering i utformingen av tiltak.

Gode medvirkningsprosesser og informasjon ble også nevnt for å kunne påvirke at eldre begynner å tenke gjennom hvordan de ønsker å møte alderdommen og for å motivere dem til å ta de riktige grepene selv:

... det å ha en slags kampanje og ha en strategi over flere år der man jevnlig er i kontakt med befolkningen. Enten gjennom folkemøter eller gjennom digitale plattformer, informerer om muligheter for å planlegge egen alderdom. Og har vi forebyggende hjemmebesøk er også det en plass hvor vi kan formidle budskapet. Så vi har ambisjoner om at vi skal klare å påvirke befolkningen.

Det å ha en god plan og følge den, ble også nevnt som en viktig suksessfaktor. Det ble imidlertid pekt på at det i utarbeiding av de overordnede plandokumentene kunne være lurt og ikke gå for mye i detalj angående konkrete tiltak:

Det ligger noen tiltak på det her [om tiltak knyttet til stortingsmeldingen «Leve hele livet»] uten at det er helt konkret. Det turte vi egentlig ikke å gjøre for da blir det veldig fort så veldig mye politisk debatt. Så vi tenker å bruke planleggingen og heller bruke enkeltpunkter i planleggingen og utfordre politikerne konkret på hvordan er det vi skal ha det.

Sist, men ikke minst, var det spesielt en av informantene som flere ganger under intervjuet kom tilbake til behovet for å ha et godt kunnskapsgrunnlag hvis man skal klare å gjøre de riktige valgene og implementere de riktige tiltakene for en aldrende befolkning slik at de kan leve gode liv og få den hjelpen de trenger når de har behov for det.

## **5.2.7 ELDTRE SOM RESSURS OG FORDELER MED SMÅ, RURALE SAMFUNN**

En av informantene framhevet at det kunne være utfordrende å bli utpekt som en problemkommune når det ikke var slik de opplevde det selv. Det kom fram eksempler på forhold som kan være en ulempe for en liten distriktskommune. Det kan være utfordrende å rekruttere og behold kvalifisert arbeidskraft, at noen fagmiljøer blir små, at lederne får stort ansvarsområde og veldig mange arbeidsoppgaver, å klare å etablere 100 prosentstillinger på enkelte fagområder og at det kan være utfordrende å ha nok kapasitet til å kjøre prosjekter og medvirkningsprosesser. Allikevel er inntrykket fra intervjuene at selv om informantene er klar over utfordringene, så er det også mange positive sider ved det å være små, spredtbygde kommuner med mange eldre, og så finner de løsninger for å møte utfordringene på ulikt vis.

### *5.2.7.1 Eldre som ressurs*

Flere var inne på at begrepet «eldrebølge» var uheldig, og at de heller valgte å se på eldre som en ressurs:

Man snakker mye om eldrebølgen og sånt. Jeg tror jo personlig at eldrebølgen kanskje er litt overdrevet da. Man snakker veldig lite om de eldres ressurser og muligheter. Så det er i hvert fall et budskap vi prøver å ta med oss når vi snakker med Eldrerådet og politikerne. Glem nå ikke av at den aldrende befolkningen har jo veldig mye ressurser. Men sånn generelt utenfra,

så blir man ofte pekt på som problemkommune. Når man ser på statistikken og sånn – se på ... [kommune] hvor vanskelig de kommer til å få det de neste årene.

Mange eldre er friske og spreke og deltar aktivt i frivillige lag og foreninger. Mange av de har tidligere jobbet innenfor helse- og omsorg. Også de mange ulike frivillige lagene og foreningene bidrar på ulike måter i lokalsamfunnene overfor de eldre ved å arrangere sosiale og kulturelle aktiviteter. Dette ble pekt på av flere som en viktig ressurs, som kanskje er ekstra fremtredende i mindre distriktskommuner. Dette kan det legges bedre til rette for, men det krever koordinering.

Jeg tror vi har et potensial til å bli enda flinkere til å legge til rette for frivillig innsats. Alt i fra praktisk planlegging og organisering, men kanskje det viktigste, det at de blir sett og at de blir anerkjent [...] Det kan nok gjøres på mange ulike måter. Det her med samfunnskontakt kan jo være en metode for å holde god dialog med de frivillige og utnytte den ressursen enda bedre. For jeg tror det er et stort uutnyttet potensial der.

Pensjonert helsepersonell brukes både i deltids faste stillinger og som tilkallingsvikarer og er en viktig ressurs i helse- og omsorgstjenestene i casekommunene:

De er jo vår nødreserve. Vi bruker masse pensjonister og masse ungdommer for å få hjulene til å gå rundt. Vi er veldig takknemlig og glad for pensjonistene. De hjelper oss mye. Og særlig de pensjonistene som går av på 62. De er jo fortsatt ung og sprek.

Noen av disse jobber så mye som 50 prosent stilling i helse- og omsorgstjenesten. De har gjerne jobbet i kommunen lenge og har lang erfaring. En av informantene viste også til et vellykket eksempel hvor to eldre damer hadde bidratt til gjennomføringen av et arrangement i kommunen. De hadde stått for bestilling av mat, ordning til lunsj og servering av kaffe og sørget for at møtene gikk smertefritt.

I to av kommunene opplever de at noen eldre velger å flytte til kommunen etter at blir pensjonister. Det kan enten være at de flytter tilbake til barndomshjemmet som kanskje har vært benyttet som fritidshjem fram til de ble pensjonister, eller at de har eller kjøper annen type fritidshus som de gjør om til helårsbolig. Informantene ga uttrykk for at de synes dette er positivt for kommunen, selv om det kom eksempel på at noen av dem hadde endt opp på sykehjem kort tid etter at de kom flyttende:

Jeg tenker at det er positivt at vi får flere innbyggere, om de er gammel eller ung – det er positivt for samfunnet.

Alle casekommunene har seniortiltak med ekstra ferieuker som skal bidra til at flere eldre står lengre i arbeid. En kommune har en ekstra ferieuke ved fylte 62 år, en har hatt to uker som nå nylig har blitt kuttet ned til en uke, mens den tredje kommunen gir 16 dager ekstra fri fra fylte 62 år. Det kom fram ulike erfaringer rundt effekten av denne typen tiltak. Informanten i kommunen med 16 dager ekstra fri mente at det hadde hatt en effekt og at de hadde sett en nedgang i pensjonsforpliktelsene på grunn av det fikk flere til å stå lengre i arbeid. I kommunen som har gått ned til en uke ekstra fri, uttrykte informantene – ikke uventet - mere tvil om hvilken effekt dette tiltaket hadde. Som en av informantene uttrykte det:

Men jeg har jo sånn sett veldig stor tro på at så lenge folk opplever at de har et meningsfylt arbeid og mestrer det de skal gjøre, så kan de stå ganske lenge i jobb. Jeg tror ikke bestandig at det å ha mere fri gjør at man står lengre i arbeid. Men det at man har arbeid som er tilpasset/tilrettelagt for det man har, tror jeg kanskje er det aller viktigste.

Tilrettelegging for eldre på arbeidsplassen ble forsøkt i de tilfellene det var aktuelt. Det ble imidlertid pekt på at det kan være utfordrende med individuelle tilrettelegginger for ansatte innenfor avdelinger som har lav bemanning. Da er man avhengig av at alle som er på jobb kan yte maksimalt.

#### 5.2.7.2 Fordeler små rurale samfunn

Det kom under intervjuene fram flere eksempler på at det kan være fordeler med å bli eldre i små, rurale kommuner. For det første, så kjenner alle hverandre på et lite sted. Det gjør at alle kjenner godt til hvem som jobber med hva i kommunen og det er lett å ta kontakt å spørre hvis man lurer på noe. Det bidrar også til at de som jobber i kommunen og innen helse- og omsorgstjenesten også kjenner innbyggerne godt og kan lettere tilpasse tjenestene til de som har behov:

[Kommune] er en liten plass hvor vi kjenner alle pasientene og vi kjenner de pårørende. Når vi gjør vedtak, så er det litt lettere fordi man klarer å ta hensyn til mange ting rundt – det blir veldig individuelt selv om vi har noen retningslinjer.

Fordelen med et lite samfunn er at man vet hvordan det sosiale apparatet rundt er – man kan sette inn litt ekstra innsats der det trengs.

For det andre er turnover på ansatte i kommunene ofte lav blant annet fordi det vil være få alternative arbeidsplasser på små steder. Det betyr at de ansatte i helse- og omsorgstjenesten har lang erfaring og kjenner kommunen, tjenestene, systemene og mange av pasientene godt.

En tredje fordel er at kommunene er forholdsvis små organisasjoner med korte beslutningslinjer. Dermed blir det lettere å få til god informasjonsflyt og snu seg raskt rundt og gjennomføre tiltak sammenliknet med en større kommune:

Det er jo det som gjør at det kanskje går lettere. Det er ikke så mye byråkrati. Vi snakker ofte sammen. Lederne i pleie og omsorg sitter rett ved siden av meg.

Tidligere har vi vært inne på ulempen med små fagmiljø og at mange ansatte får brede ansvarsområder i små kommuner. Det har allikevel skjedd en stor endring de siste tiårene. Som en av informantene påpekte, var det kanskje 4-5 personer som jobbet i hjemmesykepleien for 30 år siden i kommunen, mens i dag er det 40-50 personer. Det kan på den andre siden også være noen positive sider ved at ikke organisasjonene og fagmiljøene er så store. De ansatte får da ofte varierte arbeidsoppgaver, som ofte oppleves som positivt:

I kommunene blir du på en måte spesialist på alle områdene. Du blir på en måte en allmennspesialist. Du må fort lære deg og kunne det meste.

Men det er klart at du får ikke den spesialiseringen som du får sentralt i en by, men du blir en generalist på veldig mange områder [...] en del sier at det er de veldig fornøyd med og synes det er veldig fint.

I alle tre casekommunene kom det fram at befolkningen i kommunene er engasjerte. Det er mange aktive lag og foreninger hvor også eldre er med, og det er stor dugnadsånd:

Det er jo helt enormt med ting som skjer med tanke på hvor få folk som bor her – både innenfor kultur og idrett. Folk er med på mange ting og er engasjert.

Så de er veldig engasjert de eldre som er her. Det har vært en veldig sterk dugnadsånd i [kommunen] bestandig. Det har fasinert meg veldig etter jeg har kommet og blitt kjent med det.

Kanskje skiller denne typen frivillig aktivitet og dugnadsånd små rurale kommuner fra de noe større kommuner og byer? Flere av informantene påpekte, som allerede nevnt, at det kanskje eksisterer et stort uutnyttet potensial i småskalafellesskap som kan bidra til mer bærekraftige helse- og omsorgstjenester i små kommuner i fremtiden.



## 6 INNBYGGERES FREMTIDSBILDER 1: HVERDAGSLIV

### 6.1 INNLEDNING

Intervjuer med innbyggere i de tre kommunene, ble vinklet på litt ulike måter. Vi gjennomførte både gruppeintervjuer og individuelle intervjuer, og informantene ble bedt om å tegne et bilde av hvordan de ser for seg fremtiden som eldre, sin egen livssituasjon og sitt eget dagligliv. Intervjuene omfattet også informantenes generelle tanker og forestillinger om fremtiden. Alle som ble intervjuet individuelt, ble bedt om å beskrive tre fremtidsbilder av livet som 70-åring og som 85-åring: Det første bildet indikerer den livssituasjonen de *faktisk* forventer seg (det realistiske bildet). Det andre bildet er den situasjonen de *ideelt sett* kunne ønske seg (ønskebildet), mens det tredje bildet er den situasjonen de tror at de helst *burde* tilstrebe (det moralske bildet). Ved å kontrastere disse fremtidsbildene, og be om informantens refleksjoner knyttet til disse, har vi fått frem beskrivelser av og refleksjoner rundt hvordan og hvorfor de tilpasser seg slik de gjør i dag. Til slutt i kapitlet går vi nærmere inn på informantens beskrivelser av forventninger til aldring og alderdom og hva de forstår med det «å bli gammel».

### 6.2 VALG AV TIDSPUNKT FOR PENSJON

I alt 20 av de 42 personene som deltok i studien, var fortsatt yrkesaktiv. Av disse hadde 16 fulltidsarbeid, mens resten arbeidet i forskjellige stillingsstørrelser. De som hadde reduserte stillingsstørrelser, var enten delvis uføretrygdet eller delvis sykemeldt, og de beskrev ulike scenarier for sitt fremtidige arbeidsliv, som denne informanten:

Jeg sliter med helsa med [navn på lidelse] og er nå 50 prosent sykemeldt. Jeg prøver dette ett år til og så får jeg se. Det blir mye sofa .... Jeg tenker at jeg greier å gå i dette noe lenger – og jeg håper at jeg kan arbeide til jeg er 62 år, for jeg trives på jobb og med kollegaer. Men jeg har innsett at helsa er viktigst, og at det er viktig å ha et godt liv og energi utenom. Ingen vet langt frem i tid.

De som hadde tatt ut pensjon, hadde gjort dette i en alder mellom 62 og 67 år. Kun tre hadde arbeidet til de fylte 67 år, alle hadde høyere utdanning. En av disse tre hadde nylig gått av med pensjon, og informanten forteller at det hadde «vært tenkt for minst 20 år siden at 40 år i yrket er lenge nok». Førtidspensjon, det vil si pensjon tatt ut før fylte 67 år, var altså mest vanlig i dette utvalget. Dette ble begrunnet på forskjellige måter. For noen var førtidspensjon en anledning til å ta hensyn til seg selv og det livet de helst ønsker å leve (se punkt 6.3), eller å slippe: «å gå etter klokka», «flere styringsregler og nye prosedyrer», «svakkelse i rammevilkår og økte krav» eller «å ta søndager i bruk for å få arbeidet gjort». Andre fortalte at de tok ut pensjon så snart de hadde mulighet av helsemessige grunner, og noen av dem var uføretrygdet, helt eller delvis, før de tok ut pensjon. En som valgte avtalefestet pensjon (AFP) som 65-åring, beskriver de siste årene i yrkeslivet som strevsomme og fylt av forpliktelser som det ikke var tid nok til å ta seg av. I disse årene var han også plaget med sykdom. Han omtalte seg selv nå som en «fri mann». Han hadde imidlertid fått forespørsel fra sin tidligere arbeidsgiver om han kunne tenke seg å arbeide selv om han hadde tatt ut pensjon. Han sier at han skal vurdere det, på timelønnsbasis, i en stillingsstørrelse opp mot 20 prosent. Flere andre hadde valgt

førtidspensjon i kombinasjon med noe yrkesaktivitet. Dette ser ut til å gjøre overgangen mellom arbeidslivet og pensjonisttilværelsen mykere, i alle fall delvis. Slike kombinasjoner fremstår ikke som defensivt pregede «retrettløsninger», men snarere som aktive valg. Et gårdbrukerpar hadde, for eksempel, tatt ut pensjon tidlig og overlatt driften til neste generasjon, mens de selv bidrar som mentorer og med noe praktisk arbeid. Andre tok ut pensjon da de fylte 62 år, men fortsatte å arbeide innenfor samme sektor eller på samme arbeidsplass enten som tilkallingsvikar eller i litt fastere forhold. En av disse fortsatte å arbeide i tilnærmet 50 prosent stilling med stor fleksibilitet i arbeidssituasjonen og med lønn som pensjonist. Inntekten er nå høyere enn før pensjonen ble tatt ut, fordi vedkommende tidligere hadde arbeidet i 80 prosent stilling. Vedkommende tar nå ett år av gangen, og legger til:

Det er greit å gå på jobb. Å bare være hjemme har jeg ikke lyst til ennå. Jeg trives på jobb, også sosialt. Jeg fortsetter helt sikkert til jul. Så lenge de har behov, er det greit. ... Pensjon når man er 62 år er en grei ordning.

En av informantene hadde nylig tatt ut 50 prosent pensjon, også det ved 62 år, og etter 40 års arbeid i samme bedrift. For denne personen var deltidspensjon nesten et uunngåelig valg på grunn av egen helsetilstand, men vedkommende fryktet også at en hverdag med full pensjon ville ha blitt kjedelig:

Jeg har vært litt av og på de siste 10 årene fordi [beskriver helseplager], og jeg har prøvd litt i halv stilling. Det er greit å ha litt å fylle dagene med. ... Det er litt skjæring akkurat nå, men jeg ser frem til å få noen år fremover. ... [Navn på samboer] er 64 nå og pensjonist. ... Jeg tar ett år av gangen. Så lenge helsa holder, er det ok. Jeg tror ikke 70 år ville ha vært aktuelt, men jeg ser i alle fall tre år frem i tid og kanskje til 67. ... Jeg ser andre unge pensjonister - jeg tror de har lange dager.

I svar på spørsmål om pensjonsalder, deler de som fortsatt er i arbeid, seg i tre grupper. Det vil si i) de som ønsker å arbeide lengst mulig og i alle fall frem til 67 år, ii) de som er usikker, og iii) de som har bestemt seg for å ta ut pensjon så snart anledningen byr seg. I den siste kategorien var det enten snakk om at de har mye annet enn lønnet arbeid å gå i gang med, at de mente de hadde arbeidet lenge nok, at arbeidet er strevsomt, at ektefelle har pensjonert seg, eller at egen eller andre familiemedlemmers helsesituasjon krevde det. En som begrunnet førtidspensjon med svikt i andre familiemedlemmers helsetilstand, kommenterte dette på følgende måte:

Man vet jo at alt kan skje, man har jo levd ei stund og har mistet venner i relativt ung alder. Man vet ingenting om morgendagen. Jeg har en samboer som er alvorlig syk. Så jeg ser at jeg må gå av så fort jeg kan, dersom vi skal ha noen år sammen. Jeg har syv år igjen før jeg kan tenke på det.

Flere av informantene hadde pedagogisk utdanning, med og uten hovedfag/mastergrad. Tre var fortsatt i arbeid, men ingen av dem hadde tenkt å arbeide frem til de fyller 67 år, heller ikke den ene som var ansatt i en lederstilling. Denne informanten beklaget seg blant annet over arbeidssituasjonen hvor oppgavene øker samtidig som økonomien svekkes. En annen pedagog bemerket at vedkommende allerede, i en alder av 57 år, følte seg for gammel, sosialt, for elevene. Arbeid lenger enn til 65 år var derfor uaktuelt. Den tredje pedagogen ville slutte i stillingen for å unngå «nok en runde med nye læreplaner». Andre som hadde 65 år som absolutt høyest tenkelig pensjonsalder, beskrev at de håpet å kunne få gjøre noe annet mens de fortsatt er frisk, mens en var forhindret fra å pensjonere seg før 65 årsdagen på grunn av arbeidsavklaringspenger.

En håndfull fortalte at de ønsker å arbeide så lenge som mulig. De var i alderen fra 55 til 66 år, og de sikter seg inn på en arbeidskarriere som varer i alle fall til ordinær pensjonsalder, og «gjerne til 70», enten fordi de trives med arbeidet og på arbeidsplassen, eller fordi det er økonomisk nødvendig. En informant midt i sekstiårsalderen hadde bestemt seg for å arbeide frem til vedkommende fyller 70 år og da må pensjonere seg fra en offentlig stilling. Avtalen er allerede inngått med arbeidsgiver, men informanten drev også privat virksomhet innenfor samme yrke, og planla å fortsette med dette i noen år fremover, men i redusert stilling:

Jeg tenker ikke å legge meg til, men jeg får aldri tid til å reise, så jeg gleder meg til jeg blir 70 ... etter det skal jeg trappe ned litt – og arbeide litt i [firmaet]. [Ektefellen] har akkurat blitt pensjonist – ble 67 i forrige uke. Trenden er at folk går av når de er 62. De skal realisere seg selv med reiser. ... Jeg tenker å reise bort litt om vinteren. En lege har sagt at dersom man reiser til Syden om vinteren, kan man forlenge livet med 10 år.

En som var 10 år yngre enn informanten som er sitert i intervjuutdraget over, ga også uttrykk for et ønske om å arbeide så lenge som mulig. Denne informanten beskrev arbeid som en viktig del ikke bare for eget hverdagsliv og identitet, men også for egen helsetilstand:

Jeg har ikke tenkt på noe årstall, og jeg har ikke regnet ut opptjening. ... Jeg er i en aldersgruppe som ikke har tenkt å arbeide til de er 70. Jeg kunne kanskje gå av når jeg er 67, tror jeg. Slik jeg ser det nå, er 62 uaktuelt – da er man fortsatt ung og sprek. Hvorfor ikke arbeide? Arbeid er folkehelse. Mange blir ensom. Jeg er teamarbeider – jeg må ha folk rundt meg, det gir meg energi – jeg kunne ikke ha sittet alene. Jeg har ikke inntrykk av at mange går av ved 62. Jeg tror jobben betyr mer enn man tror. Om man har en kjempetravel hverdag – som i helse og omsorg – kan jeg forstå det, men jeg har det ikke så fryktelig travelt. ... Jeg kunne ha tenkt meg å arbeide litt med gårdsvirksomhet [bor på nedlagt gårdsbruk], noe med urter, men vi måtte ha investert mye – man gjør ikke det som 60-åring. Gård i dag er ikke hobby. Tidligere kunne man ha sauer som hobby, men det går ikke i dag – det er kun romantiske ideer.

En gårdbruker på rundt 60 år, hadde ingen planer om å pensjonere seg. For denne informanten var arbeidet på gården også en livsstil og en hobby som var inntektsbringende: «Jeg har tenkt å arbeide så lenge det står til liv». Andre som hadde som mål å være yrkesaktiv så lenge som mulig, bemerket også at dette er gunstig for egen helsetilstand, og i tillegg for samfunnet. En informant som var 62 år og som arbeidet i 50 prosent stilling innenfor helse- og omsorgssektoren, sa det slik:

Jeg vil ikke gå av som 62-åring. Jeg vil være aktiv og være ute i samfunnet. Jeg vil ikke sette meg ned. Så lenge hodet fungerer og beina holder – jeg er glad om jeg holder til 67, men jeg tror ikke 70 år er noe mål. Jeg er den eldste på [spesifisering av arbeidsplassen]. Vi har en vikar på over 70 år, men de andre går av når de er 62. Det kommer hele tiden unge, nye – det er helt flott det, men det blir ikke det samme sosialt.

I gruppen som ga uttrykk for at de var usikre, eller ikke hadde gjort seg opp en klar mening om hvor lenge de skal arbeide, og om de eventuelt skal benytte seg av muligheten for førtidspensjonering, kom det frem ulike typer refleksjoner. For noen handlet usikkerheten om forhold som gjelder arbeidets karakter eller andre forhold knyttet til arbeidsplassen, blant annet sosiale forhold, som det går frem av intervjuutdraget nedenfor:

Om tre, fire år er jeg pensjonist [nå 61 år] .... Til høsten har jeg arbeidet i 40 år. Det er en tid for alt. Arbeid frem til 70 år er viktig [for samfunnet]. ... Jeg trives, men nye læreplaner for

fjerde gang, det er for mye. Jeg har ikke nok engasjement - jeg er ikke direkte sliten, jeg bare kjenner at jeg har mindre energi og jeg er ikke villig til å bruke like mye tid på arbeidet som før. Så 65 år – da er det nok. Dette kan også ha med psyken å gjøre. Når man vet at det er mulig å gå av, gjør man det kanskje. Det er for mange unge, nye på arbeidsplassen. Det er ikke det samme sosiale livet der som tidligere – arbeid gir ikke lenger samme glede.

Også økonomiske forhold spiller inn for gruppen som ga uttrykk for at de var usikre. Enkelte fortalte at de ikke har råd til å pensjonere seg, selv om de hadde hatt behov for det, blant annet av helsemessige grunner. En som hadde vært 50 prosent sykemeldt over lengre tid, bemerket følgende:

Økonomien er det vi bekymrer oss mest for. Jeg prøver å unngå å tenke på det, men av og til kommer det [tanker om økonomien]. Jeg har hatt økonomiske rådgivere. De sier at jeg kan gå av når jeg er 62 år - som 57-modell - og spart for nedskjæring, men jeg har ikke tenkt på pensjon.

På spørsmål om det ville ha vært aktuelt å arbeide til de fylte 70 år, svarte en informant at vedkommende gjerne kunne ha arbeidet lenger enn til 67 år, men at dette ville være usolidarisk overfor yngre generasjoner som det er viktig for kommunen å rekruttere til stillinger eller beholde i kommunen. Andre informanter bemerket at de har registrert «samfunnsmessige» forventninger om at hver enkelt skal arbeide lengst mulig, men uten at dette påvirker deres eget valg:

Jeg ønsker å arbeide lenge, men ikke på grunn av andres forventninger. Om jeg går av ved 62 år, vil jeg ikke få dårlig samvittighet.

Enkelte uttrykker dessuten bekymring for at samfunnsmessige forventninger om at flest mulig skal arbeide til de fyller 70 år kan være en belastning for arbeidstakere med helseproblemer eller funksjonsnedsettelse:

De som sitter på tinget, har forventninger om at alle skal arbeide lenge. Det går ut over dem som er syke og handicapede – det går ut over dem.

I gruppeintervju i en av kommunene ble det imidlertid fortalt om «eldre» i kommunen som ønsker å arbeide, men som ikke får anledning til det, fordi det ikke finnes arbeid.

### **6.3 LIVSPROSJEKTER OG ANDRE PLANER FOR HVERDAGEN**

I intervjuene ga noen uttrykk for at de har, eller ville ha, behov for hvile, eller for å roe ned litt etter et langt yrkesliv, eller må ta hensyn til egen eller andre familiemedlemmers helse, og de hadde i varierende grad eksakte planer for hvordan de skulle eller ønsket å innrette pensjonisttilværelsen. Andre igjen fortalte om til dels detaljerte prosjekter, som var mer eller mindre realisert allerede. For eksempel etablerte tre informanter eget firma etter at de tok ut pensjon i en alder av henholdsvis 64, 65 og 67 år. En av disse startet med «teknisk tegning», på heltid, en har et firma knyttet til ferie- og fritidsaktiviteter, mens den tredje hadde småoppdrag med veiledning og undervisning. I andre beskrivelser av hverdagen og planer for fremtiden, trer det frem et tydelig ønske om å dyrke fritidsinteresser i sterkere grad og å realisere aktiviteter som de ikke har hatt mulighet til å gjøre tidligere. Det kommer også frem et ønske om å bruke mer tid sammen med familie og med venner.

Informantenes beskrivelser gjenspeiler i noen grad hvilken livsfase de er i, det vil si om de allerede er pensjonister eller befinner seg midt i femtiårene med pensjonsalderen et godt stykke fremfor seg.

Bortsett fra to informanter, hadde alle barn, og de fleste av disse hadde også barnebarn. Selv om både barn og barnebarn, eller noen av dem, bodde utenfor kommunen, og til dels i andre landsdeler eller utenlands, figurerer de tydelig både i hverdagsbeskrivelsene og i fremtidsbildene som skisseres, om enn på ulike måter. Mens familiemedlemmer for noen utgjør hovedtyngden av det sosiale nettverket i hverdagen, organiserer andre mye av fritiden sin rundt besøk av eller til dem som bor andre steder. For enkelte som har barn og barnebarn bosatt andre steder, inngår mulig flytting som del av et fremtidsscenario (se punkt 6.4.2).

Et trekk som går igjen i hverdagsbeskrivelsene eller i fritidsbeskrivelsene for dem som fortsatt var i arbeid, er aktiviteter ute i naturen, turer på ski og til fots, bærplukking, fising, hagearbeid og dyrking av poteter og grønnsaker. I tillegg beskrives aktiviteter som å hugge ved, snekre, brøyte vei og måke snø. Strikking og baking var også populært. Kulturelle aktiviteter ble også trukket frem, både aktive som å spille i korps eller delta i korvirksomhet, og passive som konsumenter av kulturelle aktiviteter, som en sa: «Vi er kanskje mer på kulturhuset i byen enn de som bor der». Andre fortalte om pensjonisttreff på kafé eller på treningssenter, og middager med vennegjenger. Egen fritidsbolig eller hytte ved sjøen eller på fjellet eller begge deler, og arbeid knyttet til disse, var også utbredt, men noen foretrakk å leie i stedet for å eie. I informantenes fremtidsbilder inngår også dagens aktiviteter og engasjement, enten det er snakk om kultur eller fysisk trening:

Aktiviteter vil være litt forskjellig som 70 åring og 85 åring. Kulturelle aktiviteter – bøker, bibliotek og konserter – kommer til å stå mitt hjerte nært som ung og gammel pensjonist. Det er sosialt å gjøre dette sammen med bekjente og nye bekjente.

Jeg er glad i ski og slalåm og turer med hunden, med hund må man ut hver dag – så lenge jeg klarer det. Jeg er ikke opptatt av toppturer. Jeg har årskort på treningssenter. Jeg trener styrke, det er viktig i vår alder. Det vil jeg også gjøre som 70 og 85-åring, ser jeg for meg, kanskje egentlig mer da.

To av dem som hadde passert 70 år, og som beskrev en svært aktiv hverdag, så for seg at aktivitetsnivået ville fortsette fremover. De ga likevel uttrykk for litt ulike forventninger. Mens den ene bemerket at «en passiv tilværelse er uaktuelt som 85-åring», tok den andre en tanke mer forbehold: «jeg har energi, men jeg blir fortere trøtt og det irriterer meg. Det er vanskelig å finne balanse - jeg ønsker å bidra til samfunnet og omgivelsene».

Få, om noen, i utvalget var opptatt av å kjøpe bolig i varmere strøk, eller hadde klare planer om dette, selv om de kjente andre som hadde investert i fritidsresidens utenom landets grenser. Mer reisevirksomhet, både innenlands og utenlands, gikk imidlertid igjen i fremtidsbildene som ble skissert:

Jeg er glad i å reise – glad i varme og varmere strøk. Jeg kunne sikkert ha bodd over lengre tid – langtids ferie i Spania, men ikke å bo der, jeg vil ikke ha noe nytt hus å ta vare på.

Jeg ser for meg mer anledning til reiser når ungene er unna hånden og jeg har trappet ned litt på arbeid. Jeg har nå forpliktelser med forsikringer og avgifter på gården. Jeg kunne gjerne ha hatt hus i Spania, men jeg planlegger ikke det. Det ville ha blitt litt for vidløftig. Om familien kunne ha kjøpt noe i lag – jeg har slengt det ut til ungene, men de er ikke interessert. ... Jeg har spurt ungene: Kan vi ikke reise til Syden i jula – absolutt ikke, svarer de, jul skal være hjemme. En nabo reiser til Thailand i november og kommer tilbake i april. Det er ikke noe for oss. Om vi skulle ha hatt hus noe sted, måtte det ha vært i Hellas eller Portugal eller for den del også Frankrike. Men, men vi får se.

Jeg håper på helse til å være aktiv – til å kunne ta sykkelturer i Europa med venner – det er mange flate partier å sykle på – det er en drøm. Jeg ønsker å reise litt – ikke nødvendigvis til Grand Canaria i to uker, men med tog rundt i Europa – noe å fylle tida med.

Det blir noen turer til Syden. [Ektefelle] ønsker flere, og besøk i [navn på to byer hvor barna bor] og småturer til [nærmeste by]. Dette kommer neppe til å øke i omfang. Nærområdet gir så mye. Jeg skulle gjerne ha vært mange steder i nærområdet – i nasjonalparker og mer. Snøskuter brukes til hytta på [navn på fjell] – som egentlig brukes litt lite, men det må ikke bli stress. [Navn på fjell] er vårt skiområde. Jeg har vært turleder for [navn på turlag].

Selv om realisering av egne planer og prosjekter var dominerende i beskrivelser av nåtid og forestillinger om fremtiden, var det likevel flere som ga uttrykk for et omfattende engasjement i samfunnsliv og i kommunale aktiviteter. Det ene gikk ikke uten videre på bekostning av det andre, men kom ofte i tillegg. Flere informanter var for eksempel politisk aktiv eller hadde vært det. To av dem hadde blitt valgt som representant til kommunestyret etter at de ble pensjonister. Som svar på spørsmål om fritidsaktiviteter, svarte en av de politiske aktive at «politikk er min hobby».

Alt i alt ga informantene inntrykk av at de har et omfattende sosialt nettverk og at de har det sosiale livet de ønsker seg. I intervjubeskrivelsene finnes det likevel unntak. Noen fortalte at de ønsket seg mer sosial kontakt og et større sosialt nettverk, mens andre hadde valgt å snevre inn sitt sosiale liv. En informant som hadde flyttet tilbake til et mindre sted i kommunen etter flere år borte, beskrev hvordan blant annet endringer i befolkningssammensetning på stedet virket inn på familiens sosiale liv på en uheldig måte:

Vi er ikke så veldig sosial. Vi går på besøk av og til og får selv besøk. ... Det kan ta seg opp her – bosettingen forandrer seg hele tiden. Det er mye byfolk her som har feriehus, det finnes også noen hytter – vi er egentlig invadert av [spesifisert byfolk]. Det er fint at det er folk her, og vi kan gå på besøk til dem om vi vil. ... Nettverket kunne ha vært større. Det kan godt hende at det nettverket vi har, avhenger av om vi blir flink til å besøke andre. Jeg har ikke tenkt så mye på det, annet enn at det kunne ha vært flere [i det sosiale nettverket]. Vi bodde borte i mange år. Vi fant ikke helt tilbake da vi flyttet hit igjen. Jeg har flere kjente andre steder enn i [navn på kommunen]. Vi kan snakke på Facebook og på telefon – om ikke med stemme så har vi det skrevne ord.

Blant dem som indikerte at de hadde trukket seg litt tilbake sosialt, var det snakk om varierende grader fra å konsentrere seg stort sett om nærmeste familie til å bidra mindre aktivt i frivillig arbeid, og i lokale lag og foreninger, som det går frem av følgende intervjuutdrag:

Jeg har vært aktiv på kulturfronten – jeg har vært med i [beskrivelse av aktivitet] i 45 år, men nå har jeg tenkt å bestemme over min egen tid. Nå skal jeg bare [navn på aktivitet]. Vi er ikke flere her enn at alle trengs, men jeg har gjort mitt. Jeg har ikke dårlig samvittighet, men her er så få. Vi har samarbeid med [navn på tettsted i nabokommune], men det er lite folk der og. Jeg spekulerer ikke på det. Jeg ser frem til å prioritere andre ting. ... Det var trivelig med [navn på aktivitet], men det ble litt for mye. Jeg møtte ikke akkurat veggen, men jeg var på god tur. Noe ville jeg ikke ha gjort om igjen. Man må leve i nuet.

Jeg har ikke så mye utenom familie og hjemmeaktiviteter - ... jeg har nok med det og nok med jobben. Jeg er ikke så kjempesosial. Mannen min er heller ikke så opptatt av det sosiale, utenom familien. Vi tar ofte byturer, og vi er i [navn på region hvor mannen er fra], og ellers

mye utenlands. I ungdommen var jeg med på mye, med i idrettslag og i foreningsliv og alle slags aktiviteter da ungene var små, men jeg eller vi ble mett.

Jeg er med i mannskor, og har vært i idrettslag, har vært formann, og så har jeg vært i kommunestyret i et par perioder, og i grendeutvalg - ... og så har jeg vært i menighetsråd. Nå har jeg begynt å si nei.

## 6.4 BOLIGSITUASJON OG BOOMRÅDE

### 6.4.1 DAGENS BOLIG OG BOSITUASJON

Informantenes boligsituasjon varierte noe, men de fleste hadde enebolig sammen med ektefelle eller samboer. En delte bolig med et barn, mens åtte bodde alene, fire av disse var enker/enkemenn og to var skilt. De fleste boligene var lokalisert på et tettsted i kommunen eller i kommunesenteret. Seks bodde imidlertid i små bygder, inkludert en bygd hvor avstanden med bil er rundt 20 minutter til nærmeste tettsted og 40 minutter til kommunesenteret, og en bygd hvor det kun er fergeforbindelse til kommunesenteret selv om bygden er lokalisert på fastlandet. I tillegg bodde seks på en øy med rundt 200 innbyggere, mens to hadde bolig på mindre øyer, hvorav ett øysamfunn hadde mange fritidsboliger, men kun 10 faste innbyggere i fem husstander. De fleste som deltok i studien, hadde røtter i kommunen hvor de bodde, og hadde ektefelle eller samboer fra samme kommune eller samme sted, og de hadde slått seg ned i nærheten av der de hadde vokst opp. Flere hadde flyttet tilbake til kommunen etter noen år med studier eller arbeid andre steder, mens 12 var innflyttere, hvorav rundt halvparten i utgangspunktet var uten familiær tilknytning til stedet eller kommunen.

Et sentralt spørsmål i intervjuene handlet om hvor informantene ser for seg at de bor når de blir eldre, det vil si fra 70 år og oppover (for dem i alderen fra 55 til rundt 65 år), og fra 85 år og oppover. Så godt som alle fortalte at i den grad dette var noe de hadde tenkt over, hadde de planer eller ønske om å bo ikke bare på samme sted, men også i nåværende bolig:

Jeg kan være på [navn på kommunesenter] - jeg har ikke tenkt til å flytte til [navn på by]. Vi har leilighet der [i byen], men vi har ikke tenkt å flytte dit. ... Vi beholder leiligheten med tanke på sparing i fast eiendom. Vi har mål om å være litt friere, men vi blir boende i [kommunenavn]. Jeg er født og oppvokst her. Etter studietiden var det ikke noe annet sted vi ville være.

Å bo et annet sted? Nei, jeg vet ikke. Vi kunne ha flyttet til [navn på sted for feriehus], men ikke som helårsbolig. [Navn på kommune for feriehus] har flere folk enn [navn på egen kommune]. Det er mye hyttefolk, fra byen. Jeg like plassen og sjøen. ... Om ikke [navn på kommunen] går helt att og ned, har jeg ikke noe imot å bo her. Men det må være levelig, og det kan det være om det ikke skjer noe drastisk. ... Man blir ikke yngre. Jeg har ikke interesse av å gå ut i helger og slikt som før, men tiden får vise. [Navn på by] er lite aktuelt. En dag i byen er nok. De som bor der, reiser bort i helgene. Hovedsaken er at man har helsa, at man ikke blir sittende inne.

Vi trives veldig godt her, og vil bli boende. Mannen min er fra [navn på kommune] og savner havet. Vi er flink til å reise rundt omkring [navn på land] ... Vi blir litt mett av det, og synes det er godt å ha [navn på kommunen] som base. ... Vi tenker ikke på noe annet sted.

Som svar på våre spørsmål om fremtidsperspektiver i egen bolig, la så godt som alle til at forutsetningen for at de kan bo der de bor, og slik de bor nå, er «at helsen holder». Likevel hadde ikke alle reflektert like eksplisitt over boligens egnethet for alderdommen. Flere beskrev imidlertid en bolig som, nærmest tilfeldigvis, vil være velegnet ved fremtidig helsesvekkelse, eller som ville være forholdsvis enkel å tilrettelegge for endrete behov. Andre fortalte derimot om en bolig som ville være uegnet ved behov for å bruke hjelpemidler for å komme seg inn og ut, eller for å få inn en bære om det skulle bli behov for det, som det går frem av følgende utsagn:

Huset har tre etasjer. Det ble bygd i 1962. Mor og far bodde der til de var 80, men om vi skulle bli dårlig til beins eller syk, er det ikke mulig å komme opp med bære i tredje etasje. Tanken om å endre har streift oss, men vi er fortsatt spreke. ... Om vi er frisk og rask går det bra å bo her når vi blir 85, men vi burde ha hatt alt på ett plan.

De fleste vil være hjemme så lenge som de kan. Det legges opp til det. Men mange har hus som er uegnet og måtte ha blitt bygd helt om. Helse har alt å si. Om vi måtte ha rullestol, kunne det ha gått med ombygging. Det er litt smalt, og det er trapp ute, men det ville ha vært mulig med rullestolrampe og å fjerne dørstokker. Men jeg tenker ikke på noe ombygging nå.

Ja, jeg tenker på alder. Jeg har fundert på hvor jeg vil tilbringe alderdommen. Jeg vet at det bygges leiligheter på toppen av nytt sykehjem, det bygges også omsorgsboliger her [navn på tettsted]. ... Jeg håper at jeg er frisk og kan stelle meg selv, men jeg er litt realistisk. Å sette meg i stor gjeld i dag med å få et lettstelt hus her [på gården], ville ha blitt dyrt. [Omtale av nåværende bolig] er ikke spesielt egnet til eldre. ... Jeg tenker mye på om jeg skulle bli syk og må hentes på bære, det ville ha blitt vanskelig.

Alderdom tar vi som det kommer – og vi løser problemer når de kommer. Boligen som vi har bygd, er ikke egnet – en bære må ut av vinduet. Vi har tenkt på at det burde ha vært gjort noe. Men det er ikke noe problem – man kommer seg ut.

Informanter fra et større industritettsted fortalte at de bor i «arbeiderboliger» som ble bygget i 1960-årene, som er populære, og som de gjerne vil fortsette å bo i selv om de er uegnet for eldre med helsesvekkelse og umulig å bygge om for et slikt formål. Bekymring knyttet til boligens beliggenhet, og avhengighet av transport til og fra, og brøyting vinterstid, var alt i alt kanskje større enn bekymringen for manglende livsløpsstandard på boligen, som det går frem av punkt 6.4.3.

## 6.4.2 FLYTTING OG FLYTTEPLANER

Selv om de aller fleste informantene ønsket å bo i kommunen, var det likevel ikke alle som hadde planer om å bo på samme sted og i samme hus på sine eldre dager. En informant fortalte at de hadde solgt eneboligen og kjøpt leilighet sentralt i kommunen på grunn av alvorlig sykdom i familien:

Det ble for stort ansvar for en person med vedlikehold av vei og tun, og andre oppgaver som følger med stor eiendom. – Vi ønsket å ha noe enklere, og å kunne bruke penger på opplevelser og reiser – ikke bare på å drifte et hus – men på kulturelle tilbud.

Tungt vedlikeholdsarbeid på en stor enebolig med stor tomt var også begrunnelse for en annen informant som hadde bestemt seg for å flytte. Informanten, som er i midt i sekstiårsalderen og i fulltidsarbeid, hadde kjøpt leilighet sammen med ektefellen i et nytt leilighetskompleks, sentralt i kommunesenteret, og i nærheten av der de nå bor. Familien planlegger å flytte så snart bygget ferdigstilles og når ett av barna overtar eneboligen:



Det blir tyngre og tyngre for hvert år å holde eiendommen vedlike. ... Vi må ha noe lettstelt. ... Vi har stor hytte og småbruk.

To av informantene eide leilighet i nærmeste by til bruk i forbindelse med arbeid og studier, mens en, som bor avsides i en bygd langt fra tjenester og servicetilbud, hadde skaffet seg leilighet med livsløpsstandard i kommunesenteret. Denne sekundærboligen brukes som «hybel» når arbeid, vær og kjøreforhold eller annet gjør det nødvendig å oppholde seg i kommunesenteret over tid. Leiligheten er også tenkt som fremtidig permanent bopel dersom helse og kommunikasjonsforhold skulle gjøre det for vanskelig å bo ute i distriktet.

To informanter fortalte at de ikke var fremmed for å flytte, også ut av kommunen, om helsen skulle svikte, eller om noe annet skulle oppstå, men uten at de hadde konkrete planer om dette. Den ene informanten bemerket at «det kommer vel den dagen vi må ...». For denne informanten var det mer sannsynlig å flytte til nærmeste by, hvor to av barna bor, enn til kommunesenteret i egen kommune. Denne informanten bemerket imidlertid at barna ville ha blitt svært lei seg om foreldrene solgte barndomshjemmet som de besøker flere ganger i året med egne barn både fra inn- og utland. Familien har ikke økonomi til å kjøpe leilighet og samtidig beholde eneboligen. Informanten tvilte dessuten på at de ville få en pris for eneboligen som ville ha vært høy nok til å kjøpe leilighet i nærmeste by. Ytterligere to hadde vurdert å flytte for å være nærmere barn og barnebarn. Den ene av disse hadde barn i tre forskjellige byer i landet, og utdypet dette på følgende måte:

Når jeg er 70, da tror jeg at jeg bor i [navn på bostedskommunene]. .... jeg tenker mye på hvor barna bor, både jeg og [ektefelle]. Vi må være enige vi to – [ektefelle] er så glad i snø. Vi avgjør dette når vi vet hva som skjer med datteren vår som har to barn i [navn på by]. .... Om jeg har god helse når jeg er 70, bor jeg mest sannsynlig her i huset.

To andre informanter var inntil videre i «tenkeboksen». Den ene, som er 61 år og i fulltidsarbeid, hadde bodd alene etter at ektefellen døde for ett år siden, og vurderte å flytte etter pensjonsalder for å unngå ensomhet. Denne informanten var innflytter til kommunen sammen med ektefellen, og hadde ingen familie i nærheten. Barn og barnebarn bodde på tre forskjellige steder i landet. Informanten ønsket egentlig å bli boende i kommunen, men beskrev at det sosiale livet i hovedsak var knyttet til arbeidsplassen, og vedkommende antok at det i en pensjonisttilværelse ville det bli vanskelig å opprettholde dette sosiale nettverket. Et annet aspekt var knyttet til barnas ønske om å ha noen å besøke på stedet hvor de vokste opp:

Ungene har erfart at barndomshjemmet ble solgt, men vi har hytte og vi håper vi kan ha den så lenge de er interessert i å komme – og det gjør de hver sommer og kanskje en gang til i året. Ungene har ønsket at deres egne unger skulle oppleve stedet hvor de selv vokste opp. Vi har leid hytte i sykkelavstand fra min leilighet. Svigersønner trives også, men om de vil komme hit uavhengig av meg, er usikkert. Det er to grunner til å reise nordover – [meg], gå i fjellet og være på havet.

Den andre informanten bodde sammen med ektefellen, mens barna hadde flyttet til tre forskjellige steder. På et spørsmål om hvordan en ønsketilværelse ser ut, kom følgende svar:

Det å kunne bo i [bostedskommune] med mine rundt meg, og at helsa er bra. Jeg trives veldig godt her og kunne ikke tenkt meg å flytte herfra. Men familie betyr mye og et godt forhold til alle barn og barnebarn. [Navn på bostedskommune] kan være så bra som bare det, men relasjonen til familien er viktigst. Jeg hadde ikke tenkt tanken på å flytte, om jeg hadde i alle

fall en her. Jeg tror ikke at noen kommer tilbake. De skal i alle fall ikke komme tilbake på grunn av meg eller oss, som jeg gjorde med mine – de skal ikke komme hit på grunn av meg. Jeg skal heller ikke flytte etter dem, men jeg kan være i nærheten av dem og hjelpe til.

### 6.4.3 LENGRE FREM

Når vi ber informantene om å beskrive det bildet de ser for seg litt lengre frem i tid, som 85-åring eller eldre, er det i stor grad forhold de enten ønsker eller frykter som trer frem. Refleksjoner om bolig, handler blant annet om at de «tar det som det kommer», men informantene gir også uttrykk for at de ser realistisk på sitt fremtidige liv, det vil si at fysisk helse og mobilitet kan svekkes på en slik måte at det blir utfordrende å bo der de nå bor:

Bolig ved 85-årsalder? Oldemor ble hundre og far godt over åtti, men så langt frem ser jeg ikke, selv om tiden går fort. Jeg håper at jeg lever da. Om [navn på kommunen] består, ser jeg for meg at jeg bor her, selv med sammenslåing med andre kommuner. Kommunikasjonen blir forhåpentligvis ikke verre. Jeg ser ikke for meg at ungene kommer til å flytte herfra. ....

En informant forteller at vedkommende har en god bolig å bli gammel i, fordi alle nødvendige rom er på ett plan. Boligen ligger imidlertid et stykke vekk fra sentrum, og et usikkerhetsmoment er om brøyting vinterstid vil være like bra i fremtiden. Dette vil ha betydning for hvor lenge det vil være mulig å bli boende der. Muligheten for å kjøre bil er også viktig i denne vurderingen. Informanten forteller om vennerelasjoner i nabolaget som det vil være viktig å vedlikeholde i alderdommen: «Vi skal selvfølgelig ta rullatoren og trille til hverandre, hvis vi har lyst til å ta oss et glass vin». Ingen av informantene som hadde fylt 70 år, så for seg at de kom til å bo et annet sted eller i annen bolig når de passerer 85 år, med mindre helsen svikter fullstendig. Som pekt på over, er det likevel få av dem som planlegger å innrette egen bolig med tanke på løsninger som er egnet om de skulle bli hjelpetrengende:

Vi har ikke planer om å endre boligen – vi kan samle alt i første etasje. Om det skulle bli behov, er det mulig å få laget en rullestolrampe. Vi har ikke planer om å flytte i leilighet – vi har ikke ønske om å flytte. Vi kjører bil, men det er ikke så langt til jernbane og butikk. Det er god veiforbindelse, men ikke så godt trafiksikret. Busstransport til [navn på kommunesenter] er 50 meter bort. Det blir litt mer problematisk med dårlig benfunksjon. Det mangler drosjeløve her. Vi må få drosje fra [navn på kommunesenter]. Vi kan få støtte til helsesenteret – tror jeg – i alle fall et visst antall ganger. ... Det er ikke butikker her som leverer mat. Kommunen kjører ut mat til eldre som har behov og om de har hjemmetjeneste. ... Om vi skulle få stort hjelpebehov, kunne omsorgsbolig ha vært aktuelt. ... Om man skulle bli sittende alene, må man tenke på sosiale aspekter og godt aktivitetstilbud.

En annen blant de eldste informantene, hadde innredet huset med alt på ett plan og med åpen løsning da barna flyttet ut. Da ektefellen ble alvorlig syk for noen år siden, var boligen derfor godt egnet og lagt til rette for bruk av rullestol. Mangel på kommunikasjonsmuligheter skaper likevel begrensninger, ikke minst vinterstid med brøyting og snømåking, og dette bekymrer både dem som bor relativt nært til et tettsted, som pekt på over, og dem som bor avsides geografisk sett, som det går frem av de følgende intervjuutdragene:

Når jeg er 85? Med øyne i behold bor jeg i [navn på sted], og så lenge jeg kan kjøre bil. Ikke noe kollektivt her. Det bor noen og tretti i bygda – de fleste er godt over 50. To barn går på skole,

og vi kan være med skolebilen om morgenen, og kan komme hjem med den om ettermiddagen, men det blir tungvint. ... Vi må vente hele dagen på [navn på sted] for å komme hjem. ... Det er ingen matbutikker som bringer mat. ... Vi er med på ganske mye - om jeg ikke kan kjøre, blir vi sittende å glo på TV – Nei. ... Vi kan flytte til [navn på by]. Ungene bor der. Om vi selger eiendommen med jordbruksarealet, får vi litt penger, men ikke nok til en leilighet. Det neste må nok bli sykeheimen ....

Hvor jeg bor når jeg er 85? Hjemme - håper jeg. ... Utfordringen for eldre i grenda er hvordan de kan møte vinteren, den mørke årstiden. Spørsmålet er om man kan hoppe opp i en traktor når man er 85. Nå kan vi leie hjelp til å holde brøytingen til 10 boliger langs veien. Nærmeste nabo er 93. Han er nettopp flyttet til omsorgsbolig. Nå har vi omsorg for hverandre. Vi bærer ved og sørger for at hjemmetjenesten kan komme til – de [hjemmetjenesten] er opptatt av at folk skal kunne bo lengst mulig hjemme – det er en målsetting i [navn på kommunen]. Det er spesielt utfordrende om vinteren. Hjemmebasert omsorg må kunne komme hver dag – de må kunne komme frem, og på et hvert sted – med spredt bosetting og private veier hvor man må brøyte selv – i by må man brøyte inn til døra. Vinterhalvåret er utfordrende. Hjemmebasert omsorg må ha infrastruktur. En dame på 93 har fått hjelp av nabolaget – vi har stilt opp – frivillig arbeid og omsorg. Det er koselig å se at folk trives. ... Vi har fått litt mer omsorgsboliger, men her har en person på 84 medvirket til at 93-åringen kan bo hjemme lengst mulig.

Her er 2,5 km med bakker .... Her er det ikke enkelt å komme seg. Då må man ha bil. Buss finnes ikke, og drosje blir for dyrt. Jeg håper jeg er så sprek at jeg bor her jeg bor i dag.

## **6.5 DRØMMER FOR «ALDERDOMMEN»**

### **6.5.1 «DET GODE LIV» ER I KOMMUNEN**

Flere av informantene hadde bodd over kortere eller lengre tid i en av landets byer, blant andre byer som Oslo, Trondheim, Tromsø og Bodø, og fire av dem var født og oppvokst i en større by. Disse informantene hadde fått nok av det permanente bylivet, som en som hadde bodd i nærmeste by, bemerket:

Det er befriende å komme til [navn på bostedskommune] og få frisk luft. Jeg blir sprø i hodet av å være i [navn på by] og [navn på kjøpesenter]. Det er en lettelse å passere [navn på bydel i nærmeste by].

Som pekt på i punktene over, ser både kommunen og egen bygd ut til å være det foretrukne bostedet for de fleste deltakerne i studien. Intervjubeskrivelsene tyder også på at det er en tett kobling mellom slik informantene har det i dag, og det drømmebildet de skildrer både for nåtiden og fremtiden. Enkelte bemerker også at det viktigste er «gode hverdager», «langsom tid», «å ha noe å fylle tiden med», «å være noe for andre», «å opprettholde funksjonsnivået», eller «å tenke optimistisk og ha godt humør». Om de har familien rundt seg og økonomien ikke er alt for svak, var det få som kunne tenke seg et annet liv enn det de har nå, noe som blant andre disse tre informantene gir uttrykk for:

Om jeg hadde vunnet to millioner i Lotto, hadde de pengene blitt brukt på [navn på sted for feriehus i nærheten av der de bor], og kanskje en Syden-tur. ... jeg ville ha bodd her. Jeg trives, og det er en grunn til å være her. Jeg har bodd i Oslo i [årstall]. Det var nok. Feriehuset på [navn på sted] er drømmen. [Navn på kone] er glad i Syden og varme. Kanskje vi kunne ha vært der

en måned på vinteren, men det er ikke noe ønske. Jeg har ikke noe imot snø. Jeg er ute og freser litt. Det er bra å kunne være frisk og bære inn ved.

Familien bor i [navn på kommunen], og jeg har mange kjenninger her. Jeg ville ikke ha flyttet noe annet sted. Jeg synes det er greit å ha to timer fra byen. Mange bor på Grand Canaria halve året. Jeg ønsker ikke det. Jeg liker vinter, og å gå på ski. Vi har godt av litt vinter og litt sommer og litt forskjellig vær. .... Jeg er fornøyd slik det er. Jeg savner ikke noe. Men om jeg hadde ubegrenset med penger, hadde jeg kanskje reist litt mer. Jeg liker storbyture og shopping. ... Det er godt å bo i [navn på kommunen] og så kunne dra til [navn på feriested i nærheten]. Vi kunne kanskje ha hatt litt mer penger til oppussing. - Vi har kjøpt feriehus i [navn på sted] i stedet for å kjøpe i Spania. Nå får vi mer tid til å være der. Vi har båt og kan fiske på havet. ... Det er et stort, gammelt hus – og en del ting som må gjøres, men det er sjel i gamle hus.

Det ideelle? Ikke noe annet enn det som gjøres i dag – om helsa holder [har vært alvorlig syk] – og jeg er glad for å være der jeg er. ... Reise til Bali og Hawaii, jeg vet ikke om vi blir lykkeligere av det. Jeg har arbeidet i 40 år – nå skal vi nyte vårt otium. ... Barnebarn er krydder i tilværelsen ... lykken er å få leve og se barnebarn vokse opp og klare seg. ... Min søster og min bror har hus i Syden. Jeg har nok, jeg må heller kvitte meg med noe, overlate [firmaet] til den yngre garde og bli friere. ... Jeg eier kontor og kontorbygg og flere hus – om jeg kvitter meg med alt, blir det kanskje kjedelig, men jeg må reise bort for ikke å gjøre noe hele tiden.

Drømmene, som kom til uttrykk, var gjerne inversjonen av de forholdene som beskrives som begrensninger; svekket økonomi, svekket fysisk mobilitet, og for svakt syn til å kunne kjøre bil, for dem som bodde usentralt, som pekt på over. Familiemedlemmers helse var imidlertid også et sentralt aspekt i vurderinger av drømmetilværelsen, som en av informantene bemerket som svar på spørsmål om hvordan en ideell tilværelse ville ha artet seg:

Da hadde alt vært i orden med ungene [to har hatt problemer], og at de har fått det de ønsker. Og så hadde vi hatt en lettetstelt bolig i området hvor de [barna] bor. Og at vi kunne ha reist til varmere strøk om vinteren. Men om sommeren vil jeg sitte her og se på midnattsolen, spise fersk fisk, dyrke potet, være på hytta mer enn en gang i året. ... Jeg får ikke [ektefellen] med på Sydentur – jeg tror [ektefellen] er redd for helsa. Jeg har vært med andre en sjelden gang. Vi snakker om det, men det koker bort. [Ektefellen] sier: det er så mange fine plasser i Norge hvor vi ikke har vært.

Intervjubeskrivelsene tyder på at økonomiske forhold, for de fleste, ikke var «til bekymring», og heller ikke viktig for trivsel i hverdagslivet, med formuleringer som: «vi har investert litt», «vi er to som arbeider og vi har spart litt», «vi lider ingen nød», «økonomien er ikke til hinder for noe, jeg har akkurat kjøpt ny bil», «vi lever på den grønne gren», «det er ingen grunn til å klage, og «det er ikke noe som ville ha vært aktuelt å kjøpe, som ikke kan kjøpes». De fleste hadde også to inntekter eller to pensjoner i husholdningen, og all gjeld var betalt. Et par av informantene ga også uttrykk for at økonomien i dag var, og sannsynligvis også i fremtiden, vil komme til å bli litt bedre enn for folk flest. Det var likevel et mindretall på fire, fem som ga uttrykk for å ha det litt trangt økonomisk, som en sa: «man blir ikke feit av uføretrygd». Dette påvirker hvor lenge enkelte planlegger å arbeide før de pensjonerer seg, som pekt på over, mens andre fortalte at økonomi var en begrensende faktor med tanke på muligheten til å gjøre det de har lyst til i alderdommen, det være seg i spørsmål om bolig og reisevirksomhet som i tilfellet med en informant hvor begge ektefellene ble uføretrygdet fra 50-års alder på grunn av skade

og alvorlig sykdom. På spørsmål om det ideelle livet og hva som eventuelt kunne hindre den livsstilen de ønsker, var det samlet sett få aspekter som ble trukket frem:

Jeg skal nok komme til å klare meg – jeg blir ikke minstepensjonist. Inntekten går ned, men jeg er gjeldfri og har eiendommer. Men det er jo avhengig av hvor man blir boende i fremtiden. Leiligheten [i kommunen] vil være lett å selge. Befolkningen i [navn på kommunen] går ned – det er mye usikkerhet knyttet til industri, men prisklassen gjør at leiligheten er attraktiv.

Kanskje jeg ville ha bodd i [navn på land]. Jeg er veldig glad i [navn på land]. Det er en liten fiskerlandsby. Vi har vært der hvert år i 15 år. Vi har snakket om langtidsleie når vi kommer så langt. Men jeg er allergisk [allergener i miljøet der], og holder litt igjen av den grunn. Det er godt og varmt og det er bra for [navn på lidelse]. I dag har vi ikke nok penger til å kjøpe, men vi kan drømme. Det er litt viktig at barn og barnebarn kunne ha kommet dit. Vi håper at helsen holder. Mannen min har problemer med lange reiser, så det holder med to, tre timer fra Oslo.

Økonomi og helse er en hindring. [Ektefelle] er redd for å bli syk om vi skulle reise noe sted. [Ektefellen] har ikke sagt det direkte, men jeg forstår det ...

Flere nevner manglende mulighet til å kjøre bil som en begrensende faktor: «Jeg må flytte om jeg ikke har sertifikat – det går kun skolebuss her». En informant som fortalte om langvarige helseproblemer presiserte imidlertid at livskvaliteten ikke uten videre svekkes selv om vedkommende erfarer visse fysiske begrensninger: «Med uføretrygd springer man ikke på alle fjelltopper, men man har et verdifullt liv likevel».

### **6.5.2 «VI HAR ANTAKELIG BLITT HEIMFØDINGER»**

Det positive knyttet til bostedet, handler blant annet om å kunne leve det livet de lenge har gjort, og å holde på med kjente og kjære aktiviteter:

Jeg må vinne i Lotto for å kjøpe leilighet. Så lenge synet holder, er ikke det aktuelt. ... Det er kun syn som vil kunne hindre – det er ikke noe å flytte nedover for. Vi har det bra – vi kjører snøskuter over grensen på isfiske. Vi har råd til å kjøpe et stort telt. Vi har vært i Tyrkia – det frister ikke. Jeg gjør det ikke igjen. [Ektefelle] tåler ikke sol. Ungene vil ha oss med til Hellas eller Grand Canaria. Vi har antakelig blitt heimfødinger. ... Om vi flytter i leilighet – det er ikke bra å ikke ha hus og hage å holde på med, men [ektefelle] ber meg roe ned litt av og til.

Andre legger vekt på det sosiale både innenfor og utenfor familien. En forteller at barna og deres familier har flyttet tilbake til kommunen etter endt utdanning. De har kjøpt hus og har etablert seg. De har også mange slektninger på stedet, og denne informanten bemerker at «hele storfamilien er hjemmekjær». Et annet forhold som trer frem som særlig positivt, og som kan være en medvirkende faktor til at de som deltok i studien, ønsker å bli boende der de bor, er måten kommunens innbyggere tar vare på hverandre. Dette aspektet ble i særlig grad løftet frem i en av kommunene, selv om det også der bemerkes at enkelte, og kanskje eldre enkemenn kan bli sosialt isolert:

Det er bra her i [navn på kommunen]. Folk tar vare på hverandre – min mor [som er eldre og hjelpetrengende] får mye besøk. Folk tar med seg noe til kaffen. Dette er folk som har omgåddes i alle år. ... Jeg er ikke bekymret for det sosiale når jeg blir gammel. Det er masse lag og foreninger her. [Navn på frivillig organisasjon] kommer hver 14. dag og henter min mor til kaffe og sosialt treff. Det er veldig aktivt frivillig arbeid her. Pensjonister er veldig aktiv, de er utrolig flink til å bruke tid på gode ting.

Eldre her i området har det bra. Det er vanlig å samles hver lørdag på kafé på [navn på tettsted] og det er aktivitetssamling på [navn på sted]. Pensjonistforeninger samles – 67-70-åringene blir ikke tilknyttet – først etter 80 år begynner man å føle fellesskap. De som samles, har arbeidet sammen og kjenner hverandre. Lærere som har blitt pensjonister, møtes hver 14. dag – 16 stykker. ... Nye pensjonister samles på [navn på kafé], særlig på tirsdager er det sosialt treff. Sosiale kontaktnett er utrolig viktig. Det sosiale er en kvalitet ved bygda – det er ikke mange som sitter alene. De som er for skrøpelig, har nære venner som besøker dem. De har hatt et langt og aktivt liv. Det blir langsomt og lange dager om man blir sittende alene, men trivselen er høy og ønsket om å være hjemme lengst mulig, er stort. Familien bor ofte borte, men omgivelsene tar over.

Det meste av det sosiale foregår utenfor [bygden]. Et par enkemenn her er enslige, men de var lite sosiale før også. Men en er godt over 80 og er med på mye og en annen har kjøpt leilighet på [navn på kommunesenteret] og bor der om vinteren.

En informant i en av de andre kommunene bemerker at det kanskje ikke er så lett å bli inkludert i eksisterende nettverk og at innflyttere derfor lett kan føle seg utenfor:

Jeg har nok nettverk ... jeg er en sosial fyr og blir fort lei av å være alene. Jeg har barndomsvenner. Vi er kanskje litt lukket – det er ikke så lett å komme inn i klikker. Det er kanskje litt vanskeligere for innflyttere å komme inn, men det er kanskje litt forskjell mellom tettstedene her.

### **6.5.3 ØNSKE OM EN DØR Å BANKE PÅ**

De fleste ga altså uttrykk for at de verken tenkte på alderdom eller boligsituasjon eller hadde noen spesifikke planer i retning av å innrette hverdagslivet med tanke på fremtidig svekkelse og mulig hjelpebehov. De begrunnet dette med at de ønsker å bo der de bor og «ingen vet hva som skjer». Ifølge intervjubeskrivelsene har også de fleste informantene familie og venner i nærheten og et aktivt sosialt liv. Likevel var det et knippe informanter som ga uttrykk for at de frykter ensomhet i alderdommen selv om de hadde barn, barnebarn og annen familie i nærheten. Denne tematikken kom hovedsakelig opp i de individuelle intervjuene. Disse informantene etterlyste blant annet bedre tilrettelegging av kollektive boløsninger i kommunen:

Når jeg blir så gammel at jeg trenger hjelp, vil jeg heller sitte sammen med folk enn at hjemmesykepleien skal komme innom to ganger i døgnet. Det ville ha blitt traurig å sitte alene. Jeg vil heller ha en dør å banke på. Jeg vil ikke være hjemme for enhver pris. Eldre blir lett ensom uansett hvor mange unger du har. Det skjer til slutt, det føles ensomt for den som er alene. Om [ektefelle] er i livet, det kommer helt an på helsa, og om vi klarer oss gjennom vinteren med turer og vedfyring, kan vi bo hjemme. Klarer vi ikke det, må vi være realistisk. Ungene er ikke tjent med at vi setter oss på bakbeina.

Om vi er to, er det greit å bo hjemme med hjemmesykepleie, om det ikke blir for tungvint. Men om en er alene, er det mer sosialt i omsorgsleiligheter. Jeg synes folk blir sittende langt fra hverandre, om de ikke har mange til å komme på besøk. Mange har problemer med å forlate hjemmet, men noen har bare hjemmetjenesten som kommer innom. Da de nye omsorgsboligene kom, var det veldig populært. Det har vært diskutert mer mulighet for å ha

det sosiale fellesskapet. Folk ønsker å flytte dit mens de er oppegående. Om jeg blir alene og har hjelpebehov, ønsker jeg å flytte i omsorgsbolig.

Det ideelle? Som gammel, 80 pluss, har jeg en lettstelt liten leilighet i bofellesskap med felles rom til gjester, og med tjenester fra mat til velvære og kulturtilbud med konserter, film, kino, og fysisk trening for eldre, fysioterapi, og organiserte utflukter. Hverdagen må være god – trygt og godt, men jeg må også få påfyll – og komme ut av det lune rede også som 85-åring. Beliggenhet? Jeg vet ikke hvor – for usikkert akkurat nå. Det mest realistiske er kanskje å bo her som har vært bostedet fra [årstall].

Frykt for ensomhet i alderdommen uttrykkes også på følgende måter:

Jeg er redd for ensomhet – for å bli en gammel ensom til tross for at jeg er en sosial person som har lett for å bygge nettverk. ... Jeg er usikker på det å bygge opp nytt nettverk, men det må gjøres noe for å åpne nye dører. ... Jeg har også tenkt [navn på nærmeste by] som mulig bosted. Jeg tror det blir for stille i [navn på kommunesenter]. Jeg har venner der. Hva skal tida mellom november og april fylles med? [Navn på kommunesenter] blir for stille for unge pensjonister, uten familie og som innflytter uten jobb. ...

Hvor jeg bor når jeg blir eldre? Ja, det er en usikkerhetsfaktor. Jeg har vært i kommunen fra [årstall]. Ungene bor på [navn på områder], og jeg er fra [navn på geografisk område], men jeg flytter ikke tilbake dit. ... Jeg er bevisst på ikke å være en belastning for ungene, men som 70-åring er jeg en ung gammel og jeg kan være en støtte for barnebarna. Jeg frykter for ensomheten i [navn på kommunen]. Etter pensjon har jeg ikke et naturlig nettverk etter jobb – eller et naturlig nettverk i bygda når ungene ikke er her. Jeg er redd for å bli alene, for å bli ensom. ... Jeg har en liten iboende frykt for at det kan bli for ensomt på lille [navn på tettsted].

Det er heller ikke enkelt å ta beslutningen om å flytte. Det finnes blant annet ingen garanti for at ensomhet kan unngås selv om en eller flere av barna bor i nærheten av der det kunne ha vært aktuelt å bo, som det går frem av følgende refleksjon:

Det bekymringsfulle med å flytte på seg, er at man må skape seg et nytt nettverk. Ved flytting etter 65 år, må man tenke helt nytt, kanskje foreningsarbeid [nevner eksempler]. ... Jeg skjønner at jeg selv må være på offensiven. Ved å flytte etter barn og barnebarn – de vokser opp og etablerer sitt eget liv – jeg må ikke legge for store forventninger i det å ha nærhet til familien – jeg kjenner litt på sjeldenheten til kontakt med barnebarna. Jeg må kunne være i nærheten på egne premisser, ikke bare som gjest i deres hjem.

Innbyggere i et øysamfunn fortalte at de for noen år siden hadde sondert muligheten for å etablere en kollektiv boløsning i form av et leilighetskompleks for eldre sentralt på stedet. De fikk ikke økonomisk støtte til å realisere denne planen. I intervjuet bemerket de hadde de kanskje hadde vært litt tidlig uten med initiativet, det vil si at det kanskje var større interesse for dette nå.

## 6.6 DET ER LITT SVART, MEN IKKE KØLSVART

Alt er imidlertid ikke bare «fryd og gammen» i de tre kommunene. I intervjubeskrivelsene er det særlig fire forhold, utenom egen helse, som trekkes frem når vi spør om mulige hindringer for å leve det livet de ønsker som eldre i kommunen: Mangel på kommunikasjonsmuligheter, begrenset tilgang til

tjenester og servicefunksjoner, økonomiske begrensninger, både den private, for dem det gjaldt, og den offentlige, og befolkningsendringer. Også her varierer fortellingene noe mellom kommunene:

Når jeg er 85? Da skal jeg bo i leilighet på ett plan. ... Jeg tenker mye på min mor og mors situasjon. Det er vanskelig å bo uten familie – det er en belastning også på søsken som ikke kan delta. ... Så lenge man er frisk og kommer seg ut, går alt greit. Når man blir syk, kommer problemer. ... Når jeg blir 85 tenker jeg at jeg ikke skal være en belastning for mine barn. Jeg forventer ikke at barn skal ta seg av meg i alderdommen. Det skal være et offentlig ansvar, men nå utarmes det offentlige av økonomien. ... Man har lyst til å være nær dem man er glad i .... Det er et menneskelig trekk å være bekymret, men man må organisere livet sitt på den måten at man slipper bekymring. Vi bor nært til butikk og skole er nært, men det går ikke buss. Vi kan søke om TT-kort, men det er høy egenandel og få avganger, man søker kommunen som sender videre til fylkeskommunen. ... For å kunne få tak i matvarer, er man avhengig av at det er mulig å gå eller å øke utgifter til drosje.

Om vi ikke kan kjøre selv, ser jeg for meg at sønnen vår eller dattera kan hjelpe oss, gode naboer også. Tidligere var det flere i lag som tok drosje for å handle, men jeg tror det er mindre nå. ... Jeg tror noen gamle som nå bor avsides, der ingen skulle tro at noen kunne bo, og hvor det brøytes sjelden, går en kilometer til fots for å hente post, men de har familie som kan handle.

For 20 år siden kjørte butikkene ut varer til folk, men ikke nå lenger. Den generasjonen er borte nå. De hadde ikke bil eller sertifikat. Nå er ikke behovet så stort lenger. Vi vet ikke hvor lenge butikken [den nærmeste] består. Det var flere butikker her for noen år siden, nå er de nedlagt.

Deltakere i ett av gruppeintervjuene ga uttrykk for en kollektiv bekymring for at «tida er i kjempeendring» som en sa, med alle servicefunksjoner som legges ned, som posten, tannlege og lensmann. Dette innebærer at både arbeidsplasser og sosiale møteplasser forsvinner. Enkelte bemerket også at det er vanskelig både å kjøpe og å selge bolig. Svekket kjøpemarked ble spesielt kommentert i en av kommunene hvor innflyttere som rekrutteres til ledige stillinger, har problemer med å få kjøpt bolig på grunn av at familiemedlemmer til eldre som faller fra eller flytter, bruker boligene til fritidsbolig. Andre legger vekt på at det ikke er marked for å selge bolig fordi prisen vil være for lav til å kjøpe noe lettstelt, som en informant formulerte det:

Jeg spekulerer ikke på bolig fremover. En omsorgsbolig i nærheten ville ha vært enklere enn det vi har, men det er ikke akkurat rift om hus her som i [navn på by].

En annen bemerket at flere flytter til leilighet i kommunesenteret etter å ha solgt eneboligen til utlendinger til lave priser. Det som kanskje bekymrer mest, er befolkningsendringer som viser en negativ trend i alle de tre kommunene, og kanskje i en kommune mer enn i de andre. Mens enkelte knytter denne utviklingstrenden i egen kommune til et «kraftig generasjonsskifte» som en informant indikerer vil skje om 10 år når det vil bli vanskelig å få yngre til å flytte inn, ser andre litt mørkt på tilstanden også i nær fremtid:

Det er ikke helt kølsvart her. Det kommer noen yngre tilbake som har tilknytning til stedet, men andre arbeider en stund og flytter, som leger og sykepleiere, de kommer og flytter igjen.



Det er litt mismodig med befolkningsnedgangen. Noen svartmaler på Facebook. Noen ser ikke noen fremtid her, de skjønner ikke at det går an å bo her. De ser ikke det positive ... de støtter ikke opp om det som etableres i kommunen.

Vi mangler en hel generasjon her. Det er et åpent rom. De mellom 25 og 40 år mangler. Der må vi få påfyll. Sykehjemmet må skifte ut folk, det må komme noen nye der. Det har kommet noen tilbake, den ene parten har tilknytning, og så kommer det noen nye. ... Ungdommene som vokser opp, må ha et tilbud. De skal på så mye. De krever kjøpesenter. De som skal bo i [navn på kommunen], må ikke forlange så mye, men kommunen må legge til rette. Mange er opptatt av friluftsliv og skiløyper. Folk som liker å komme seg ut, trives. Om sommeren har vi [turistattraksjon], mye besøk fra Sverige, Finland, Tyskland og England, og fra norske firmaer som kjøper tilgang til sine ansatte. ... Jeg ser ingen grunn til å flytte. En ungdom ville ha tenkt annerledes. Noen er glad for at de kommer seg bort.

Jeg har tro på [kommunenavn] – vi har masse arbeidsplasser, men det er vanskelig å rekruttere. På sykehjemmet er det mye utlendinger og vikarer. Det bygges lite nytt, og ungdommene drar. Jeg er litt bekymret for den utviklingen.

En informant pekte på to tendenser som skjer samtidig, det vil si befolkningsnedgang og tilbaketrekning fra sosialt liv: «Det blir mindre folk ..., men det har blitt slik nå at vi sitter inne og trykker på knapper». Enkelte fortalte imidlertid at de kjenner flere unge som har flyttet på grunn av utdanning og/eller arbeid, som kunne tenke seg til å flytte tilbake til kommunen når de har stiftet familie og har fått barn, men at arbeidsmarkedet er for lite til at to voksne kan få fulltidsarbeid. Et par informanter pekte imidlertid på positive trender som de har observert i egen kommune:

Den oppvoksende slekt – 50 åringer – arbeider godt med barn og unge – også foreldre som ikke selv trener – det gleder meg.

Statistisk sentralbyrå er ikke til å stole på. Det fødes flere barn per år enn det statistikken viser – De legger opp til depresjon, men folk kommer der det er arbeidsplasser – fra Island, Polen og Litauen. ... det må også være skoler og barnehager.

## 6.7 HELSETILSTAND SOM VIPPEPUNKT

Som pekt på over, nevnte så godt som alle informantene at egen eller familiemedlemmers helsetilstand kunne bli en begrensende faktor med tanke på hvilke valg som kunne være aktuelle å ta, enten det gjaldt bolig, bosted eller andre planer. Flere i utvalget fortalte også om forskjellige typer helseproblemer, av mer eller mindre alvorlig karakter, som de hadde eller hadde hatt. Likevel kommer det i intervjubeskrivelsene frem betydelig variasjon i hvor helsebevisste informantene er når det gjelder hverdagsaktiviteter som kan ha betydning for «alderdommen». De fleste ser for seg at de opprettholder dagens vaner når de blir eldre, uavhengig av hvor sunne de selv vurderte at egne vaner er, enten det var snakk om døgnrytme, som varierte fra å være A-menneske til å sette pris på å kunne ligge å dra seg litt om morgenen, kostvaner, fysisk aktivitet eller annet. De fleste ser ikke for seg at de kommer til å endre spesielt mye på daglige rutiner:

Jeg er A-menneske og har vært det hele livet. Det kunne ha vært deilig å sove til klokken ni. Det er viktig å sove om natten – litt problemer der, men det er viktig å komme i seng tidlig og

stå opp normalt. Jeg må unngå som min mor å sovne klokken ni og stå opp klokken seks. Man må kunne arbeide med døgnrytmen, men jeg er ikke nattmenneske.

Jeg er glad i å være treg om morgenen, men i 10-tiden må jeg komme meg opp, jeg har hund. I langhelger blir det litt sene kvelder. Jeg kommer ikke til å bli plaget av mangel på tidsfordriv, bare vi blir kvitt koronaen.

Jeg kommer nok ikke til å stå opp klokken syv hver dag. Jeg liker å sitte oppe om kveldene, men jeg er stort sett oppe i åtte, halv ni-tiden, om sommeren litt tidligere. Det er vanskelig å legge seg, men lett å stå opp. Jeg liker ikke å ligge til elleve, halv tolv – heller høvelig normal tid, men jeg kan nok ta en lur midt på dagen.

Både fysisk og mental trening ble trukket frem som viktig i flere intervjubeskrivelser:

Vi er i utgangspunktet opptatt av å holde oss frisk. Vi går mye på tur, og er mye ute. Vi må holde oss i form for å kunne bo her vi bor. Om vi slutter å gå på tur, være ute, løse kryssord og snakke med naboene, og strikke, snekre og bake, da faller vi sammen. ... Vi har hund som må luftes – så vi må ut.

Jeg er i bevegelse hele tiden - jeg har hund. Jeg har ikke vært idrettsmann, men jeg har spilt litt fotball tidligere. Men vi går mye i fjellet. Vi har verdens fineste turområde. Kona er flink å ta meg med. - Jeg har slitt litt med [spesifisert helseplage] de siste 10 årene. Det har gått bra på grunn av verdens kjekkeste kone, og kjekk arbeidsplass, kollegaer og ... [spesifisert fritidsaktivitet].

Jeg har tenkt å fortsette med fysisk aktivitet – det er første bud – og så leve høvelig sunt med tanke på hva man putter i seg. Jeg har variert kosthold i dag – ikke for mye eller for lite av noe – jeg er ikke livredd for å skeie ut. Jeg er moderat generelt – men jeg er glad i et glass vin og må være litt bevisst på at det ikke blir en venn i nøden, trøst eller selskap. Holde seg frisk – også åndelig føde – følge med på nyheter og teknologisk utvikling – man må ikke komme bakpå der – man kan ikke koble fra, eller melde seg ut der. Man må lese – også skjønnlitteratur. Det er mye selskap i ei god bok. Man må orientere seg i tiden man lever i – for å bli tatt på alvor som gammel. Men det vil koste – man må ha bevissthet og innsats på dette – man kan fort sløse bort tiden på andre ting.

En bemerket også at «daglig aktivitet er viktig – du sitter deg mer til sykdom enn du går deg til sykdom». I intervjuene ga enkelte i tillegg uttrykk for en betydelig begeistring for hvordan kommunen legger til rette for aktivitet:

Det er mange aktiviteter i kommunen også for eldre – svømming, fysak, og åpen hall med fysioterapeut hvor de trener enkelte muskelgrupper – med 50-60 stykker i idrettshallen. Folk opp mot 90 år møter opp hver uke. Folk over 90 år har egen balansetrening. Det er alfa og omega å greie å opprettholde aktivitet – fysisk og sosialt – fra min aldersgruppe og oppover – det gir økt livskvalitet. ... Vi er to par som kjører sammen [til aktiviteter] – da er det litt vanskeligere å backe ut. Treningen kan ta en og en halv time med oppvarming. Etterpå kan vi drikke kaffe eller ha et sosialt treff om vi har tid, kanskje en halv time.

Flere ga uttrykk for at de var opptatt av kosthold, men ikke nødvendigvis opptatt av hva som offisielt sett regnes som «sunt». Det understrekes at kostholdet er variert og normalt og at de spiser tradisjonsmat, mye fisk, poteter og grønnsaker fra egen hage, at de plukker bær i skogen og baker

brød, men de er ikke nødvendigvis «opptatt av det» med mindre kroppsvekten vurderes som en utfordring:

Jeg er litt opptatt av sunn mat. Jeg er litt lubben, og vekta ligger alltid i bakhodet. Ikke for mye salt i kosten. Jeg sluttet å røyke for to år siden. Det gikk som en lek. Gevinsten begynner å komme nå. Jeg har bedre kondis, og det er bra for [navn på lidelse]. Jeg må tenke på vekt og på aktivitet. Jeg går tur med hunden hver dag. .... Vinter er noe dritt, men jeg har kjøpt piggsko.

Jeg håper at kostholdet vil bli det samme som nå – det er helt vanlig kosthold, men alt avhenger av helsa – at man har ork til å ordne mat og spise, eller ikke matlyst på grunn av svekket kropp eller depresjon. Vi har to mathold - en i familien er veganer. Vi spiser sunt – men jeg tenker ikke spesielt på det – jeg har ikke slike hang-ups.

En litt avslappet variant kommer også frem i andre intervjubeskrivelser:

Det grønne skiftet er vi ikke helt på – som gamle bønder – det går vi ikke helt på. Jeg er glad i kaker, men jeg er i god form generelt – jeg kunne kanskje ha spist mindre smør på skiva.

Jeg er ikke spesielt opptatt av helse – jeg har sett på program om Okinawa om ikke å spise seg helt mett, jeg har prøvd det. Jeg går på jakt, er fysisk aktiv, og måker snø. Og jeg danser, men jeg tenker ikke på det som trim, men moro.

Jeg spiser normalt, men jeg er litt glad i sjokolade og kaker. Når ungene ble større, ble det litt mindre søtsaker. Jeg sliter ikke med noe, jeg tenker ikke på kost, jeg spiser frukt, men jeg tenker ikke på, jeg blir ikke påvirket av trender som fem om dagen. Jeg har røykt inntil for 15 år siden. Alkohol drikkes med måtehold – det er ikke noe som jeg må ha. Man vet aldri. Uansett hvor sunt man lever, kan det oppstå hva som helst. Jeg leser ikke noe om sunnhet. Jeg tar ting på sparket, men jeg burde sikkert ha tenkt mer. Jeg ser skrekkeksampler på andre som burde ha lagt om. Jeg har sikkert syv, åtte kilo for mye, men jeg klarer å knyte skoene, fortsatt.

Jeg burde kanskje ha vært litt mer opptatt av det. Jeg lever som jeg alltid har gjort – jeg har litt høy BMI, men jeg er aktiv og går mye på ski. Jeg har vært utrolig heldig – jeg bruker ingen medisiner, jeg er restriktiv med Paracet og alt slikt.

Noen få utsagn uttrykker en tanke dårlig samvittighet for ikke å være fullt så helsebevisst i hverdagen som de kunne eller burde ha vært:

Jeg er ikke så idrettsaktiv nå som tidligere – jeg ligger litt på sofaen. Jeg har litt dårlig samvittighet, for jeg er blitt litt tung. Jeg er glad i vin til middagen, og i det gode liv – det er viktig, men kanskje litt skadelig. Man blir stadig påminnet om at alt er skadelig. Jeg legger meg tidlig, står opp og går på arbeid, men jeg står like tidlig opp i helgen som i uken, rytmen er i kroppen. ... Jeg både kan og vet at fysisk aktivitet er viktig, og jeg har jogget før. Det er viktig på grunn av mitt stillesittende yrke og ryggplager. Jeg håper å mosjonere litt mer etter at jeg har passert 70.

Jeg burde ha trent litt mer og kanskje drukket litt mindre – det er ikke akkurat snakk om misbruk, men det er kanskje sunnere å drikke melk. Jeg kan mye om helse. Jeg ser alle farer nå vi er ute og reiser – det er ikke en enkel verden for dem som kommer etter oss. Vi har sikkert opplevd det beste som er mulig. Teknologisk utvikling – kan kanskje redde neste generasjon – kanskje kommer de til å reise enda mer.

Jeg har gitt råd i alle år til alle andre om å ta vare på egen helse. Jeg bør nå selv følge de samme rådene. Litt forberedelse har det nå blitt, med kosthold, mosjon og økonomi. Vi har kjøpt bolig i [navn på by] - om helsen ikke holder, trenger vi ikke å måke snø.

Det mest ideelle for alderdommen er å greie seg selv – å ikke påføre samfunnet utgifter. Jeg håper å være frisk til det siste. Jeg trimmer ikke, men jeg burde kanskje ha gjort noe mer aktivt. Om sommeren er det greit med aktivitet, men om vinteren når det er mørkt, med elg ....

## 6.8 FORVENTNINGER TIL «ALDERDOMMEN»

De fremtidsbildene som informantene tegnet, og de forestillingene de skisserte av seg selv som eldre, ser ut til å henge sammen med hvordan de oppfatter aldring, for eksempel om aldring forstås i et mulighetsperspektiv eller om dette defineres i et perspektiv som retter oppmerksomheten mot begrensninger og rolle som hjelpetrengende. De vi har intervjuet, varierer aldersmessig mellom 55 og 74 år. Ingen av dem regnet seg selv i kategorien «gammel», bortsett fra en informant på 55 år som i spesifikke situasjoner «følte seg gammel»:

Gammel er situasjonsbestemt. I noen sammenhenger er jeg gammel allerede. I andre situasjoner er jeg ikke det. Jeg er i et nettverk innenfor politikken. Jeg ser mange unge der. Der kan jeg selv være litt gammel – jeg er en av de eldste der, jeg mener og tror at jeg er en av de eldste der.

Forestillinger om alderdom strakk seg likevel over et betydelig spenn, hvor blant annet en informant uttalte at «jeg klarer ikke å lage meg en forestilling om hvordan det blir om fem år – jeg klarer ikke det». Andre uttrykte seg mer på linje med følgende:

Det kan skje dramatiske ting som kan gjøre hverdagen aldeles omsnudd. Man kan ikke la det styre livet. Det som kommer, det kommer.

Aldring? Jeg tenker ikke at aldring skal endre på den en har vært. Vi må kanskje ta litt pause – det går litt saktere, men jeg tenker ikke at det å bli eldre rokker noe på det. Inntil det skjer noe dramatisk eller akutt, lever man som man har gjort.

Alder er bare et tall. Jeg er gjerne sammen med andre som er ti år eldre og ti år yngre. Alder har ikke noe å si. På jobb er jeg den som har arbeidet der lengst, sammen med en annen.

Som svar på spørsmål i intervjuene om når tid man er «gammel», trer blant annet livsstil og holdninger frem som vesentlig i vurderingene:

Det er når man mister motet (...) Har sett folk bli motløs.

Jeg tror det flytter seg, jo eldre du blir. Når man var 15 var de på 40 år gammel. Det kan være gamle 60-åringer og unge 80-åringer. Det har å gjøre med hvordan man er fysisk og psykisk. Det varierer. Det finnes gammelmodige førtiåringer og spreke syttiåringer.

Man er gammel når hodet og kroppen ikke vil gjøre de samme tingene. Det handler om helse. Jeg føler meg ikke som 62 i hodet. Er ikke mer enn 30 enda.

Alderdom er bare et tall. Så lenge man har saker og ting å interessere seg for, er man ikke gammel. Enkelte 50-åringer er gammel. De ser ikke vits i noe, de har ingen interesser.

Man må holde hjernen i trim, men man plages litt mer, også med praktiske problemer. ... det hjelper å trimme – setemuskelen er den viktigste – den hjelper å holde balanse.

De forestillingene som kommer til uttrykk, reflekterer også en kombinasjon av at «alderdom» ofte knyttes til svekket helsetilstand, nedsatt funksjonsevne og hjelpebehov, og at de som har sagt ja til å bli intervjuet, i all hovedsak er ved god helse. Flere i den yngre enden av denne informantgruppen ga imidlertid uttrykk for at alder, sett fra deres side, også har en biologisk komponent. De trekker et skille rundt 80-årsalderen, som det går frem av følgende uttalelser:

Gammel er man kanskje rundt 80. Når man bikker 80 er det forventet at kroppen ikke spiller på lag – helsa kan svikte. Vi må være realistisk.

Man er gammel når man føler seg gammel. Nei, det er spøk. Når man er 80 da begynner man å nærme seg gammel. Man regnes som eldre når man er over 60, men jeg føler meg ikke gammel. Man må være i bevegelse, ikke sette seg ned og tro at man er for gammel til noe. Man må være med på det man har lyst til.

Når man nærmer seg 70 må man få lov til å si fra at man begynner å bli gammel – for arbeidslivet er man gammel da. Ellers er ikke 70 år noe. Men 80 er gammelt, men om man er frisk – er heller ikke det det store. Man er så gammel som man føler seg.

Alder er bare et tall. Den dagen jeg er syk, er jeg gammel. Når man nærmer seg 80, er man gammel, eller begynner å bli – alt går saktere – 70 er også langsommere enn 50.

Da jeg var 20 og noen var passert 60, da var de gammel. .... Alder er egentlig bare et tall, men noen blir fortere gammel enn andre. Folk over 80 år – man skulle ikke tro det – nesten ikke gammel, men det blir de jo. Noen 60-åringer virker ti år eldre – jeg ser på meg selv, som 62, som litt sent utviklet. ... Nærmere 80 begynner man å trekke på årene – men det kom en på 100 år her om dagen. I boligfeltet er folk på full fart mot 80. Jeg er litt spent på hva som skjer fremover.

På spørsmålet om hvordan informantene ser på det å skulle bli gammel, og hvilke forventninger de har til rollen som «gammel», preges svarene av at det er viktig å holde seg sunn, frisk og aktiv som aldrende. Flere bemerker også at det kan være mer sunne aktiviteter å ta seg til i landlige omgivelser, og at dette kan bidra til å utsette «alderdommen»:

Det sitter mange eldre uproductive på [navn på kjøpesenter i nærmeste by] – de drikker kaffe. Har de ingen ting å ta seg til? Stakkars dem, stakkars byfolk – hva de går glipp av.

Når er man gammel? Når man blir 80 begynner man kanskje å nærme seg, men noen går Birken [i den alderen] og er frisk og rask. Er man skrøpelig, kan man være gammel tidlig. Man må ha hobbyer, noe å holde på med. Med hage og jord kan man holde seg ung, og med å lese og løse kryssord.

Det er ellers et interessant trekk at svarene som gis på dette spørsmålet, i stor grad tar utgangspunkt i egen person, og i eget liv og egen helse. Det er i liten grad forpliktelser på andres vegne som løftes frem. De fleste bemerket at de ikke hadde erfart spesielle forventninger, og enkelte la til at det hadde heller ikke ført til noe om de hadde erfart noe slikt. Det lille som ble beskrevet som forventninger, synes først og fremst å være av det positive slaget, som det går frem av følgende utsagn:

Ikke annet enn å passe barnebarn, men det er noe jeg ønsker, det er ingen forpliktelse. Jeg kan arbeide ekstra på [arbeidsplassen] etter pensjon for ikke å miste kontakten med kollegaer, men det er ikke noe press. Jeg kan bestemme selv. Nei, jeg kommer ikke på noe.

## 7 INNBYGGERES FREMTIDSBILDER 2: TJENESTEBEHOV OG TJENESTETILBUD

### 7.1 INNLEDNING

Dette kapitlet handler om informantenes forventninger til og forestillinger om tjenester og tilbud som de anser som sannsynlig at de vil få behov for om de skulle bli hjelpetrequende, ikke bare når de blir eldre, men når tid som helst. Informantene reflekterer først og fremst rundt tjenester som ytes i kommunal regi, men de trekker også inn aspekter som frivillig og privat tjenesteyting.

I beskrivelser av et fremtidsscenario trekker informantene frem egne erfaringer i nåtid og nær fortid som bakgrunn for sine vurderinger. Flere av informantene var i en livsfase hvor en eller begge foreldre var, eller relativt nylig hadde vært, mottakere av kommunal omsorg, enten i eget hjem, i omsorgsbolig eller på sykehjem. Enkelte beskrev også erfaringer fra en hjelpetrequende ektefelle eller samboer. Andre var eller hadde vært ansatt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, eller hadde en ektefelle eller samboer som arbeidet eller hadde arbeidet i denne tjenestesektoren. Atter andre hadde erfaringer fra lokalpolitisk arbeid, enten pågående eller relativt nylig avsluttet.

### 7.2 HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

Et sentralt tema i informantenes fremtidsbilder, handler om hvordan de skal kunne få dekket sitt behov for omsorgstjenester etter hvert som helsetilstanden tilsier at det er nødvendig. Som pekt på i kapittel 6, uttrykte så godt som alle at de ønsket å bo i eget hjem, og i nåværende bolig, lengst mulig, også i høy alder. Forutsetningen er at de klarer seg selv i dagliglivet, og at de fortsatt har støtte fra ektefelle eller samboer i samme hushold. Som et fellestrekk i beskrivelsene, særlig fra informanter i to av kommunene, kommer det imidlertid frem en vurdering av at dagens kommunale løsninger for eldre og hjelpetrequende er for lite fleksible. I tillegg uttrykkes bekymring for om kommunen kan levere tjenester av tilstrekkelig kvalitet og kvantitet i fremtiden.

#### 7.2.1 ØNSKE OM MER FLEKSIBILITET I TJENESTETILBUDET

De fleste beskriver altså at de ønsker å bo hjemme så lenge som mulig, forutsatt at helsetilstanden er god nok, selv om ikke alle boligene, etter beskrivelsene, virker like godt egnet. Om de skulle bli hjelpetrequende – hva da? Informantenes svar på dette spørsmålet varierer noe mellom kommune. I to av kommunene ga så godt som alle uttrykk for at løsninger for eldre og hjelpetrequende er for begrenset. I den tredje kommunen, hvor informantene samlet sett, beskrev et gjennomgående positivt bilde av det kommunale tilbudet, fremstår følgende utsagn som typisk:

[Navn på kommunen] er en veldig bra plass å være, med helsevesen og alt. Vi blir tatt godt vare på. Vi ville ha fått hjelp, jeg er ikke bekymret for det. De har det veldig bra de som får hjelp. Min far var på sykehjem en kort stund, og hadde det bra der.

Informanter fra andre kommuner beskriver andre erfaringer, som det går frem av intervjuutdraget nedenfor:

Mor bodde hjemme til hun var 95. Hun bodde usentralt – hun fikk hjelp som ikke var hjelp. Det er to år siden – hun fikk ikke hjelp fra utestasjonen på [navn på sted]. Den ble lagt ned – alt ble sentralisert til [navn på kommunesenter]. – [Navn på kommunesenter] fungerer, men ikke oppe i bygdene – de leverer ikke tjenester når de skal og når det trengs.

De som trekker frem begrensninger i, eller kritiserer, tilbudet, synes først og fremst å være opptatt av dagens «omsorgspolitik» både lokalt og nasjonalt, som går ut på at alle som har behov for hjelp, skal kunne motta tjenester i egen private bolig så lenge som mulig, ikke passer for alle, og kanskje mindre for fremtidens eldre enn for dagens eldre:

Jeg er litt skeptisk til det ensidige fokuset på hjemmebaserte tjenester. Min mor som er 80 får hjemmetjeneste fire ganger i døgnet. [Beskriver alternative løsninger] ... små enheter, med matservering, frisør, fotpleie og aktiviteter og kulturelle tilbud. [Navn kommunen] burde også tenke i de baner – de tenker for mye på hjemmebaserte tjenester. De har bygd et stort flott sykehjem med medisinsk senter. ... Eldre trenger ikke å ha det så flott, men det må være funksjonelt og lettstelt. Man må kunne sosialisere, men trekke seg tilbake når man ønsker det.

Jeg snakker med jevnaldrende – vi ønsker ikke å ha bare hjemmetjenester – vi vil bygge opp et privat bofellesskap. Vi kan ikke ta for gitt at kommunen tar hånd om alt. Fra ord til handling – vet du. De fleste har et håp om å bli tatt vare på med verdighet og respekt – mer enn en hånd, men med flere eldre blir kanskje dette utopi.

Jeg håper å bo hjemme i leiligheten. .... Om jeg blir pleietrengende, håper jeg på hjelp. Jeg har vært med på å bygge opp tjenester her [via kommunestyret], og jeg tror det skal være bra, også sykehjems plasser. ... Hjemmetjeneste om man skulle bli pleietrengende, er ikke spesielt meningsfylt – skifte bleie om morgenen og bli sittende der resten av dagen – jeg vil heller til bofellesskap eller sykehjem. Det bygges nytt sykehjem, men kun en ekstra plass. Det er et tankekors – kommunen har ikke plasser til oss alle – i [årstall for fødselskull] var vi mange, fire, fem klasser – nå er det en halvering av barnetallet. Jeg tenker ikke så langt – men jeg håper vi kan være i lag hjemme til «the bitter end».

Ved å bo i en form for kollektiv løsning er det mulighet for å omgås andre i tilsvarende situasjon, og kunne være til hjelp for hverandre. Ved å flytte til omsorgsbolig (eller lignende) vil man også kunne få en mer lettstelt bolig enn den en har, som kan være kostbar å oppgradere og som kan ha dårlig tilgjengelighet:

Mange er villig til å ta et tak om rammene er der. Vi må klemme ut gode politikere som tenker annerledes – ikke ensidig satsning på hjemmetjenester. Det er kostnadskrevende [bofellesskap], men jeg er ikke så sikker på det – vi kan være en ressurs for hverandre. Vi ser tendens til at folk vil over i lettstelte leiligheter også på landet. Det var planer her, men de fikk ikke til næringsaktiviteter i første etasje. Alle ønsker ikke enebolig som gammel, selv om man har bodd der hele livet. Det må tenkes mangfold. Mange er fleksibel. Men i iveren etter å få lettstelt leilighet, tar de opp store lån og setter seg selv i knipe. Man må ikke overlate til den enkelte å ta hele byrden.

Beskrivelser av boalternativer som informantene ser for seg, dersom de ikke lenger kan bo hjemme, inneholder muligheter for sosiale fellesskap og meningsfylte aktiviteter. Noen etterlyser blant annet «aldersboliger» som var en vanlig løsning noen tiår tilbake, og som for enkelte representerer en løsning som de ser mangler i spennet mellom egen bolig og sykehjem:



Da mine foreldre var gamle, flyttet de til aldersbolig. De hadde verksted og masse aktiviteter. Nå, aktivitør på sykehjemmet er kuttet ut – noen frivillige ordner med bingo og slikt, eller ikke noe. Tidligere har slekta tatt seg av dem som hjemmetjenesten ikke har håndtert godt nok. Det må bygges flere sykehjemsplasser og omsorgsboliger med døgnskategorisk service.

Selv om flere beskrev at de kunne tenke seg et å bo i et «kollektiv» om de skulle bli alene når de blir eldre og kanskje hjelpetrengende, var det kun en informant som nevnte, som alternativ, en form for omsorgsbolig som finnes i dag, med heldøgnbemannning. Basert på tilbudet som finnes i kommunene i dag, uttalte imidlertid flere at de ville foretrekke sykehjem foran hjemmetjeneste i egen private bolig. Blant annet handler dette om at det, for å kunne bli boende hjemme eller i omsorgsbolig, kreves mye av nærmeste familie i og med at hjemmetjenestetilbudet er for knapt. En av informantene som kommenterte at vedkommende ønsket sykehjemsplass, og som samtidig la til at det var alt for få institusjonsplasser i kommunen, sa det slik:

De som har familie må trø til – de som ikke har noen, må få tjenester. Jeg ser ikke så positivt på det å bli hjelpetrengende. Mine barn bor i [navn på nabokommune]. De kan ikke komme og legge meg om kveldene. .... Det er det samme hva kommunen heter [ved mulig kommunesammenslåing], bare jeg får hjelp. Det må være nærhet til dem som skal ha hjelpen.

Flere uttalelser tyder på at institusjonsplasser er for begrenset, i alle fall i to av de tre kommunene, som det går frem av følgende intervjuutdrag:

Jeg har vært i lokalpolitikken i nesten 30 år, og jeg har mast i alle år om flere institusjonsplasser, omsorgsboliger og sykehjemsplasser. Det tar syv, åtte år fra vedtak til iverksetting. Det står nå 14-15 i kø til omsorgsbolig. Mange trenger også sykehjemsplass.

Andre syn på institusjonsomsorgen var av det mer skeptiske slaget og tydeligvis basert på vurderinger av dagens tilbud, hvor det er vanskelig å se for seg at tilbudet kan forbedres. Uttalelsene dreier seg om at det på dagens sykehjem bor svært syke mennesker, at det er lett for å bli passivisert, og at det er utfordrende å ta hensyn til hele mennesket:

Jeg håper å unngå sykehjem. Jeg har ikke lyst til å bli sittende, eller liggende på et sykehjem. Det er ikke en god plass å være, heller ikke i [navn på kommunen]. Det er ikke mulig med økt livskvalitet eller å bli friskere – det skjer ikke. Sykehjem er ikke hjem for noen – det er et sykehus – folk er syke og trenger mye hjelp. Kommer man dit, kommer man ikke derfra. Det er en realitet. I et hjem går man ikke i hvite frakker.

Sykehjem er ikke bare et oppholdssted, det må også være aktiviteter – det må tas hensyn til hele mennesket. Det må kanskje ansettes aktivitør mer enn pleiepersonale, enten man er i omsorgsbolig eller på sykehjem. Helse er ikke bare sårskift. Det må også stimuleres restfunksjonsevne – det er utrolig viktig. Det vises eksempler i media hvordan aktivitetene kan være – for eksempel musikalske aktiviteter.

Mor på 86 år bor på sykehjem – jeg ser med gru på dette [å bo på sykehjem]. Jeg håper ikke den dagen kommer. Det beste tiåret kan bli mellom 70 og 80 – det blir sikkert marginalt etterpå.

Omsorgsbolig som alternativ til sykehjem, ble imidlertid ikke omtalt som uproblematisk. Informanter i en av kommunene fortalte at kommunen nettopp hadde økt husleien for slike boliger. Dette ble

beskrevet som en bekymringsfull utvikling fordi det etter hvert har blitt så dyrt å bo i omsorgsbolig at minstepensjonister ikke har råd til det.

### 7.2.2 BEKYMNING FOR RESSURSKNAPPHEIT OG KAPASITETSPROBLEMER

Flere informanter bemerker at kvaliteten på dagens tjenester fra kommunen er god, men at det først og fremst skorter på kvantitet og tilgjengelighet. Et fremtidsbilde som går igjen i informantenes beskrivelser, er forventninger om at ressursene minker mens behovene øker, blant annet som følge av demografiske endringer. Det er kanskje ikke overraskende, men verdt å merke seg, at ingen av de vi har intervjuet, forventer at utbudet av kommunale helse- og omsorgstjenester vil bli *bedre* i fremtiden:

Nå i kommunen, er det helt perfekt. Vi får den hjelpen vi trenger. ... Det kan ikke bli noe bedre. Men politikere forsøker å forandre landet, og slå sammen kommuner. Hvor lenge kan [navn på kommune] bestå? Jeg ser for meg at pengesekken skrumper - da slås kommuner sammen, og da kan det bli svært dårligere tjenester. Slik kommunen er i dag, er vi på høyde med landet for øvrig, men vi har for lite folk og for lite kompetent arbeidsstokk. ... Fremover blir det kanskje like mange som trenger pleie som det er innbyggere.

En annen innbygger skryter av kvaliteten på omsorgstjenestene i dag, både institusjonstilbudet og hjemmebaserte tjenester, men vedkommende uttrykker også stor bekymring for kapasiteten fremover:

Skulle det verste skje, at man er nødt til å havne på sykehjem, har det et godt rykte. Frykter ikke det. Men plassmangel kan bli et problem. Allerede i dag er det ventetid. Hjemmesykepleie har også et godt rykte i [kommunenavn]. Det er jo uttalt politikk. Jeg frykter dårlig kommuneøkonomi aller verst. (...) Jeg er skeptisk, veldig skeptisk. Det er liksom ikke vilje til at kommunene skal klare å gjøre jobben (...) Jeg tror nedbemanning til de eldre vil være nærliggende.

Det kommer senere frem at denne informanten har solid økonomi, og at det trolig ikke ville være vanskelig for vedkommende å betale for tjenester om det skulle bli nødvendig. På et oppfølgings spørsmål om det kunne være et aktuelt alternativ å kjøpe omsorgstjenester dersom kommunen ikke klarer å tilby gode nok tjenester, svarer vedkommende at:

Kjøp av tjenester? Ja, i byene, men i [kommunenavn] er det ingen tjenester å kjøpe. Det er ingenting å kjøpe.

En informant på 64 år, som selv har arbeidet i omsorgstjenesten, uttrykker bekymring over de utviklingstrekkene som vedkommende mener å se, og som faller sammen i tid:

Hvem skal ta vare på oss når vi blir gamle? Vi stiller veldig ofte det spørsmålet. Hvordan vil det bli? Det er den nye generasjonen som overtar. Det er mye sykemeldinger, og masse vikarer. Der ser jeg, ut fra mitt ståsted, og det er noe vi diskuterer. Vi jobber mye mot eldre. (...) Bevilgningene blir mindre, arbeidsmoralen dårligere. Jeg har inntrykk av at det er mer fremmedspråklige og ufaglærte nå. Er veldig skeptisk.

En annen informant på 62 år bemerker at omsorgstjenesten i kommunen i dag ikke er dårlig, men at de som gir og de som mottar tjenester, opplever en knapphet på tid, og at dette går på bekostning av muligheten for å gi helhetlig omsorg:

Tror ikke at det er dårlig i dag. Men tror at alle opplever knapphet på tid, både de som mottar og de som gir. Tildeling skjer på minuttberegning, for eksempel 22,5 minutter hjemmetjeneste per uke, så sier det seg selv at det er for lite til å ivareta den mentale biten av det. Og det tenker jeg at vi skulle kunne hatt større fokus på. Folk er i like stor grad ensom som syk. Det blir bare mer etter hvert som vi blir færre her. I drømmebildet fremover – skulle ønske at kommunen var rustet for å ivareta den mentale helsa.

En informant som selv hadde erfaring med hjemmetjeneste til ektefellen, uttrykte bekymring på følgende måte:

Jeg har hatt hjemmetjeneste, med blandet erfaring. Det er positivt å ha tilbudet. Det negative handler om effektivitet og dårlig tid – de er inne og gjør noe i full fart – dekker primære behov – ikke sosiale behov. De må tenke mer omfattende – i det minste kartlegge hva som er behovet. [Ektefellen] var et nummer i rekken. Hva er en bruker? Et menneske av kjøtt og blod? [Ektefellen] var livredd for å havne på sykehjem. ... I større byer er man kanskje enda mer et nummer i rekka, og det er enda flere personer å forholde seg til.

En av informantene, som selv er aktiv i lokalpolitikken, peker på økt bruk av hjemmebaserte tjenester og omsorgsboliger som en måte å møte fremtidens kapasitetsutfordringer på:

Spørsmålet er om man klarer de samme tjenestene i 2030. Det må satses på forebyggende arbeid, og folk må gjøre noe selv. ... Velferdsteknologi kan fungere. Man må legge om ressursbruk for å være bærekraftig. Det må dreies fra institusjonsomsorg til hjemmebaserte tjenester. Man må tenke livskvalitet – og legge til rette for hjemmевærende. Økning av sykehjemstjeneste, er ikke bærekraftig. Man må tenke på en annen måte. På sykehjem blir man fort pasient og dør. Kan vi tenke demenslandsbyer her? I helse- og omsorgsplanen må vi øke omsorgsboliger – det er venteliste, men dette må ikke preges av passivitet.

Et mulig scenario som løftes frem fra enkelte, er et økt omfang av private tjenestetilbud. En mulig uheldig side som påpekes ved disse, er at det kan bidra til sosiale forskjeller i bruk av og tilgang til omsorgstjenester:

Kommunal hjelp er et økonomisk spørsmål i disse små kommunene. Når man selv arbeider i dette uvesenet, vet man hvor hektisk hjemmetjenesten har det, hvor presset de er og hvor lite tid de har hos hver enkelt. Om ikke kommunens økonomi blir bedre, presser det seg fram private løsninger. De med god økonomi, kjøper det de vil ha, mens en annen stakkar må ta til takke med det mest nødvendige fra kommunen. Det er viktig med familie og barn og gode naboer som kan hjelpe.

Det er forskjell på kommuneøkonomi og det er forskjell i tjenester. Noen kan betale. Om man har penger, kan man ta drosje til [navn på kommunesenter] og komme seg ut, om man har penger nok. Man kan kjøpe seg tjenester om man har penger nok. Det er forskjell på hva man får fra det offentlige. [Navn på bostedskommune] har så dårlig råd at de tar en telefon i stedet for å stikke innom.

Flere beskriver en negativ demografisk utvikling i kommunen med utflytting av ungdom, kombinert med tilflytting av arbeidstakere fra utlandet som ikke behersker norsk godt, som en trussel for et godt fremtidig tjenestetilbud:

Jeg har tro på [kommunenavn] – vi har masse arbeidsplasser, men det er vanskelig å rekruttere. På sykehjemmet er det mye utlendinger og vikarer. Det bygges lite nytt, og ungdommene drar. Jeg er litt bekymret for den utviklingen.

Jeg har en mamma som er 83 år – hun bor i nabohuset. Om ikke vi hadde bodd her – hun trenger hjelp, og hun kunne ikke ha bodd her uten hjelp fra oss - vi kan gå bort med mat. ... Mor har vasking hver tredje uke, om personen er syk, blir det hver sjetten uke, de har ikke vikar. Mor har tildelt timer, men de blir ikke alltid brukt. ... Jeg er mye på reise og [ektefelle] er mye opptatt. Hjemmetjenesten stikker da innom en gang per dag, men det er ofte travelt for hjemmetjenesten – siste gangen hadde de ikke tid. Kommunen minimerer tjenester når det er press på økonomien. ... Mor ønsker ikke så mye folk, men det er trygghet for den det gjelder og trygghet også for pårørende [at hjemmetjenesten kan komme]. Mor trenger middag og kommer seg ikke ut selv. Hun kan ikke vaske håret selv – dusjer så vidt selv – det skranter litt der og.

Flere har nær og jevnlig kontakt med barn og barnebarn. I denne kontakten utveksles det også informasjon om tjenestetilbud. Dette kan samtidig sies å dreie seg om noe mer enn ren informasjonsutveksling; det er også del av en «forhandling» mellom barn og foreldre, om hvordan den sosiale og praktiske relasjonen mellom dem skal være i årene som kommer, etter hvert som foreldrene har blitt eldre og har et økende behov for bistand. For noen fortøner det seg som et helt nødvendig valg, fordi utviklingen i kommunen gjør at de ikke tror det vil være mulig å tilby gode nok tjenester i fremtiden:

Datteren vår sier at vi må komme til [navn på eldresenter i nærmeste by] når vi blir gamle, men vi har det så godt i [kommunenavn] med sykehjem og alt, men vi må ha folk eller fagpersoner som kan ta seg av oss. Kommunen har prøvd med gratis barnehageplasser. Det er ikke nok. Det må være arbeid til to. Vi har en pendler til [kommunesenter i nabokommune]. Det tar litt over en halvtime på sommerstid og 45 til 60 minutter om vinteren, så pendling er mulig, men det er slitsomt. Det legges ned politi, banker og alt, og nettilbud blir det lite arbeidsplasser av. Jeg ser egentlig svart på det for fremtiden. Jeg håper at ungene kan hjelpe til senere. Det er mye digitalt som jeg ikke kan. Jeg bruker telefon, men det er omtrent bare det.

De fleste informantene ønsket altså å fortsette å bo der de bor, i alle fall så lenge de er to i husholdet, og samtidig vedlikeholde sine vanlige gjøremål og realisere planer for fremtiden. De innser imidlertid at årene går og at helsetilstanden på et tidspunkt vil komme til å kreve at de flytter til en annen bolig. For noen handler det om å være tidlig nok ute, men mange oppfatter at alternativene blir få, og diskusjonene dreier seg om å velge mellom det å fortsette å bo hjemme som mottaker av hjemmetjenester på den ene siden, og å bo på sykehjem på den andre siden. Dette fremstår som en drastisk overgang for mange, med for få mellomalternativer. En informant sier rett ut at vedkommende savner det gamle aldershjemmet:

Jeg savner det gamle aldershjemmet, rett og slett. Alle trivdes der. Kommunene hadde råd til å ha snekkerbod. (...) Jeg skulle ønske, når jeg var så gammel at jeg kunne tenke meg til å fare på et hjem, at jeg kunne ha en omsorgsbolig eller et aldershjem med et tilbud om noe å gjøre, og noen å være sammen med.

### 7.3 TEKNOLOGI SOM LØSNING: SKEPSIS (MEST) OG FORHÅPNINGER (LITT)

Velferdsteknologi er mye omtalt i offentlige dokumenter som et nødvendig virkemiddel for å kunne løse de fremtidige behovene i helse- og omsorgstjenestene og for å gjøre det mulig å bo hjemme lengst mulig, i tråd med eksisterende omsorgsidealer. Noen av informantene er kjent med diskusjonene og optimismen som knyttes til velferdsteknologi, men det gjelder ikke alle. Begrepet velferdsteknologi virker noe ukjent eller fremmed for flere av informantene, og de måtte få eksempler på dette for å kunne besvare spørsmålet:

Velferdsteknologien gjør at du kan bo lenger hjemme. Men jeg er nå også litt usikker på hva velferdsteknologi egentlig handler om. Er det å få tak i en lege fort ved å trykke på en knapp? Er man litt ustødig så går man kanskje med ei snor rundt halsen, med et apparat som man kan trykke på? Man må jo bare si takk og bli bruker av det. Det kan være en trygghet for å bo hjemme.

For innbyggerne er teknologi noe konkret som skal hjelpe dem å løse bestemte problemer. Flere dreier også samtalen om dette raskt inn på sosiale medier. De aller fleste har erfaring med dette og har reflektert over betydningen det har i hverdagen. En informant fremhever for eksempel at slik teknologi kan bidra til å løse utfordringer med manglende transport, som gjelder for mange i distriktene med lange avstander til både butikker og tjenester:

Er god bruker av sosiale medier. Og heldigvis at man er såpass ung og har brukt data i jobben og privat i mange år og er oppdatert på disse tinga. Der tenker jeg at folk har et problem. Kanskje kan du sitte hjemme og bestille varer, om det er ordning for at noen kan komme med varer.

Samlet sett, er det ingen ubetinget begeistring å spore i informantenes synspunkter på teknologi. Flere ser at teknologi kan være nødvendig for å kunne dekke behovene i fremtiden, samtidig som dette ikke vil kunne erstatte den menneskelige kontakten som er viktig for mange. Noen gir uttrykk for en viss skepsis, og en oppfatning av velferdsteknologi som noe som først og fremst tilbys fordi det er en ressurs sparende løsning og tar hensyn til hjelpesystemets behov, og ikke fordi det nødvendigvis gir bedre tjenester eller tilgang til mer sosial kontakt. En informant forteller at vedkommende heller foretrekker å flytte til en omsorgsbolig enn å forlenge muligheten for å bo hjemme gjennom bruk av velferdsteknologi:

Velferdsteknologi med overvåkning hjemme, kan være bra, men det kan også bli utrygt. Å bli sittende i en stol hjemme foran TV-en, det er ikke noe særlig. Jeg ville heller ha bodd i en omsorgsbolig. Det er nok omsorgsboliger her i dag. Om jeg blir dårlig til beins og vantrives, vil jeg flytte. Hjemmesykepleie morgen og kveld, det blir lang tid i en stol alene hjemme. Jeg vil heller til en omsorgsbolig hvor jeg kan gå tørrskodd til naboen. Man må ikke bli for låst i ideen om å være hjemme. Det er ikke bare, bare å bo avsides, selv om de har alarm og GPS som er kjekt å ha, det gir litt kontroll. Det blir vel det neste for oss, at vi får GPS.

Samtidig som intensjonen med velferdsteknologi er at det skal gjøre det mulig å bo hjemme lengst mulig, beskrives teknologien også som en motkraft til dette – som fremmedgjørende og som en frarøvelse av mulighet for verdifull sosial kontakt som:

Det har vært to reformer. Den ene er at folk må bo hjemme så lenge som mulig og den andre reformen er omsorgsbolig. Nå er det avleggs – man må kunne stille seg selv, men de som

flytter dit, er for dårlig til å stelle seg selv. ... Det er ikke plass for alle på sykehjemmet, men kommunen har ikke råd til å kjøre opp i [navn på sted] for å ta vare på oss. ... Nå er det maskiner som står hjemme hos folk for at de skal kunne ta medisiner. De får melding på [navn på kommunesenter] om medisinen ikke blir tatt. Maskinen sperres – man får ikke tatt medisinen senere, det skal være effektivt. Alt skal være digitalt nå. Det blir ikke bedre – vi blir brikker, ingen har tid. Jeg håper at jeg stuper hjemme på gårdsplassen i stedet for å komme på sykehjem. ... Jeg håper at helsen holder til det blir god natt og vi drar både jeg og [ektefelle].

Velferdsteknologi byr på både muligheter og begrensninger. Av de positive sidene som fremheves, er at det kan frigjøre det som ellers ville vært transporttid hos omsorgspersonalet, til (digital) samværstid med brukere. Kanskje kan det være minst like bra som å få hastige besøk av stadig nye tjenesteytere som man likevel ikke får et personlig forhold til, påpeker en informant:

Ja, jeg er sikker på at teknologi vil ha en rolle. Men jeg er usikker på om det ikke høres litt skremmende ut også. Kanskje kan det føre til at vi også kan få helsetjenester i hjemmet, uten å måtte gi oss ut på lange reiser. Men samtidig, jo eldre man blir, jo viktigere blir det å treffe personer. Det er ikke gunstig å ha 15-20 personer som kommer innom og besøker deg i løpet av en dag. Sånn sett kan det være like bra å møte personell eller hjelpere på Facetime eller lignende, som å ha noen som bare er hastig innom.

En informant, som er elektroinstallatør av yrke, hadde en positiv innfallsvinkel til spørsmålet om teknologiens betydning, men snakker mest om helsetjenester, og forteller om gjennomføring av konsultasjon med blodtrykksmåling hos fastlege, som ett eksempel:

Telemedisin er kommet for å bli. Det siste er at jeg målte blodtrykk hjemme. Det var tre leger som tilbydde videokonsultasjon. Jeg har egen blodtrykksmåler hjemme og kunne utføre dette uten fysisk besøk på legekontoret. Det er bare begynnelsen. Den utviklingen har jeg tro på. Men samtidig bør det finnes løsninger for de som ikke kan bruke et slikt tilbud.

En bekymring som særlig løftes frem i den ene av disse tre kommunene, er at tilgangen til Internett, og muligheten til å utnytte teknologiske løsninger, blir begrenset av at en av de største leverandørene har bestemt seg for ikke å forsyne alle boligområdene med fiberkabler.

## **7.4 DEN PRIVATE OG DEN FRIVILLIGE OMSORGEN**

Samtidig som de tre kommunene er nabokommuner og alle tre kan regnes som distriktskommuner i en og samme region, er det også historiske og kulturelle forskjeller mellom dem av betydning, slik dokumentanalysen og intervjuene av de kommunale lederne også viser. Den ene kommunen – som informantene selv omtaler som «omsorgskommunen» - har en forhistorie som skiller den fra de andre. Denne kommunen har blant annet vært vertskommune for omsorgsinstitusjoner med tilflyttet arbeidskraft fra andre deler av landet. I intervjuene peker noen av informantene på at dette har bidratt til å skape en kultur preget av det de beskriver som en omsorgsorientering. Informantene beskrev et rikt og omfattende lag- og foreningsarbeid, som var rettet mot alle aldersgrupper i kommunen, ikke minst mot eldre, som to av informantene formulerte det:

[Navn på kommunen) er rik på tilbud. Frivilligheten er limet i bygda. Røde Kors har kafé og bruktbuikk ... og tiltak for eldre som bor alene – de skal dra hjem og spise sammen med dem – det skal starte, om det ikke allerede har startet. ....

Kommunen har [antall] frivillige lag og foreninger – og mange deltakere. Dette blir ennå viktigere fremover, om kommunen får dårligere råd. Pensjonister har høyt engasjement. Det er veldig viktig – det er masse dugnadsarbeid – masse årsverk – med bygging av [type aktivitet]

Vi erfarte også noe av dette engasjementet i forbindelse med feltarbeidet og i intervjuene i denne kommunen. «Omsorgsaspektet» er til stede i større eller mindre grad i alle de tre kommunene, men er altså spesielt synlig i den ene kommunen. Videre trekker vi frem denne kommunen, fordi intervjuene her synliggjør verdien av en type ressurs som kan eksistere i et lokalsamfunn. Det er også interessant at intervjuene med innbyggerne i denne kommunen synliggjør slike ressurser, mens dette ikke kom frem i intervjuene med lokale ledere, i alle fall ikke umiddelbart, men dette ble heller ikke eksplisitt spurt om.

Informanter fra ett av områdene i en av de andre kommunene, trakk også frem den private og den frivillige omsorgen i deres nærmiljø:

Ingen er alene her. De som har hjemmetjeneste - folk ser til de. Jeg har ikke opplevd samhold noe sted som her.

Det er ingen som sitter alene og er ensom. ... Om du ser at det går langt ut på dag før lys kommer på – er det noen som sjekker.

Min mor på 90 er på butikken hver dag. Om hun ikke kommer til kaffe med de andre, blir hun ringt etter. .... Vi er en gjeng – og vi tar vare på hverandre om det kniper om.

I dette området, ble det også beskrevet et rikt lag- og foreningsliv, men omfanget hadde minket i takt med nedgangen i befolkningsstørrelse. Innbyggerne støtter også opp om det som arrangeres, enten det er snakk om felles middager eller andre typer aktiviteter.

De fleste informantene ga uttrykk for at de forventer økt innsats av frivillig arbeid i fremtiden, og at dette vil være nødvendig for å kunne dekke behov for hjelp. Samtidig er dette ikke bare noe de konstaterer vil komme til å skje. Flere beskriver det også som ønskelig. Økning i frivillig innsats omtales imidlertid ikke utelukkende som noe positivt. Det forventes at det offentlige skal ta det primære ansvaret for et pleie- og omsorgstilbud, og det vil være problematisk dersom frivillige skal dekke opp for et mangelfullt offentlig tilbud:

Jeg er litt skeptisk til at for mye blir for opptatt av – liter for mye på frivillighet. Kommunen må ta ansvar for mer enn pleie og omsorg, selv om det er det primære.

Noen ga også uttrykk for at «det politiske går for sent», og at befolkningen må involvere seg i sterkere grad for at det skal kunne skje noe. En ga uttrykk for et håp om å «få medvirke – å få lov til å bestemme hva som er viktig for meg». Andre bemerket også at det er viktig å bidra selv til sin egen «velferd»:

Noe må man kunne klare selv. Det må man kunne gjøre. Man må få hjelp til det man trenger hjelp til – vi må ikke bli for kravstore.

Det er ikke alle forunt å få en alderdom hvor en kan ta vare på seg selv. Om vi skal holde oss vital, må vi ha en stemme, og vi må bli tatt på alvor. Vi kan ikke bare ta imot tjenester – vi må gjøre noe selv.

Det uttrykkes imidlertid også en viss bekymring for at kommende generasjoner ikke vil involvere seg i frivillig virksomhet på samme måte og med samme intensitet som dem som i dag holder aktiviteten vedlike.

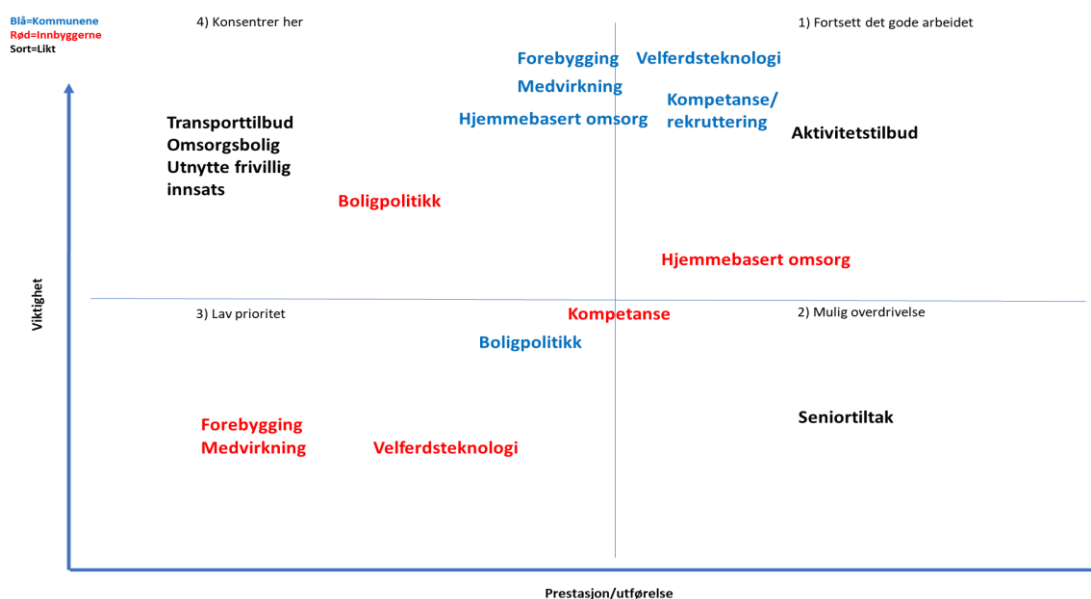
## 8 GAP-ANALYSE

### 8.1 INNLEDNING

I analysen har vi først identifisert et utvalg temaer som ble vurdert som viktig i analysen av materialet fra henholdsvis kommunene (dokumentstudiene og intervjuene) og innbyggerne (intervjuene). Deretter diskuterte forskerteamet seg frem til «riktig» plassering av disse temaene i VPA-skjemaet, langs skjemaets to dimensjoner («viktighet» og «prestasjon, se figur).

For noen tiltak har det vært større spredning i oppfatning enn for andre. For å finne en plassering i VPA-skjemaet, har vi valgt å vektlegge konsensus (mellom kommuner eller mellom innbyggere), og tone ned spredning/grad av uenighet mellom informantene når det gjelder et spesifikt tiltak. Et eksempel er velferdsteknologi. Her er det høy grad av konsensus mellom de kommunale lederne om at vi har med et viktig satsningsområde å gjøre, men det er større spredning mellom de tre kommunene når det gjelder vurderinger av hvor flinke de har vært til å ta i bruk velferdsteknologi i tjenestene.

Vi har organisert presentasjonen videre i to deler. I den første delen skal vi konsentrere oss om tiltak og politikkområder hvor det er høy grad av sammenfall («enighet») mellom innbyggerne og kommunene når det gjelder VPA-plassering. I diagrammet har disse tiltakene tekst i sort farge. I den andre delen skal vi ta for oss områder hvor det er avstand mellom kommunenes og innbyggernes vurderinger. Disse er markert med henholdsvis blå (kommunene) og rød (innbyggerne) farge.



Figur 23: VPA casekommunene og innbyggerne angående tiltak for en aldrende befolkning.

### 8.2 KONVERGENS

**Aktivitetstilbud:** Dette er et tilbud som plasserer seg i kvadrant 1 – «Fortsett det gode arbeidet», fordi det kombinerer høy viktighet med høy prestasjon/utførelse. Som tidligere nevnt, presenterer alle tre kommunene tiltak som skal bidra til fysisk aktivitet blant eldre, i tillegg til å skape møteplasser med



sosialt og kulturelt innhold. Aktivitetstilbudene omfatter eksempelvis dagtilbud til hjemmeboende eldre, gruppetreninger, turgrupper og tilbud om individuell trening, helsekafe med servering av middag og andre typer sosiale sammenkomster med kulturelt innhold. Slike tilbud er i samsvar med sentrale politiske målsetninger for eldreomsorgen, slik de kommer til uttrykk i for eksempel stortingsmeldingen «Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre».

Også innbyggerne fremhever slike tilbud som viktig. Når de beskriver aktivitetstilbud, er det ofte med utgangspunkt i erfaringer med egne foreldre, som i dag er i en helsemessig situasjon som tilsier behov for et organisert aktivitetstilbud. For egen del ser de fleste på kommunale aktivitetstilbud primært som noe som blir aktuelt i fremtiden en gang, når deres egen helse en dag blir forverret og de ikke lenger kan dyrke sine mange individuelle prosjekter. Innbyggerne løfter også frem aktivitetstilbud som viktig på en indirekte måte, gjennom å etterspørre et bedre utvalg av kollektive boløsninger, hvor det finnes mulighet for å få dekket behov både av fysisk, psykisk og sosial karakter, og som kombinerer tilgang til omsorg og trygghet med mulighet for sosiale aktiviteter sammen med likesinnede.

«**Seniortiltak**»: Også her er det sammenfall mellom vurderingene til kommunale ledere og innbyggere. Dette tiltaket sorterer i kategorien «mulig overdrivelse» (kvadrant 2) og er det eneste tiltaket der både kommunale ledere og innbyggere beskriver at det brukes mye ressurser på kostbare ordninger, men samtidig uttrykker tvil om effekten og verdien av dem. Alle tre kommuner har (eller har hatt) relativt omfattende seniortiltak for å få eldre arbeidstakere til å stå lenger i arbeid. Eksempler på seniorpolitikk er ekstra ferieuker og ekstra fridager, men flere av de kommunale lederne uttrykker usikkerhet til om tiltakene har effekt.

Intervjuene med innbyggerne tyder på at beslutningen om pensjoneringstidspunkt er lite avhengig av slike virkemidler. Ingen hadde benyttet seg av dette. Kun en nevnte at det finnes et slikt tilbud i kommunen. Blant informantene var det flere som var ansatt i den kommunale organisasjonen, og det var heller ingen av dem som nevnte kommunenes seniortiltak som en faktor som påvirket eventuelt valg av AFP. Det er i stor grad andre forhold som påvirker tidspunkt for pensjon. Flere av dem som har valgt AFP, beskriver at de samtidig med pensjonen har takket ja til tilbud fra tidligere arbeidsgiver om å arbeide deltid på «pensjonistvilkår».

Vi finner tre tiltaksområder der det er enighet mellom kommunal ledelse og innbyggere om at tiltaket er viktig, men at det samtidig er behov for en større innsats fremover (kvadrant 4: «konsentrer her»). Disse områdene er: Transporttilbud, utnytte frivillig innsats, og utbygging av kollektive bo- og omsorgsformer for eldre.

**Et godt transporttilbud** vurderes relativt høyt av både kommunale ledere og av innbyggere, av flere grunner. Det er viktig for å kompensere for de utfordringer som lange geografiske avstander og spredt bosetning gir, for å kunne utnytte sosiale møteplasser som kommunen legger til rette for alene eller i samarbeid med andre, og det er et effektivt virkemiddel for å kompensere for nedsatt mobilitet, slik mange eldre opplever. Som nevnt, er offentlig transport for eldre ikke nevnt spesifikt som en utfordring i noen av kommunenes plandokumenter.

Dette henger trolig sammen med at busstransport og hurtigbåttilbud er et fylkeskommunalt ansvar. To av kommunene nevner i sine plandokumenter på generell basis at kommunene skal jobbe for å opprettholde et tilfredsstillende tilbud på offentlig transport i og inn til kommunen, og det er vårt inntrykk fra intervjuene at alle tre kommunene vurderer et velfungerende transporttilbud som et sentralt strategisk element for at helheten i eldre-, helse-, omsorgs- og boligpolitikk skal fungere. Selv

om kommunene ikke er direkte ansvarlig for driften av busstilbud og hurtigbåttilbud, er de opptatt av at tilbudet skal kunne være så godt at det understøtter deres planer og utviklingsarbeid. Når en kommune har som strategi å styrke kommunesenteret, kan omlegging av hurtigbåtruter eller bussruter virke bremsende på den utviklingen som kommunen prøver å få til. Kommunene prøver derfor å holde dialog med fylkeskommunen for å bidra til at beslutninger som gjelder transport i deres kommune blir mest mulig hensiktsmessig.

I intervjuene med innbyggerne, er muligheten for fortsatt fysisk mobilitet noe som trekkes tidlig frem i samtalene om fremtiden som aldrende i kommunen. Særlig hos de som bor i grisgrendte områder der det offentlige transporttilbudet er dårlig eller fraværende, blir mye avhengig av muligheten til fortsatt selv å kunne kjøre bil eller ha noen i husholdet eller nabolaget som kan besørge biltransport. En utfordring er også at drosjetilbudet er begrenset i mange bygder og distrikt, og det pekes av informantene på at en eksisterende begrensning i antallet drosjeløyper er et problem. Kommunene tilbyr, i varierende grad, transporttjenester for å kjøre for eksempel, eldre fra eget hjem og til kommunale tjenestetilbud som dagsenter eller fallforebyggende treninger. I en av kommunene gjøres dette i samarbeid med frivillige. Innbyggerne ga i intervjuene uttrykk for at dette er en type samarbeid som det bør bli mer av, og at kommunene her har en ressurs som kan utnyttes enda mer, og hvor små investeringer (for eksempel bilhold) kombinert med sjåfør fra de frivillige, kan gi mye velferd og omsorg tilbake til innbyggerne.

Det er også noen dilemmaer med dette, slik en av informantene peker på: Dersom frivillige tar på seg transportoppgaver, går de drosjetilbudet i nærheten. Drosjer må finnes og de har døgnvakt, det har ikke frivillige. I småbygder utenfor kommunesentrene kan skolebuss være det eneste offentlige transporttilbudet som eksisterer, og for lokalbefolkningen kan det da fremstå som lite forståelig at ikke det offentlige ser hvilken betydning en bare marginal økning i transporttilbudet vil kunne ha for bygda sin levedyktighet.

Både kommunale ledere og innbyggere peker på viktigheten av å utnytte den ressursen som **frivilligheten** utgjør som mulig kilde for velferd og omsorg, alene og i samarbeid med det offentlige. Her er det samtidig merkbare forskjeller mellom kommunene, noe som lar seg forklare med kulturelle og historiske forskjeller. I alle tre kommunene beskriver innbyggerne lag og foreninger som viktige sosiale møteplasser. I en av kommunene fremstår dugnadsånden som særlig sterk, og organisasjons- og foreningslivet er aktivt og involverer store deler av lokalbefolkningen.

Også kommunale ledere ser frivillig arbeid som viktig, og gjerne som del av sitt primærforebyggende arbeid. Kommunene organiserer, ofte i samarbeid med lag og foreninger (som Husmorlaget, Røde Kors, Sanitetsforeningen, Grendelaget) eller elderråd og frisklivssentral, ulike typer gruppetreninger i hall, gåturer, helsekafeer og lignende. Til flere av disse tilbudene stiller to av kommunene med egen transport hvor de eldre blir hentet hjemme og kjørt til aktiviteten.

Et tredje område som fremheves som viktig, men med behov for økt innsats, er utbygging av **kollektive bo- og omsorgsløsninger**. For kommunale ledere dreier dette seg i hovedsak om omsorgsboliger med ulik grad av bemanning knyttet til seg. Flere pekte på behovet for flere heldøgnsomsorgsboliger for å redusere behovet for sykehjemsplasser. Noen av de kommunale lederne som ble intervjuet, snakket også om et ønske om å legge til rette for kollektive boløsninger med kort veg til tjeneste- og aktivitetstilbud og sosiale møteplasser. Fra kommunenes side ble det også pekt på at det er behov for flere omsorgsboliger i sentrale områder av kommunene, mens det er overkapasitet i noen av de mest

perifere områdene, selv om det også ble pekt på utfordringen med å balansere sentralisering opp mot ønske om å opprettholde bosetning i distriktene i kommunen.

Fra innbyggernes side snakkes det om en form for kollektive boligløsninger som inneholder muligheter for forskjellige aktiviteter og mer sosial kontakt enn det som ofte tilbys i dag. De etterlyser mer fleksibilitet i tjenestetilbudet og kritiserer det de omtaler som ensidig satsning på tjenester i egen opprinnelige bolig. Selv om begrepet «aldershjem» ikke lenger brukes i offentlige dokumenter, viser flere av innbyggerne innsikt i hva «aldershjem» i sin tid kunne tilby av aktiviteter og fellesskap med andre, og de etterlyser tilbud av liknende karakter.

Vi ser altså et bilde her hvor innbyggere og de kommunale lederne i stor grad har sammenfallende vurderinger av viktighet og av fremtidig behov. Samtidig var innbyggerne i to av kommunene særlig opptatt av det de oppfattet som hovedstrategien i kommunen, **hjemmebasert omsorg** i opprinnelig privatbolig, tilhører gårdagens løsning og er tilpasset dagens eldre mer enn å være fremtidsrettet og ta hensyn til kommende eldregenerasjoners ønsker om et bredere tilbud av løsninger. Fra kommunens side er tilbud om hjemmebasert omsorg i egen opprinnelige bolig fortsatt høyt prioritert, men man er på linje med innbyggernes vurdering i at dette behovet er noe bedre dekket enn tilfellet er for kollektive bo- og omsorgsløsninger.

### 8.3 DIVERGENS

Vi skal nå gå over til å se på de områdene hvor det er divergens mellom kommunenes og innbyggernes vurderinger og beskrivelser. Vurderingene/beskrivelsene kan divergere langs to dimensjoner, vertikalt og horisontalt. Når det er sprik mellom beskrivelsene langs den vertikale dimensjonen, har kommunen og innbyggerne ulikt syn på viktigheten av et tiltak. Når det er divergens langs den horisontale dimensjonen, er det ulik vurdering av grad av utførelse eller prestasjon for tiltaket.

Alle kommunene fremhever **forebyggende** og helsefremmende aktiviteter som en viktig strategi for å møte utfordringer med en antatt vanskeligere fremtidig økonomisk situasjon og økende behov for helse- og omsorgstjenester. De er imidlertid middels fornøyde med situasjonen når det gjelder implementering av forebyggende tiltak i kommunene. Det forklares med at forebygging ikke er lovpålagt og vanskelig å få prioritert når det veies mot lovpålagte og mer akutte oppgaver som viser mer umiddelbare og synlige resultater. Det er derfor et uttrykt ønske i alle de tre casekommunene om å arbeide mer (primær)forebyggende med mål om at de eldre skal holde seg friske, kunne leve aktive liv og bli i stand til å bo hjemme lengst mulig.

I intervjuene med innbyggerne ble ikke ordet «forebygging» brukt. Informantene var imidlertid stort sett aktive både sosialt, fysisk, og kulturelt, og mange av aktivitetene de bruker tiden sin på, var sammenfallende med aktiviteter som i kommunal regi faller inn under primærforebyggende aktiviteter. De fleste innbyggerne beskrev likevel at de hadde et avslappet forhold til det som offisielt regnes som «sunne vaner». Når vi analyserer diskusjoner og fortellinger finner vi at motivasjonen for aktivitetene i liten grad var sammenfallende med den offisielle «departementale» begrunnelsen for forebygging. Aktivitetene drives først og fremst av hensyn til deres egne interesser, livsstil og livsprosjekter, alene eller i fellesskap med familie og venner. Det er samtidig spredning mellom kommunene. I en av kommunene ble deltakelse i forenings- og organisasjonsliv tillagt betydelig vekt av informantene, mens det ikke var en like tydelig del av bevisstheten blant informantene i de to andre kommunene, bortsett fra i ett geografisk område i den ene av disse kommunene.

En annen verdi som fremheves som viktig på kommunalt nivå, er **medvirkning** og samarbeid med befolkningen og frivillig sektor om planlegging og utforming av tilbud og tjenester. Imidlertid beskrives medvirkningsprosesser av noen som tids- og kostnadskrevende, og det er ikke alltid like enkelt å få satt av nok ressurser til dette arbeidet. Her er det en tydelig kontrast til innbyggerne, som ikke la nevneverdig vekt på medvirkning. Flere informanter var opptatt av medvirkning og tok det på ulike måter selv opp i intervjuene. Dessuten var flere opptatt av samarbeid mellom det offentlige og frivillige om produksjon av tjenester, for å kunne realisere bedre tilbud om for eksempel transport.

**Boligpolitikk:** Alle kommunene ønsker å legge til rette for at eldre skal kunne bo hjemme så lenge som mulig, enten i privateid bolig eller i kommunal omsorgsbolig. Det planlegges også, eller er nylig bygd, flere omsorgsboliger i kommunene, enten sentralt i kommunen, eller i mindre bygdesentre. De peker også på at bruk av velferdsteknologi og andre teknologiske løsninger skal bidra til at flere kan bo hjemme lengre. Det er imidlertid mer begrenset oppmerksomhet fra kommunene når det gjelder bruk av mer generelle boligpolitiske virkemidler, som tilskudd og låneordninger, eller hvordan mer generelle utfordringer knyttet til lite funksjonelle boligmarkeder i distriktene, kan håndteres.

Når vi stilte innbyggerne spørsmål om dagens og fremtidig boligsituasjon, var de aller fleste innstilt på å bo i nåværende bolig – så fremt helse og funksjonsevne gjør det mulig. Få beskrev konkrete planer eller grundige vurderinger over fremtidig bosituasjon ut over dette, med unntak av noen informanter som allerede hadde kjøpt leilighet i nærmeste by eller sentralt i kommunen, myntet på bruk som tilleggsbolig når de hadde arbeid eller andre ærender i sentrum og ikke ønsket å kjøre krevende vinterveier frem og tilbake fra bygda.

Som nevnt over, trekker alle kommunene frem innføring av **velferdsteknologi** som et viktig tiltak for at eldre skal kunne bo hjemme så lenge som mulig. En del av de teknologiske løsningene som står nevnt i planene, er rettet mot å effektivisere tjenestene. Eksempler er elektroniske dørlåser hos hjemmeboende, elektroniske medisindispensere, digital trygghetsalarm og sensorer som skal muliggjøre digitalt tilsyn. Dette er tiltak som antas å ville gi tidsbesparelser for de ansatte, særlig i spredtbygde strøk hvor avstandene er store. Det er noe ulikt mellom kommunene når det gjelder hvor langt de vurderer at de er kommet på dette området. I en kommune er oppfatningen at de fremdeles er i startgropa, mens de andre har kommet noe lengre og har lagt til rette for blant annet å kunne gjennomføre enkle konsultasjoner med spesialisthelsetjenesten på nett slik at det eldre skal slippe den lange reisen til sykehuset.

I intervjuene med innbyggerne blir velferdsteknologi i liten grad beskrevet i begeistrede ordelag, noe skyldes til dels at betegnelsen er lite kjent. Det betyr ikke at innbyggerne ikke er opptatt av teknologi og ser mulighetene det kan gi i hverdagen. Teknologi er for brukerne noe konkret, som løser konkrete oppgaver eller behov for dem i hverdagen. «Velferdsteknologi», i den grad de er kjent med uttrykket, er derimot noe de kjenner til fra kommunale dokumenter eller medieoppslag om satsninger i offentlig sektor. De kommunale lederne, på sin side, sa at de oppfattet pårørende å være mer skeptisk enn de eldre selv, til bruk av ny teknologi. De fremtidig eldre som har vært intervjuet i studien, har i all hovedsak sine erfaringer med eldreomsorg i kommunen, som pårørende.

Et sentralt tema i alle kommunene var hvordan de skal kunne rekruttere og beholde **kompetanse** i helsetjenestene. Særlig en av kommunene har erfart betydelige utfordringer med å skaffe blant annet sykepleiere og leger, og erkjenner også at det vil bli krevende i årene som kommer. Rekruttering er høyt prioritert i alle tre kommunene, og de har ulike tiltak for å få tak i kompetansen de trenger. Tiltakene omfatter ulike lokkemidler for å trekke til seg personell, som ekstra lønn, ansiennitet og

bonuser, tilbud om videreutdanning og fulle stillingsbrøker for å beholde de som allerede er ansatt, og gratis barnehage. Alle de tre kommunene benytter tidligere ansatte som vikarer og som ekstra bemanning, og de har seniortiltak for å få eldre arbeidstakere til å stå lenger i arbeid. Innbyggerne som er intervjuet, fremhever også kompetanse som viktig.

Det er to sider ved kompetansespørsmålet som er relevant å kommentere fra dette perspektivet, fordi innbyggerne er både forbrukere av og tilbydere av kompetanse. Som forbrukere av kompetanse, deler innbyggerne de kommunale ledernes bekymringer for nok kompetanse i fremtidens tjenester. De formulerer fraflytting av unge som en utfordring, og enkelte peker på at tjenestene har vært nødt til å rekruttere arbeidstakere med svak motivasjon, og enkelte med manglende norskferdigheter.

Innbyggerne vi har intervjuet, er imidlertid også potensielle tilbydere av kompetanse, fordi flere av dem er eller har vært ansatt i kommunale virksomheter, og kan være aktuelle som reservearbeidskraft. Flere av de vi har intervjuet, kombinerer allerede pensjon med deltidsjobb i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

## 9 OPPSUMMERING OG AVSLUTTENDE KOMMENTARER

Formålet med dette oppdraget har vært å belyse spørsmålet om hvordan aldringen i kommuner med en høy andel fremtidige eldre, vil fortone seg sett fra kommunenes side, det vil si slik det kommer frem i kommunale tiltak og planer og gjennom intervjuer med kommunale ledere og innbyggere i de samme kommunene. Et analytisk grep i oppdraget har vært en gap-analyse, der vi har søkt å identifisere sammenfall og avvik mellom kommunale planer og tiltak på den ene siden, og fremtidens eldres egne planer og forventninger.

Følgende hovedproblemstillinger er utforsket i studien:

- Hva kjennetegner kommunenes tiltak og planer for å møte utfordringene og mulighetene som en aldrende befolkning gir, og hva kjennetegner kommunenes situasjonsforståelse og begrunnelser for hvorfor de gjør som de gjør?
- Hva kjennetegner personer i alderen 55+ år i rurale kommuner sin situasjon når det gjelder levekår, sosialt nettverk, tilhørighet til kommunen og forventninger til ulike kommunale tjenester?
- Hva kjennetegner bildet som innbyggere i alderen 55+ selv gir av det å bli eldre?
- Hva er utfordringene og mulighetene knyttet til bruk av teknologi og digitalisering?
- Hva kjennetegner norsk og nordisk forskning om temaet aldring og alderdom i rurale strøk?

### 9.1 FORSKNING OM ALDRING I RURALE STRØK I NORDEN

Som en del av oppdraget, har vi gjennomført en kartlegging og oppsummering av norsk og nordisk forskning om aldring og alderdom i rurale områder. Vi finner at det er få publikasjoner som anlegger et eksplisitt fremtidsperspektiv på kommunenes utfordringsbilde og planer. Den rurale dimensjonen kommer til uttrykk på ulike måter, der noen publikasjoner sammenlikner rurale og urbane områder, mens andre er lite eksplisitt når det gjelder tematisering av urban-rural-dimensjonen, ut over å forutsette at den eksisterer.

Temaet aldring i rurale strøk knyttes i stor grad til tjenesteproduksjon, og særlig til tjenester innenfor helse- og omsorgssektoren. Flere av publikasjonene setter søkelys på hjemmebaserte tjenester, mens kun et fåtall handler om institusjonsbasert omsorg. Dette kan (trolig) sees i sammenheng med en mer generell orientering mot hjemmebaserte tjenester. Samtidig kan tematikken ruralitet og fremtidig løsning av omsorgsbehov bidra til å forsterke denne orienteringen. Noen bidrag ser med kritisk blick på den økende vektleggingen av hjemmebasert omsorg.

Vi ser at flere publikasjoner har det vi kan kalle et «policy-nært» utgangspunkt og begrunnes i forståelsesrammer som har en politisk eller administrativ forankring. Eksempler på dette er publikasjoner som begrunner kunnskapsbehovet i et forventet press på helse- og omsorgstjenestene, og behov for mer bærekraftige løsninger.

Aldring blant personer med ulik etnisk bakgrunn, behandles i liten grad i litteraturen vi har sett på. En mulig forklaring på dette kan være at tettheten av innvandrere er størst i urbane

områder. Gjennomgangen omfatter noen få studier som belyser tjenesteyting til personer med samisk bakgrunn.

Eldre og arbeidslivsdeltakelse i rurale strøk er et annet tema som er lite belyst. Her er det trolig et udekket behov for forskning. Det er behov for kunnskap om hvordan fremtidens eldre tilpasser seg de ulike valgmulighetene som finnes mellom fulltids arbeid og fulltids alderspensjonist, og også i hvilken grad og hvordan fremtidens (relativt friske) eldre ønsker å bruke sine ressurser i frivillig arbeid. Vi har for eksempel i våre intervjuer i casekommunene fått høre at eldre med AFP eller alderspensjon kan utgjøre en viktig arbeidskraftreserve i situasjoner med mangel på arbeidskraft.

Gjennomgangen avdekker et behov for forskning om hvilken rolle og funksjon frivillige lag og foreninger har når det gjelder å ivareta eldres behov både for praktisk bistand og sosial kontakt i rurale områder. Slik kunnskap er viktig i lys av forventningen om økt involvering fra «tredje sektor» i fremtidig tjenesteproduksjon.

Det er overraskende lite publikasjoner om uformell omsorg (familieomsorg). Dette har vært et stort forskningsfelt tidligere, og det er liten grunn til å tro at den sosiale virkeligheten har endret seg mye. Det er derfor behov for forskning om betydningen av uformell omsorg mellom og på tvers av generasjoner, inkludert studier om foreldre – voksne barn-relasjonen. I hvilken grad og på hvilken måte påvirker voksne barn og deres familieetablering aldrede foreldres beslutninger for eksempel om å flytte etter dem og med det frigjøre boliger i et område?

Transport er viktig for eldre i rurale strøk og førerkort betyr mye for mange. Ti artikler handler om transport, og halvparten av disse handler om tilrettelegging i lokalmiljøet for utendørsbevegelse. Det er kun et fåtall artikler som ser bredere på betydningen av transport i rurale områder med store geografiske avstander.

Det er også et udekket behov for forskning som undersøker betydningen geografisk avstand kan ha for planlegging og koordinering av helse- og velferdstilbud for eldre, så vel som andre grupper med behov for tjenester fra velferdsstaten. Hvordan inngår geografiske dimensjoner (som avstander og lokalisering) i forståelser av lokalsamfunn, og på hvilken måte er geografi og avstand elementer i forhandlinger for eksempel om ressursfordeling?

Et annet forskningsbehov gjelder «virtuell omsorg» og bruk av teknologi som alternativer til omsorg i situasjoner der fysisk nærhet er vanskelig eller umulig. Det kan antas at dette er temaer som vil bli dekket av flere forskningsprosjekter i tiden fremover.

## **9.2 LEVEKÅR OG LIVSKVALITET BLANT ELDRE I RURALE STRØK – ET OVERSIKTSBILDE**

Med utgangspunkt i EU-SILC 2017 (levetårsundersøkelsen) og Difis innbyggerundersøkelse fra 2017 har vi i kapittel fire skildret noen trekk ved levekår, sosialt nettverk, og forventninger til og tilfredshet med kommunale tjenester i aldersgruppen 55+ i rurale områder. Analysene har vist at mange forhold vurderes som vel så gode i rurale områder som i urbane områder, og for noen temaer er vurderingene blant de som bor i rurale strøk, noe bedre. Dette gjelder ikke minst tilgangen til noen å spørre om hjelp til ulike formål. I rurale områder er det noen flere som rapporterer at de har noen å spørre om praktisk hjelp, og det er noen flere som beskriver at de har noen (familie, venner, naboer) til å spørre til råds om viktige forhold ved hverdagsliv og helse. Tilgangen til slik støtte er noe større blant både kvinner

og menn i rurale strøk enn i tettbygde og urbane strøk. Andelen som har utført frivillig arbeid er også høyere blant dem som bor i rurale strøk enn blant dem som bor i tettbygde/urbane områder. Dette gjelder spesielt for kvinner mellom 55 og 74 år. Disse forskjellene er ikke store eller statistisk signifikante, men de peker likevel samlet sett i en positiv retning for rurale strøk. Det vil si at tilfredshet med livet er vel så høy i rurale strøk som i tettbygde og urbane strøk, og eldre kvinner i rurale områder har en noe høyere gjennomsnittsscore på tilfredshet med livet generelt enn kvinner i tettbygde og urbane områder.

Når vi ser på tilfredshet med ulike aktiviteter og tilbud, finner vi at innbyggere i spredtbygde strøk er mindre fornøyde enn innbyggere i tettsted og urbane områder. Tilfredsheten med tilgang til butikker, kulturaktiviteter, kollektivtransport og standard på veier, er klart lavere i rurale områder. Bildet er imidlertid motsatt når vi ser på tilgangen til ulike omsorgs- og helsetilbud (tilgang til hjemmesykepleie, hjemmehjelp, sykehjems plasser, omsorgsboliger etc.).

Konklusjonen basert på disse analysene, er at eldre (55+) innbyggere i rurale områder er vel så fornøyde med tilgangen til helse- og sosialtjenester, med sosiale nettverk, med nærområdet sitt og med livet generelt som innbyggere i tettsted og i urbane strøk. Eldre i rurale områder har imidlertid en noe lavere tilfredshet med ulike hverdagstilbud (kultur, butikker, transport). Tallene indikerer at de eldre aldersgruppene er vel så fornøyd som yngre aldersgrupper med kommunen som sted å bo og leve. Dette er i tråd med andre undersøkelser som viser at tilfredsheten med ulike levekårsfaktorer er høyere blant de eldre enn de er blant unge voksne, og at disse forskjellene har økt over tid (Fylling, 2014; Skogen et al., 2020).

### **9.3 KOMMUNENES TILTAK, PLANER OG VURDERINGER**

En hovedutfordring som nevnes i alle tre casekommunene, er nedgang i folketall, fraflytting av unge og en økende andel eldre. En konsekvens av dette er færre personer til å ta seg av en aldrende befolkning. I alle tre kommunene pekes det på behov for omstilling for å kunne tilby kommende eldre et økonomisk bærekraftig tjenestetilbud og samtidig møte deres omsorgsbehov.

Casekommunenes strategier for å håndtere utfordringene kan deles inn i to hovedkategorier:

1. Forhindre eller begrense nedgangen i folketall og fraflyttingen ved å gjøre kommunen attraktiv å bo og arbeide i, og ved å skape nye arbeidsplasser.
2. Begrense fremtidige utgifter til helse- og omsorgsfeltet via tiltak av forebyggende og helsefremmende art. Blant annet legges det vekt på tiltak som kan bidra til at eldre mestrer eget hverdagsliv og kan klare seg selv lengst mulig i eget hjem.

Alle tre casekommunene ser det som en stor utfordring å rekruttere og beholde kvalifisert helsepersonell i fremtiden. Dette er derfor noe det arbeides aktivt med, blant annet i form av ulike typer samarbeid med andre kommuner i regionen. Kommunene løser flere av utfordringene med å være små, gjennom interkommunalt samarbeid og samarbeid med Fylkesmannen, fylkeskommunen og nærmeste sykehus. Samarbeidene bidrar til, og handler om, erfarings- og kunnskapsutveksling, læring, deling av fagressurser, søknader om prosjektmidler, prosjekter knyttet til velferdsteknologi og rekruttering av helsepersonell. De kommunale lederne ga uttrykk for at det interkommunale samarbeidet fungerte godt, men det ble uttrykt ønske om enda tettere samarbeid med Fylkesmannen, fylkeskommunen og nærmeste sykehus.



I noen av kommunenes plan og strategidokumenter har det vært uklart hva som er visjoner og hva som er reelle tiltak. Noen av tiltakene har også varierende presisjonsnivå. De fleste tiltakene var imidlertid tilpasset utfordringer her og nå eller innenfor en relativt kort planperiode. Få konkrete strategier var innrettet mot utviklingstrekk som er bebudet for 10 eller 20 år fremover i tid. Tiltak som allerede er etablert, vil også kunne bidra til å løse fremtidige utfordringer. Ledere i alle tre casekommunene ga uttrykk for at de tilbyr forholdsvis gode helse- og omsorgstjenester, og spesielt to av casekommunene har økonomi til å opprettholde dagens tjenestetilbud.

De viktigste barrierene mot å implementere tiltak for økende antall eldre, som de kommunale lederne pekte på, er knyttet til prioritering av knappe ressurser og det å arbeide på nye måter. Knappe økonomisk rammer gjør det blant annet utfordrende å få finansiert forebyggende arbeid, og omstilling til bruk av velferdsteknologi, krever kulturendring både hos ansatte og i befolkningen. Særlig velferdsteknologi krever at det bygges opp kompetanse både hos ansatte og brukerne og at det settes av tilstrekkelig med ressurser slik at administrasjon og tjenestene har kapasitet til å drive fram prosjektene.

Faktorer som ble nevnt for å overkomme barrierene, var blant annet å sørge for å forankre ideer og prosjekter hos ansatte, brukere og politikere gjennom dialog og medvirkning. I tillegg ble det trukket fram som avgjørende, at det ble satt av nok ressurser til tiltakene. God ledelse og bruk av tverrfaglige grupper, ble også trukket fram som viktig, i tillegg til bedre koordinering av den frivillige innsatsen for å gjøre det lettere å utnytte potensialet som ligger her.

I plandokumentene blir økende antall eldre for det meste omtalt som en utfordring ved at det legger press på helse- og omsorgstjenestene i kommunene, selv om det nevnes at økende antall eldre også gir muligheter uten at det konkretiseres i dokumentene hva dette innebærer. Under intervjuene har dette imidlertid kommet tydeligere fram. For eksempel bidrar mange eldre aktivt i lokalsamfunnet på ulike måter gjennom frivillig arbeid i lag og foreninger. Gjennom frivillig arbeid bidrar de blant annet med å arrangere og gjennomføre ulike fysiske, sosiale og kulturelle aktiviteter for eldre. I tillegg kom det fram under intervjuene at mange som har vært ansatt innenfor helse- og omsorgstjenesten i kommunene, fortsetter å arbeide der etter at de er pensjonert, både i faste deltidsstillinger og som tilkallingsvikarer. Dette er en viktig ressurs for kommunene.

Intervjuene med kommunale ledere handlet i stor grad om helse- og omsorgstjenestene for eldre. Dette har nok mye å gjøre med at informantene var ledere på forskjellige nivå i helse- og omsorgstjenestene. I tillegg kan det virke slik at når man snakker om økende antall eldre, blir dette ofte assosiert med økt omsorgsbyrde, og samtalen dreies over på utfordringene for helse- og omsorgstjenestene. Som nevnt over, er det imidlertid flere eksempler på at eldre er viktige ressurspersoner i lokalsamfunnene. Kanskje er det også lettere i små distriktssamfunn der alle kjenner alle, å se denne ressursen og utnytte den til det beste for alle parter.

Selv om det er noen utfordringer for små rurale kommuner i møte med en aldrende befolkning, kom det også fram flere fordeler med å være en liten kommune. Når alle kjenner alle, kan det være lettere å tilpasse tjenestene til den enkelte og å utnytte de sosiale nettverkene rundt den eldre. Det er lettere for både innbyggerne og ansatte å vite hvem som arbeider med hva, og å finne fram til rett person dersom man lurer på noe. Korte beslutningslinjer gjør også kommunene i stand til «å snu seg» raskt. Inntrykket er at det frivillige arbeidet og dugnadsånden står sterkt i casekommunene, og at dette representerer en viktig ressurs til glede og nytte for alle parter. Kanskje er ikke situasjonen med økende

antall eldre like dyster for rurale kommuner som det noen ganger framstilles i det offentlige ordskiftet – verken for kommunene eller for de eldre.

## **9.4 INNBYGGERES FORVENTNINGER OG FORBEREDELSE**

### **9.4.1 FREMTIDSBILDER 1 - HVERDAGSLIV**

Vel halvparten av de 42 innbyggerne som har deltatt i studien, var pensjonister. Bortsett fra tre, hadde alle tatt ut pensjon før de fylte 67 år. Kun en håndfull av dem som fortsatt var yrkesaktiv, hadde planer om å arbeide så lenge de kan, og gjerne frem til 70 årsgrensen om det lar seg gjøre. Refleksjoner rundt og beslutninger om pensjon, varierte på tvers av yrke og utdanningsnivå. Ingen av informantene ga uttrykk for at de føler et samfunnsmessig press om å arbeide lengst mulig, og et slikt press ble ikke lagt til grunn i vurderinger av egen pensjonsalder. Kun en informant ga uttrykk for et samfunnsmessig engasjement for å demme opp for befolkningsnedgang i egen kommune. Vedkommende planla å ta ut pensjon ved ordinær pensjonsalder (67 år), eller tidligere, av hensyn til yngre generasjoner som det er ønskelig å beholde eller rekruttere til stillinger i kommunen.

For flere av informantene var det utfordrende å se for seg fremtiden som aldrende i kommunen. Bilder som ble beskrevet, var imidlertid basert på flere forhold. Et viktig forhold er egen helsetilstand. God helse beskrives som den avgjørende faktoren både for hvor de bor og for hva de gjør. Dersom vi ser bort fra usikkerheten knyttet til egen helsesituasjon når informantene beskriver fremtidsscenarioer, er bildene i forbausende stor grad preget av kontinuitet. I utgangspunktet ser informantene ikke for seg noen vesentlige endringer fra dagens livssituasjon, men noen uttrykker mer bekymring enn andre på kommunens vegne, blant annet med tanke på befolkningsnedgang og muligheten for å rekruttere kvalifisert helsepersonell. Informantene ønsker å bo hjemme, der de nå bor, lengst mulig, og å fortsette å realisere livsprosjektene sine der. De innser likevel at årene går og at helsetilstanden på et tidspunkt vil kreve at de får behov for hjelp og at de eventuelt må flytte til en annen bolig. Flere beskrev også ønsker om andre typer boformer, inkludert kollektive boformer, enn det som finnes i dag. Dette er i tråd med Høyland og medforfatteres (2020) skisserte løsninger. Flere har også vurdert å flytte nærmere der barna bor, slik at de kan fortsette å holde kontakt om egen helsetilstand gjør at de i mindre grad kan reise. De har da mulighet til å motta praktisk hjelp av barna om de skulle bli fysisk eller mentalt svekket. Som pensjonist står flere friere på mange måter, og det kan være enklere å flytte dit barna bor, enn det vil være for barna å flytte dit foreldrene bor. For flere av informantene dreier dette seg om å flytte til et mer urbant sted, fordi barna har dratt fra bygda og etablert seg i by eller bynære strøk. Enkelte informanter forteller at de har blitt oppfordret av egne barn til å flytte etter dem til nærmeste by fordi tilbudet blant annet av helse- og omsorgstjenester i nåværende kommune, ser mindre lyse ut, og fordi det ikke finnes kommunikasjonsmuligheter mellom bygden der de bor, og andre deler av kommunen om de ikke selv kjører bil.

### **9.4.2 FREMTIDSBILDER 2 – TJENESTEBEHOV OG TJENESTETILBUD**

I del to av analysen tok vi for oss hva informantene beskriver av forventninger og vurderinger når det gjelder behov for tjenester, og hva som er viktig for dem. Et gjennomgående budskap er at det må åpnes opp for flere alternativer, i stedet for ensidig satsning på hjemmebaserte tjenester. Et større mangfold i løsninger kan gi et tilbud som passer for flere, også for dem som ikke for enhver pris ønsker å bo alene hjemme med et offentlig omsorgstilbud om de skulle bli hjelpetrengende. Informantene

virket godt orientert om helse- og omsorgstilbud som kommunen deres vil kunne tilby, noen fordi de er i en alder der de har eldre foreldre, og har ferske erfaringer med å bistå, eller skaffe til veie tjenester i en livsfase som tilsvarer nettopp den vi intervjuer informantene om, andre fordi de var ansatt innenfor helse- og omsorgssektoren eller hadde politiske verv. Mange forventer begrensninger i tilgangen til kommunale helse- og omsorgstjenester når de selv blir eldre, sammenlignet med det tilbudet som kommunene gir i dag. Det er ingen som gir uttrykk for at de forventer at det kommunale tjenestetilbudet vil øke i omfang og tilgjengelighet. På spørsmål om de ville akseptere å betale noe for å beholde tjenestetilbudet der de bor, er det få som uten videre sier at de ville akseptere det. Det er imidlertid ikke økonomiske begrunnelser som er mest fremtredende for dette standpunktet, men heller en oppfatning om at helse- og omsorgstjenester er det offentliges ansvar.

## 9.5 TEKNOLOGI – UTFORDRINGER OG MULIGHETER

De tre casekommunene har kommet litt ulikt i gang med velferdsteknologiske løsninger, men alle legger vekt på dette for å møte fremtidige utfordringer knyttet til en økende andel eldre i befolkningen. Velferdsteknologi assosieres ofte med løsninger innen helse- og omsorgssektoren, og beskrives som et tiltak som skal bidra til at eldre skal kunne bo hjemme lengst mulig, enten i den opprinnelige boligen eller i en omsorgsbolig. Eksempler på velferdsteknologiske løsninger var elektroniske dørlåser, medisindispensere, digital trygghetsalarm og sensorteknologi som skal muliggjøre digitalt tilsyn. Begrunnelser for teknologiske løsninger er mer effektive tjenester, bedre tjenester, større trygghet og redusert transporttid for både tjenesteytere og brukere. Alle tre kommunene legger vekt på opplæring i bruk av velferdsteknologi, og ansatte har vært gjennom «Velferdsteknologiens ABC» i regi av blant andre KS. Til en viss grad har de kommunale lederne som er intervjuet, opplevd skepsis fra de ansatte, men dette var mest i en tidlig fase før de fikk opplæring og ble kjent med løsningene. Lederne formidler imidlertid en skepsis fra pårørende, som er usikker på tryggheten til brukerne, og samtidig er bekymret for at teknologien vil bli en (billigere) erstatning for fysisk oppfølging fra omsorgsytere. Selv om nasjonal statistikk viser at spredtbygde strøk har en noe lavere utbyggingsgrad av bredbånd/fiber og 4G-dekning enn sentrale strøk, er det ingen av de tre case-kommunene som beskriver sin digitale infrastruktur som problematisk. Kommunene forteller om eksempler der manglende lønnsomhet i utbygging for fiberleverandør, ble løst gjennom et tilbud om grøftegraving på dugnad fra det lokale grendelaget.

I intervjuene med innbyggerne 55+ kommer det frem at mange er kjent med velferdsteknologi som begrep, og med den optimismen som knyttes til det. Mange av informantene er såpass unge og førlige at velferdsteknologi ikke er aktuelt for dem selv ennå, men flere har foreldre som er i målgruppen for slike tiltak, og har høstet erfaringer og gjort seg noen tanker på bakgrunn av det. Noen gir uttrykk for den skepsisen som også de kommunalt ansatte formidlet – at velferdsteknologi er en løsning som først og fremst innføres av hensyn til ressursparing, og ikke fordi det gir tilgang til bedre tjenester og mer sosial kontakt. Enkelte informanter peker også på at det er lett å la seg blinde av fordommer mot slike teknologiske løsninger. Som en av innbyggerne vi intervjuet uttalte: Kanskje kan noe av transporttiden for omsorgspersonalet ved fysiske hjemmebesøk, bli omgjort til digital samværstid med brukere. Velferdsteknologi som begrep synes ikke å bli assosiert med dekning av sosiale behov av informantene. Her er det derfor et potensial for å utvikle forståelsesrammene for hva velferdsteknologi kan være.

## 9.6 FORHOLDET MELLOM KOMMUNENES PLANER OG TILTAK OG INNBYGGERES FORVENTNINGER OG BEHOV

I kapittel 8 diskuterer vi tiltak som kommunene og innbyggerne har sammenfallende vurdering av, og tiltak der vurderingene deres spriker med utgangspunkt i en gap-analyse. Her oppsummerer vi tiltak og politikkområder som kommune og innbyggere har sammenfallende vurderinger av. I analysen identifiserte vi innhold i følgende fire kategorier: 1) «Fortsett det gode arbeidet», 2) «Mulig overdrivelse», 3) «Lav prioritet», og 4) «Konsentrer her. Nedenfor presenteres først tiltak i kvadrant 4) «Konsentrer her» (tiltak som er viktige og som bør bli gjenstand for en sterkere innsats). Deretter tar vi for oss tiltak i kvadrant 1) «Fortsett det gode arbeidet», og kvadrant 2) «Mulig overdrivelse». Det er ingen av tiltakene som det er «enighet» om mellom kommune og innbyggere, som faller inn i kvadrant 3) «Lav prioritet»).

**«Konsentrer her»** er tiltak som anses som viktige, men der det gjøres for lite. Tre – delvis overlappende - tiltak er i denne kategorien:

- **Et godt transporttilbud:** Et godt transporttilbud kan kompensere for utfordringer knyttet til lange geografiske avstander og spredt bosetning, og for nedsatt fysisk mobilitet som følger med alderen for mange. Muligheten for mobilitet ble trukket frem som en nøkkelfaktor for å kunne bo lengst mulig hjemme. Tap av mulighet til å kjøre egen bil, ble omtalt som et kritisk punkt blant flere som bodde geografisk perifert i kommunene. Gode eksempler på tiltak som det kan bli mer av, er samarbeid der kommunene sørger for bil/buss, mens frivillige (f.eks. gjennom frivillighets-sentralen) står for sjåfør og kjøring. Dette kan for eksempel kreve at man ser nærmere på ordninger for begrensede (geografisk eller tidsmessig) transport/-kjøretillatelse for privatpersoner/frivillige.
- **Utnyttelse av frivillig innsats:** Både kommunen og innbyggerne omtaler frivillige lag og foreninger som viktige for å skape gode og fremtidsrettede løsninger, og bemerker at det bør bli mer samarbeid som utnytter den ressursen som frivillig innsats utgjør. Transportløsninger er et eksempel som trekkes frem av flere, et annet er et samarbeid mellom privat selskap og grendelag om å bygge ut fiberkabel til en liten bygd. Både fra kommunens og fra innbyggernes side synes altså vår undersøkelse å peke mot et betydelig potensial for «samskaping» - en prosess der ulike aktører på tvers av sektorer (offentlig – ikke-offentlig) utvikler ny velferd sammen (Ulrich, 2016). Samtidig som samskaping er et begrep som har vunnet terreng i offentlig sektor de siste årene, er det også behov for gode eksempler på hva samskaping faktisk kan innebære (Heimburg & Hofstad, 2019), og hvordan ledere i kommunal og frivillig sektor kan tilegne seg kompetanse i å lede samskapingsprosesser og -nettverk (Sørensen & Torfing, 2017).
- **Satsing på kollektive boløsninger og alternative omsorgsløsninger:** For kommunale ledere dreier dette seg i stor grad om omsorgsboliger med ulik grad av hjemmetjenester. Innbyggerne ønsker kollektive boligløsninger som inneholder muligheter for mer aktiviteter og mer sosial kontakt enn det som ofte tilbys i dag. De etterlyser også mer fleksibilitet i tjenestetilbudet og kritiserer det de omtaler som en litt for ensidig satsning på tjenester i egen opprinnelige bolig. Fra kommunens side er tilbud om hjemmebasert omsorg i egen opprinnelige bolig fortsatt høyt prioritert, men man er på linje med innbyggernes vurdering i at dette behovet er noe bedre dekket enn tilfellet er for andre former for løsninger. En rapport fra SINTEF (Høyland mfl. 2020) som utreder modeller for integrerte boligløsninger i samsvar med målene om en aktiv alderdom og involvering av og i

sivilsamfunnet, finner at fysisk nærhet og samlokalisering er et sterkt virkemiddel for å nå dette. Forfatterne peker også på at slike løsninger må skreddersys med utgangspunkt i lokale behov – det finnes ikke ett konsept som er riktig for alle. En anbefaling vi vil gi er derfor å legge til rette for økt grad av dialog og forventningsavklaring mellom kommune og innbyggere når det gjelder dekking av fremtidig behov for boliger, slik at boligutviklingsprosjekter og omsorgsløsninger kan utvikles målrettet med utgangspunkt i lokale behov.

«**Fortsett det gode arbeidet**» er tiltak som anses som viktige, og der innsatsen er god. I denne kategorien var det ett tiltak som kommunene og innbyggerne hadde sammenfallene vurdering av:

- **Aktivitetstilbud:** Alle tre kommunene fremhever aktivitetstiltak som viktig. De bidrar til fysisk aktivitet og til sosiale møteplasser med sosialt og kulturelt innhold for eldre. Også innbyggerne fremhever slike tilbud som viktige. Dette er samtidig tilbud hvor situasjonen beskrives som god og hvor det ikke er behov for ekstra innsats.

«**Mulig overdrivelse**» er tiltak som anses som mindre viktig, men hvor det legges forholdsvis mye ressurser. Også i denne kategorien var det ett tiltak hvor kommunene og innbyggerne hadde sammenfallene vurdering:

- **Seniortiltak:** Alle tre kommuner har (eller har hatt) relativt omfattende seniortiltak for å få eldre arbeidstakere til å stå lenger i arbeid. Eksempler på seniorpolitikk er ekstra ferieuker og ekstra fridager, men flere av de kommunale lederne uttrykker usikkerhet til om tiltakene har tilsiktet effekt. Intervjuene med innbyggerne tyder på at beslutningen om pensjoneringstidspunkt er forholdsvis lite avhengig av slike virkemidler. Ingen av våre informanter hadde benyttet seg av de virkemidlene som kommunene trakk fram under seniorpolitikk. Det er i stor grad andre forhold, knyttet til egne livsplaner, som påvirker valget av tidspunkt for pensjon.

Analysen viste også at kommunene og innbyggerne hadde divergerende beskrivelser for noen tiltak og områder. Områder som vi vil fremheve er følgende:

- **Forebygging:** Er løftet høyt på dagsordenen i kommunene. Innbyggerne var i stor grad aktive og bevisst betydningen av et aktivt liv, og mange drev aktiviteter som var sammenfallende med primærforebygging – men da først og fremst av egen interesse. De hadde ellers et avslappet forhold til det som regnes som «sunne vaner».
- **Medvirkning:** Står høyt på den kommunale dagsordenen, men har mindre plass i innbyggernes bevissthet og prioriteringer.
- **Boligpolitikk:** Ser man bort fra boformer som er rettet mot at eldre skal kunne motta hjemmebasert omsorg lengst mulig, er det lite aktiv boligpolitikk å spore som er rettet mot fremtidens eldre i kommunene. Innbyggerne hadde heller ikke mange konkrete egne planer eller strategier å vise til når det gjelder bolig, for å forberede alderdommen i kommunen.
- **Velferdsteknologi:** Er løftet høyt på den kommunale listen over tiltak som man har tro på for å møte fremtidens utfordringer, men alle var ikke kommet like langt i implementeringen av teknologiske løsninger. Innbyggerne var relativt lite kjent med og opptatt av velferdsteknologi som begrep, men flere har erfaringer med det gjennom egne, eldre foreldre som brukere av helse- og omsorgstjenester.

## 9.7 RURALE ERFARINGER - BRUDD MED MYTER?

En hovedkonklusjon i rapporten er at små distriktskommuner – eller rurale kommuner - kan være gode steder for aldring og alderdom, en konklusjon som på mange måter står i kontrast til de mer dystre bilder som ofte preger beskrivelsene av distriktskommuner og en aldrende befolkning. I disse bildene blir rurale områder ofte fremstilt med høy fremtidig omsorgsbyrde og «uregjerlige» problemer, og underforstått som en negativ motsats til urbane områder der problembildet antas å være mindre. Bildene har blitt omtalt som myten om 'eldrebølgen' (Christensen 2018), og myten om ressursknapphet og innstrammingsbehov ('discourse of austerity') (Milbourne, 2016). Når vi i vår studie snakker med representanter for innbyggere i de tre kommunene, er det ikke pessimistiske beskrivelser av distriktene som sted å bli gammel i som dominerer fortellingene. I mange beskrivelser tegnes et bilde av steder fylt av muligheter til å fortsette å realisere ens livsprosjekter, enten det er som arbeidstakere, som førtidspensjonister eller som pensjonister. I beskrivelsene er ofte egen familie og eget sosialt nettverk et sentralt omdreiningspunkt. Et interessant trekk er at i manges fortellinger inngår det urbane sentrumet i nærmeste bykommune som en ressurs som preger deres oppfatning og opplevelse av det stedet de bor på. Den daglige bevisstheten om dette urbane sentrumet, og muligheten de har til å reise dit, er en viktig del av manges oppfatning av det rurale stedet. Flere av informantene peker riktignok også på utfordringer ved å bo ruralt når det gjelder egen livssituasjon og boligsituasjon, og at tilgangen til et offentlig tjenestetilbud kan være dårligere enn i dag når helsa en gang i fremtiden vil svekkes. De ser at det vil bli mer press på ressursene og at man kanskje ikke kan regne med å få et like godt tjenestetilbud som i dag, og at man kanskje i større grad må sette sin lit til frivillig innsats i et samarbeid med det offentlige.

Det er også interessant at heller ikke de kommunale ledernes fortellinger er dominert av de negative beskrivelsene, utsikter til en økt omsorgsbyrde og behov for økonomisk innstramming. Det er derimot en relativt høy grad av sammenfall mellom kommunenes og innbyggernes vurderinger når det gjelder syn på dagens situasjon og hvilke temaer og områder som er viktig å prioritere i tiden fremover – samtidig som beskrivelsene vi har fått, er sammensatt, med mange nyanser. Med et kritisk blikk kan man kanskje si at det ligger til rollen til de kommunale lederne å gi en positiv beskrivelse av sin virksomhet. Samtidig blir det en enkel forklaring. Det som først og fremst kan sies å være karakteristisk ved de kommunale ledernes beskrivelser, er et *tvisyn* der de balanserer hensynet til politiske idealer og målsetninger fra sentralt hold, mot de lokale forholdene og behovene til befolkningen i egen kommune. Dette tvisynet er trolig et resultat nettopp av egenskaper ved rurale steder, der de befinner seg i en lokal kontekst som gir dem oversikt og nærhet til innbyggerne. Ledernes styring er dels basert på sentrale politiske føringer, men også på lokalkunnskap og personlig kjennskap til mange av personene det gjelder - de er selv innbyggere i den samme bygda og medlem i mange av de sosiale fellesskapene der.

*«Det rurale»*

Forskning om aldring og ruralitet (se f.eks. Skinner 2018, Bygdell 2014) har pekt på at et fysisk og statisk syn på steder er lite fruktbart utgangspunkt for å forstå aldring og ruralitet. Steder er ikke statiske eller 'stumme', men 'gjør noe' med aldring og alderdom som fenomener: «place is more than objective functions and locations on maps; places represent and make older people and older people represent and make them». (Andrews 2018, p. 16). Basert på vår studie, vil vi fremheve følgende aspekter som sentrale ved «det rurale»:

- Nærhet til natur og nærhet til stedet: Natur og naturkrefter påvirker hverdagen og former bevisstheten om stedet for mange. Naturgitte forhold (som stengte veier og kolonnekjøring, eller mange turmuligheter) som følger årstidene, er en innebygd del av deres hverdagsforståelse.
- Bygda og byen: I de tre kommunene vi har undersøkt, er det et par timers reisevei til det urbane regionsenteret. Hverdagslivet er preget av en bevissthet om forskjellighet til byen, samstundes som byen inngår som en viktig og meningsskapende del av hverdagslivet i den rurale kommunen.
- Infrastruktur: De tre småkommunene er preget av en egen type infrastruktur. Offentlig transport med lav frekvens og store avstander, og krever for de fleste planlegging. Transport er derfor også et diskusjonstema for de fleste. Det er mer krevende å bygge ut for eksempel digital infrastruktur til små bygder, og løsninger kan innebære samarbeid mellom private selskap som utbyggere, det offentlige som tilretteleggere (og myndighet), og bygdelag/velforeninger som støttespillere og initiativtakere. Løsninger finnes ofte i samarbeid og dugnadsinnsats.
- Nærhet mellom myndighetspersoner/forvaltning og befolkning: Et sentralt trekk ved disse kommunene er oversikt og gjensidig kjennskap mellom representantene for kommunal forvaltning og innbyggere. Myndighetspersonene fyller formelle roller i kommunen, men er også sambyggere. Dette skaper både utfordringer og muligheter. En utfordring er potensielle rollekonflikter. Nærheten gir imidlertid oversikt over potensielle løsninger på behov, og muligheter for dialog med befolkningen. De kommunale lederne har en egen type ferdigheter, som består i å balansere dette bildet.

## 9.8 NOEN ANBEFALINGER OG FORSLAG TIL VIDERE STUDIER

På bakgrunn av studiens samlede funn vil vi særlig løfte frem følgende områder som med fordel kan styrkes for å skape mer aldersvennlige lokalsamfunn:

- **Bedre transporttilbud mellom perifere og sentrale områder i kommunene:** Dette kan ivaretas både ved å sørge for et godt offentlig tilbud og ved å styrke samarbeid mellom kommune og frivillige organisasjoner som kan bidra til å transportere eldre til og fra ulike aktiviteter og arrangementer mot at driftskostnader dekkes.
- **Bedre utnyttelse av «seniorressursen»:** Eldre kan være en viktig ressurs for å løse oppgaver i lokalsamfunnet i fremtiden. Mange gir uttrykk for at de vil bidra i dugnader og frivillig arbeid til fellesskapets beste, men forventer samtidig at det offentlige er tilrettelegger.
- **Bedre utnyttelse av frivillig innsats:** Det finnes et betydelig potensial for «samskaping» mellom offentlige og frivillige aktører. Vi anbefaler at kompetansen innenfor dette området styrkes og at det legges til rette for at gode samskappingsprosesser kan finne sted.
- **Alternative boløsninger og omsorgsløsninger** bør utredes blant annet med tanke på større variasjon i tjenestetilbudet. Det vil være hensiktsmessig å avklare innbyggers forventninger og behov, slik at boligviklingsprosjekter kan innrettes mer målrettet.
- **Bedre utnyttelse av styrker ved små samfunn:** Rurale kommuner har muligheter til å skape aldersvennlige samfunn blant annet gjennom at det er liten fysisk og sosial distanse mellom kommunale ledere og befolkning. Denne nærheten gir unike muligheter til dialog, felles problemforståelse, og til å finne løsninger i fellesskap. Dette er viktig å utnytte i en tid hvor rammebetingelsene for å skape et aldersvennlig samfunn endres svært raskt.

- **Utvide forståelsen av aldring og ruralitet:** Sentrale myndigheters arbeid med å realisere strategien for et aldersvennlig samfunn kan med fordel bygge tydeligere på perspektiver og kunnskap om ruralitet og aldring fra nyere litteratur innen, for eksempel, geografisk gerontologi.

**Forslag til videre studier:** Studien avdekker manglende kunnskap innenfor følgende områder:

- Hvilken rolle og funksjon frivillige lag og foreninger har når det gjelder å ivareta eldres behov både for praktisk bistand og sosial kontakt i rurale områder
- Betydningen av uformell omsorg (familieomsorg), og foreldre-voksne barn-relasjonen med hensyn til for eksempel flyttebeslutninger
- Hvordan heldøgns omsorgsboliger for eldre er utformet og fungerer
- Hvilken betydning geografisk avstand kan ha for planlegging og koordinering av helse- og velferdstilbud for eldre
- «Virtuell omsorg» og bruk av teknologi i situasjoner der fysisk nærhet eller kontakt er vanskelig eller umulig
- Aldring i rurale områder blant personer med ulik etnisk bakgrunn
- Aldring i rurale områder og tjenesteyting til personer med samisk bakgrunn
- Eldre og arbeidslivsdeltakelse i rurale strøk
- Betydningen av transport for aldring i rurale strøk



## REFERANSER

- Aasbrenn, K., Ranglund, O., & Ellingsen, P. (2015). Nå og bli nådd. *Stat & Styling*(4), 51-55.
- Abramsson, M., & Hagberg, J.-E. (2019). Housing plans of the oldest: ageing in semi-rural areas in Sweden. *Journal of Housing and the Built Environment*, 1-17. doi:10.1007/s10901-019-09665-z
- Andrews, G. J., Cutchin, M. P., & Skinner, M. W. (2018). Space and place in geographical gerontology. In M. W. Skinner, G. J. Andrews, & M. P. Cutchin (Eds.), *Geographical gerontology : Perspectives, concepts, approaches* London: Taylor and Francis.
- Arnadottir, S., Gunnarsdottir, E., Stenlund, H., & Lundin-Olsson, L. (2011). Determinants of self-rated health in old age: A population-based, cross-sectional study using the International Classification of Functioning. *BMC Public Health*, 11(1), 670. doi:10.1186/1471-2458-11-670
- Aure, M. (2019). Hit by a Stroke: An Autoethnographic Analysis of Intergenerational Care Across Geographical Distances. In P. Naskali, J. A. Harbinson, & S. Begum (Eds.), *New Challenges to Ageing in the Rural North*.
- Begum, S. (2019). Exploring Age-Friendly Environments in Rural Settings: Case Study from Finnish Lapland. In P. Naskali, J. A. Harbinson, & S. Begum (Eds.), *New Challenges to Ageing in the Rural North*.
- Berg, N. G., & Lysgård, H. K. (2004). Ruralitet og urbanitet – bygd og by. *Plan*, 36(2), 18-25  
ER. Retrieved from [http://www.idunn.no/plan/2004/02/ruralitet\\_og\\_urbanitet\\_-\\_bygd\\_og\\_by](http://www.idunn.no/plan/2004/02/ruralitet_og_urbanitet_-_bygd_og_by)
- Berner, J., Rennemark, M., Jogreus, C., Anderberg, P., Skoldunger, A., Wahlberg, M., . . . Berglund, J. (2015). Factors influencing Internet usage in older adults (65 years and above) living in rural and urban Sweden. *Health Informatics Journal*, 21(3), 237.
- Blekesaune, A., & Haugen, M. (2018). Ageing in Norwegian Rural and Urban Communities. *European Countryside*, 10(2), 232-246. doi:10.2478/euco-2018-0014
- Blix, B. H., Hamran, T., & Normann, H. K. (2013). Struggles of being and becoming: A dialogical narrative analysis of the life stories of Sami elderly. *Journal of Aging Studies*, 27(3), 264-275.
- Blusi, M., Kristiansen, L., & Jong, M. (2015). Exploring the influence of Internet-based caregiver support on experiences of isolation for older spouse caregivers in rural areas: a qualitative interview study. *International Journal of Older People Nursing*, 10(3), 211-220. doi:10.1111/opn.12074
- Boudiny, K. (2013). 'Active ageing': from empty rhetoric to effective policy tool. *Ageing & Society*, 33(6), 1077-1098.
- Bygdell, C. (2014). Omsorgsfylld landsbygd : Rumslige perspektiv på åldrande och omsorg på den svenska landsbygden. In: Uppsala universitet, Kulturgeografiska institutionen.
- Christensen, K. (2018). Myten om eldrebølgen. In L. J. Syltevik & K. Christensen (Eds.), *Myter om velferd og velferdsstaten*: Cappelen Damm.
- Dale, B., Söderhamn, U., & Söderhamn, O. (2012a). Life situation and identity among single older home-living people: A phenomenological–hermeneutic study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 7(1), 18456.
- Dale, B., Söderhamn, U., & Söderhamn, O. (2012b). Self-care ability among home-dwelling older people in rural areas in southern Norway. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1), 113-122. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00917.x
- Depp, C. A., & Jeste, D. V. (2006). Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(1), 6-20.
- Devik, S. A. (2016). Hjemmesykepleie til eldre som bor på bygda med uhelbredelig kreft. In. Sundsvall: Sundsvall: Mittuniversitetet.
- Devik, S. A., Enmarker, I., Wiik, G. B., & Hellzèn, O. (2013). Meanings of being old, living on one's own and suffering from incurable cancer in rural Norway. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(6), 781-787. doi:10.1016/j.ejon.2013.03.009
- Devik, S. A., Hellzen, O., & Enmarker, I. (2015). "Picking up the pieces"-Meanings of receiving home nursing care when being old and living with advanced cancer in a rural area. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 10(1), 28382-28310. doi:10.3402/qhw.v10.28382
- Disch, P. G., & Vetvik, E. (2009). Framtidas omsorgsbilde - slik det ser ut på tegnebrettet. Omsorgsplanlegging i norske kommuner. Status i 2009 - utfordringer mot 2015. In: Senter for omsorgsforskning Sør Universitetet i Agder. Høgskolen i Telemark.
- Eggebo, H., Munkejord, M. C., & Schönfelder, W. (2019). Land, History and People: Older people's Stories about Meaningful Activities and Social Relations in Later Life. *Journal of Population Ageing*. doi:10.1007/s12062-019-09253-7

- Fylling, I. (2014). *Levekår og livskvalitet i Nordland 2014* (Vol. nr. 6/2014). Bodø: Nordlandsforskning.
- Gilleard, C., & Higgs, P. (2011). Ageing abjection and embodiment in the fourth age. *Journal of Aging Studies*, 25(2), 135-142. doi:10.1016/j.jaging.2010.08.018
- Gilleard, C., & Higgs, P. (2015). Connecting Life Span Development with the Sociology of the Life Course: A New Direction. *Sociology*, 50(2), 301-315. doi:10.1177/0038038515577906
- Gjertsen, T., Ryser, L., & Halseth, G. (2016). Gamvik, "a good place to grow old": the role of voluntary organizations in an ageing resource-dependent municipality in northern Norway. In N. Hanlon & M. W. Skinner (Eds.), *Ageing Resource Communities: New frontiers of rural population change, community development and voluntarism*. Routledge Studies in Human Geography: Taylor and Francis.
- Hamran, T. (2017). "They take care of their own": healthcare professionals' constructions of Sami persons with dementia and their families' reluctance to seek and accept help through attributions to multiple contexts. *International Journal of Circumpolar Health (Online)*, 76(1). doi:10.1080/22423982.2017.1328962
- Hanssen, T.-E. S., & Mathisen, T. A. (2018). Exploring the attractiveness of a Norwegian rural higher education institution using importance-performance analysis. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 62(1), 68-87.
- Harbison, J. R. (2019). Are We Really Listening? Ageism, Voice, and Older People's Diversity in Nordic Societies Undergoing Welfare Change. In P. Naskali, J. A. Harbinson, & S. Begum (Eds.), *New Challenges to Ageing in the Rural North* (pp. 225-238): Springer.
- Haustein, S., & Siren, A. (2014). Seniors' unmet mobility needs – how important is a driving licence? *Journal of Transport Geography*, 41, 45-52. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jtrangeo.2014.08.001>
- Heimburg, D. v., & Hofstad, H. (2019). Samskaping som samarbeids- og styringsform for kommunenes folkehelsearbeid: Hva vet vi? Hva er utfordrende? Og hvor går vi videre? In: By- og regionforskningsinstituttet NIBR, OsloMet.
- Helgesen, M. K., & Herlofsen, K. (2017). Kommunenes planlegging og tiltak for en aldrende befolkning. *NIBR-rapport 2017:16*.
- Higgs, P., & Gilleard, C. (2014). Frailty, abjection and the 'othering' of the fourth age. *Health Sociology Review: Longevity: Sociological Perspectives on Health, Illness and Service Provision*, 23(1), 10-19. doi:10.5172/hesr.2014.23.1.10
- Hjemås, G., Holmøy, E., & Haugstveit, F. (2019). Fremskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060. In: Statistisk sentralbyrå.
- Hjorthol, R. (2013). Transport resources, mobility and unmet transport needs in old age. *Ageing & Society*, 33(7), 1190-1211.
- Hjorthol, R., Longva, F., Skollerud, K. H., & Vågane, L. (2009). Transportløsninger for eldre i distriktene. *TØI-rapport 1043/2009*.
- Hjorthol, R., Nordbakke, S., Vågane, L., Levin, L., Sirén, A., & Ulleberg, P. (2011). Eldres mobilitet og velferd: utvikling, reisebehov og tiltak. In: Transportøkonomisk institutt,(TØI).
- Holm, S. G., Mathisen, T. A., Saeterstrand, T. M., & Brinchmann, B. S. (2017). Allocation of home care services by municipalities in Norway: a document analysis.(Report). *BMC Health Services Research*, 17(1). doi:10.1186/s12913-017-2623-3
- Høyland, K., Denizou, K., Halvorsen, T., & Moe, E. (2020). Bo hele livet. Nye bofellesskap og nabolag for gammel og ung. In: SINTEF akademisk forlag.
- Immonen, M., & Sintonen, S. (2016). Citizens' perceived value of locally-provided services. *The International Journal of Public Sector Management*, 29(2), 183-200. doi:10.1108/IJPSM-06-2015-0120
- Immonen, M., Vilko, J., Koivuniemi, J., & Laasonen, K. (2015). Outcomes of public health reform - service availability in rural areas. *The International Journal of Public Sector Management*, 28(1), 42-56. doi:10.1108/IJPSM-03-2014-0035
- Iwarsson, S., Ståhl, A., & Löfqvist, C. (2013). Mobility in outdoor environments in old age. *Environmental gerontology: Making meaningful places in old age*, 175-198.
- Jacobsen, F. F. (2015). Understanding public elderly care policy in Norway: A narrative analysis of governmental White papers. *Journal of Aging Studies*, 34, 199-205.
- Kalfoss, M., & Low, G. (2018). Identity Processes Among Older Norwegians Living in Urban and Rural Areas. *Western Journal of Nursing Research*, 40(5), 701-724. doi:10.1177/0193945916687514
- Kalfoss, M. H., Low, G., & Halvorsrud, L. (2018). Identity Processes Among Older Norwegians Living in Urban and Rural Areas. *Western Journal of Nursing Research*, 40(5), 701-724.

- Kjelvik, J., & Mundal, A. (2013). Utgifter til Eldres helse og omsorg. In J. R. (red.) (Ed.), *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester (side 39-48)*: Oslo - Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Krumsvik, R. J. (2016). *En doktorgradsutdanning i endring : et fokus på den artikkelbaserte ph.d.-avhandlingen*. Bergen: Fagbokforl.
- Kvitberg, T. (2019). "We Do Not Eat Luxury Food": A Story About Food and Health in an Old Sami Woman's Everyday Life in Norway. In P. Naskali, J. A. Harbinson, & S. Begum (Eds.), *New Challenges to Ageing in the Rural North* (pp. 225-238): Springer.
- Landsforbund, N. A. (2019). Håndbok - Aldersvennlig stedsutvikling, Norske arkitekters landsforbund. In: Norske arkitekters landsforbund.
- Larsen, L. S., Normann, H. K., & Hamran, T. (2016). Collaboration between Sami and non-Sami formal and family caregivers in rural municipalities. *Ethnic and Racial Studies*, 39(5), 821-839. doi:10.1080/01419870.2015.1080382
- Leiren, M. D., & Skollerud, K. H. (2015). Public Transport Provision in Rural and Sparsely Populated Areas in Norway. *International Transport Forum, Discussion Paper No. 2015-08*.
- Lundgren, A., & Ljuslinder, K. (2011). Problematic Demography: Representations of Population Ageing in the Swedish Daily Press. *Journal of Population Ageing*, 4(3), 165-183. doi:10.1007/s12062-011-9048-2
- Lundgren, A. S., Liliequist, E., & Landén, A. S. (2018). Between activity and solidarity: Comprehending retirement and extended working lives in Swedish rural areas. *Journal of Aging Studies*, 44, 1-8.
- Lundholm, E. (2015). Return to where? The geography of elderly return migration in Sweden. *Eur. Urban Reg. Stud.*, 22(1), 92-103. doi:10.1177/0969776412464505
- Martilla, J. A., & James, J. C. (1977). Importance-performance analysis. *Journal of marketing*, 41(1), 77-79.
- Meld St 15. (2017-2018). Level hele livet. En kvalitetsreform for eldre.
- Meld. St. 19 (2018-2019). (2019). Folkehelsemeldinga. Gode liv i eit trygt samfunn. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/84138eb559e94660bb84158f2e62a77d/nn-no/pdfs/stm201820190019000dddpdfs.pdf>
- Mentsen Ness, T., Hellzen, O., & Enmarker, I. (2015). The Experience of Nurses Providing Home Nursing Care to Oldest Old Persons Living Alone in Rural Areas—An Interview Study. *Open Journal of Nursing*, 5(4), 336-344.
- Merenheimo, P. (2019). Traditional Foundations of Novel Opportunities: Marketization in Finland's Care Sector. In P. Naskali, J. A. Harbinson, & S. Begum (Eds.), *New Challenges to Ageing in the Rural North*.
- Mikkelsen, H. H. (2016). Unthinkable Solitude: Successful Aging in Denmark Through the Lacanian Real. *Ethos*, 44(4), 448-463. doi:10.1111/etho.12144
- Milbourne, P. (2016). Austerity, welfare reform, and older people in rural places: competing discourses of voluntarism and community? In M. W. Skinner & N. Hanlon (Eds.), *Ageing Resource Communities: New frontiers of rural population change, community development and voluntarism*. Routledge Studies in Human Geography: Taylor and Francis.
- Munkejord, M. C. (2017). 'I Work With my Heart': Experiences of Migrant Care Workers in a Northern, Rural Context. *Journal of Population Ageing*, 10(3), 229-246. doi:10.1007/s12062-016-9157-z
- Munkejord, M. C., Eggebø, H., & Schönfelder, W. (2018). Hjemme best? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(01), 16-26. doi:10.18261/issn.2387-5984-2018-01-03
- Murberg, T., & Røed, M. (2019). Seniorenes boligstrategi : Hvilke preferanser og forventninger har innbyggerne om egen fremtidig boligstrategi? Er det trekk ved enkeltindividet som styrer preferansene? In: Universitetet i Agder ; University of Agder.
- Mørk, E. (2013). Hjemme så lenge som mulig. In J. R. (red.) (Ed.), *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester (side 63-68)*. Oslo - Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Naskali, P. (2019). Old Women and Men as Political Actors in Finnish Lapland. In P. Naskali, J. A. Harbinson, & S. Begum (Eds.), *New Challenges to Ageing in the Rural North*.
- Naskali, P., Harbinson, J. R., & Begum, S. (2019). *New Challenges to Ageing in the Rural North : A Critical Interdisciplinary Perspective*(1st ed. 2019. ed., Vol. 22).
- NAV. (2017). NAVs bedriftsundersøkelse 2017. Notat 1.
- Ness, T. M. (2015). Home Nursing Care in Rural Areas : Stories from Oldest Old Persons Living Alone and their Nurses. In. Sundsvall: Mittuniversitetet, Faculty of Human Sciences.
- Ness, T. M., Enmarker, I., & Hellzèn, O. (2013). Experiences of being old and receiving home nursing care: older South Sami narrations of their experiences—An interview study.

- Ness, T. M., Hellzen, O., & Enmarker, I. (2014a). "Embracing the present and fearing the future": The meaning of being an oldest old woman in a rural area. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 9(1), 25217.
- Ness, T. M., Hellzen, O., & Enmarker, I. (2014b). "Struggling for independence": The meaning of being an oldest old man in a rural area. Interpretation of oldest old men's narrations. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 9(1), 23088.
- Ness, T. M., Söderberg, S., & Hellzèn, O. (2019). 'The same care providers over time who make individual adjustments and have competence' Older South Sami People in Sweden's expectations of home nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*.
- Nilsson, M., Hagberg, J.-E., & Grassman, E. J. (2013). To age as a man: Ageing and masculinity in a small rural community in Sweden. *norma*, 8(01), 59-76.
- Nystad, J. F., & Norheim, B. (2011). Hva skjer med befolkningsutviklingen framover? *Plan*(05), 4-11.
- Næss, A., & Vabø, M. (2014). Negotiating Narratives of Elderly Care: The Case of Pakistani Migration to Norway. *Ageing International*, 39(1), 13-32. doi:10.1007/s12126-012-9147-2
- Otnes, B. (2015). Utviklingen i pleie-og omsorgstjenestene 1994-2013. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1(1), 48-61.
- Outila, M., Seppänen, M., Lantela, P., & Vasari, P. (2019). Bringing Dying Back Home? – Northern Finns' End-of-Life Preparations, Concerns and Care Preferences and Finnish Care Policy's Emphasis on Care at Home. In P. Naskali, J. A. Harbinson, & S. Begum (Eds.), *New Challenges to Ageing in the Rural North*.
- Rantakokko, M., Iwarsson, S., Kauppinen, M., Leinonen, R., Heikkinen, E., & Rantanen, T. (2010). Quality of life and barriers in the urban outdoor environment in old age. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(11), 2154-2159.
- Rantakokko, M., Iwarsson, S., Vahaluoto, S., Portegijs, E., Viljanen, A., & Rantanen, T. (2014). Perceived environmental barriers to outdoor mobility and feelings of loneliness among community-dwelling older people. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*, 69(12), 1562-1568.
- Rantakokko, M., Mänty, M., Iwarsson, S., Törmäkangas, T., Leinonen, R., Heikkinen, E., & Rantanen, T. (2009). Fear of moving outdoors and development of outdoor walking difficulty in older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(4), 634-640.
- Rantakokko, M., Portegijs, E., Viljanen, A., Iwarsson, S., Kauppinen, M., & Rantanen, T. (2017). Perceived environmental barriers to outdoor mobility and changes in sense of autonomy in participation outdoors among older people: a prospective two-year cohort study. *Aging & mental health*, 21(8), 805-809.
- Regjeringen. (2016). Flere år - flere muligheter. Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn. Retrieved from [https://www.regjeringen.no/contentassets/c8a8b14aadf14f179a9b70bc62ba2b37/strategi\\_eldrepolitikk\\_110316.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/c8a8b14aadf14f179a9b70bc62ba2b37/strategi_eldrepolitikk_110316.pdf)
- Rogne, A. F., & Syse, A. (2017). Framtidens eldre i by og bygd. Befolkningsframskrivinger, sosidemografiske mønstre og helse. *SSB rapport 2017/32*.
- Róin, Á. (2015). The multifaceted notion of home: Exploring the meaning of home among elderly people living in the Faroe Islands. *Journal of Rural Studies*, 39, 22-31. doi:10.1016/j.jrurstud.2015.03.002
- Romøren, T. I. (2001). Den fjerde alderen : funksjonstap, familieomsorg og tjenestebruk hos mennesker over 80 år. In Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sixsmith, J., Sixsmith, A., Fänge, A. M., Naumann, D., Kucsera, C., Tomsone, S., . . . Woolrych, R. (2014). Healthy ageing and home: The perspectives of very old people in five European countries. *Social Science & Medicine*, 106, 1-9.
- Skinner, M. W., & Winterton, R. (2018). Rural ageing In M. W. Skinner, G. J. Andrews, & M. P. Cutchin (Eds.), *Geographical gerontology : Perspectives, concepts, approaches* London: Taylor and Francis.
- Skogen, J. C., Nilsen, T. S., Aasan, B. E. V., Nes, R. B., Aarø, L. E., & Vedaa, Ø. (2020). *Fylkehelseundersøkelsen i Nordland: Fremgangsmåte og utvalgte resultater*. Retrieved from
- Stefansdottir, O. A., & Sveinbjarnardottir, E. K. (2019). Continued Togetherness: Couples Preparing for Old Age. In P. Naskali, J. A. Harbinson, & S. Begum (Eds.), *New Challenges to Ageing in the Rural North*.
- Svensson, E.-M. (2019). Older Women, the Capabilities Approach and CEDAW: Normative Foundations and Instruments for Evaluation of the Governance of the Nordic Arctic. In P. Naskali, J. A. Harbinson, & S. Begum (Eds.), *New Challenges to Ageing in the Rural North* (pp. 13-30): Springer.
- Sørensen, E., & Torfing, J. (2017). Metagoverning Collaborative Innovation in Governance Networks. *The American Review of Public Administration*, 47(7), 826-839. doi:10.1177/0275074016643181

- Sørvoll, J., Martens, C., & Daatland, S. O. (2014). Planer for et aldrende samfunn? Bolig og tjenester for eldre i kommunene. In: Oslo Metropolitan University - OsloMet: NOVA.
- Sørvoll, J., Sandlie, H. C., Nordvik, V., & Gulbrandsen, L. P. (2016). Eldres boligsituasjon. Boligmarked og boligpolitikk i lys av samfunnets aldring. In: Oslo Metropolitan University - OsloMet: NOVA.
- Ulrich, J. (2016). Samskabelse - en typologi. *Clou Skriftsserie, 2016(001)*, 1-15.
- Valokivi, H. (2019). The Aged People in the Transitional Elder Care Policy and Service System in Northern Finland. In P. Naskali, J. A. Harbinson, & S. Begum (Eds.), *New Challenges to Ageing in the Rural North*.
- Veenstra, M., & Daatland, S. O. (2012). *Bærekraftig omsorg ? : familien, velferdsstaten og aldringen av befolkningen*(Vol. 2/12).
- Vestby, G. M., Brattbakk, I., & Norvoll, R. (2017). Lytt til seniorenene! Utprøving av medvirkningsmodell for aldersvennlige lokalsamfunn. *Samarbeidsrapport NIBR/AFI 2017*.
- Wennberg, L. (2019). A Feminist Socio-Legal Approach to Ageing, Gender and Welfare in Northern Sweden. In P. Naskali, J. A. Harbinson, & S. Begum (Eds.), *New Challenges to Ageing in the Rural North*.
- Werling, H. (2016). Comparing the Quality of Life of the Elderly Rural and Urban Population of Sweden. In.
- Åkerman, J., Gudmundsson, H., Hedegaard Sørensen, C., Isaksson, K., Olsen, S., Kessler, F., & Macmillan, J. (2011). How to manage barriers to formation and implementation of policy packages in transport. *OPTIC. Optimal policies for transport in combination*.

Rapporten er en studie av hvordan aldring i kommuner med en høy andel framtidige eldre vil fortone seg, slik det kommer til uttrykk gjennom henholdsvis kommunale tiltak og planer, og de kommende Eldres forventninger og behov knyttet til det å bli eldre i kommunen som de bor i. Empirisk bygger rapporten på en casestudie i tre distriktskommuner i Nord-Norge.



NORLANDSFORSKNING  
NORLAND RESEARCH INSTITUTE

Postboks 1490  
N-8049 Bodø  
Norge

Tlf: +47 75 41 18 10  
nf@nforsk.no  
www.nordlandsforskning.no

ISBN:  
978-82-7321-802-5 (trykt)  
978-82-7321-803-2 (digital)  
ISSN-nr: 0805-4460