

Ivar Brevik

De nye hjemmetjenestene - langt mer enn eldreomsorg

Utvikling og status i yngres bruk av
hjemmebaserte tjenester 1989-2007



NIBR

Norsk institutt for by- og regionforskning

De nye
hjemmetjenestene
- langt mer enn eldreomsorg

Andre publikasjoner fra NIBR:

NIBR-rapport 2010:1

**Oppgaveforskyvning
mellom 1. og 2.-
linjetjenesten**

Om utvikling i pleie- og
omsorgstjenestene
1988-2007
- all vekst i endret
innretning

NIBR-rapport 2007:15

"Der tida står stille"

Utvikling og status i Oslos
eldreomsorg
En sammenliknende
analyse

NIBR-rapport 2005:17

Slik vil eldre bo

En undersøkelse av
framtidige eldres
boligpreferanser

Rapportene koster
kr 350,-, og kan bestilles
fra NIBR:

Gaustadalléen 21

0349 Oslo

Tlf. 22 95 88 00

Faks 22 60 77 74

E-post til

nibr@nibr.no

Rapportene kan også
skrives ut fra

www.nibr.no

Porto kommer i tillegg til
de oppgitte prisene

Ivar Brevik

De nye hjemmetjenestene - langt mer enn eldreomsorg

Utvikling og status i yngres bruk av
hjemmebaserte tjenester 1989-2007

NIBR-rapport 2010:2

Tittel: **De nye hjemmetjenestene
– langt mer enn eldreomsorg.**
Utvikling og status i yngres bruk av
hjemmebaserte tjenester 1989-2007

Forfatter: Ivar Brevik

NIBR-rapport: 2010:2
ISSN: 1502-9794
ISBN: 978-82-7071-851-1
Prosjektnummer: O-2732
Prosjektnavn: Utvikling og status i yngres bruk av
hjemmebaserte tjenester 1989-2007

Oppdragsgiver: Helse- og omsorgsdepartementet

Prosjektleder: Ivar Brevik

Referat: Rapporten dokumenterer utvikling, endret
innretning og status i hjemmebaserte
tjenester blant brukere under 67 år
etter hovedårsak til hjelpebehovet;
utviklingshemming, psykisk lidelse eller
somatisk sykdom. Den viser også utviklingen i
årsverksbruk i pleie- og omsorgs-
tjenestene samlet og separat for
hjemmebaserte tjenester og institusjoner.

Sammendrag: Norsk og engelsk

Dato: August 2010

Antall sider: 246

Pris: Kr 350,-

Utgiver: Norsk institutt for by- og regionforskning
Gaustadalléen 21,
0349 OSLO
Telefon: (+47) 22 95 88 00
Telefaks: (+47) 22 60 77 74
E-post: nibr@nibr.no
http://www.nibr.no

Vår hjemmeside: <http://www.nibr.no>

Trykk: Nordberg A.S.
Org. nr. NO 970205284 MVA
© NIBR 2010

Forord

I denne prosjektrapporten legger NIBR fram resultater fra utredningen om *Utvikling og status i yngres bruk av hjemmebaserte tjenester 1989-2007*.

Arbeidet er utført på oppdrag for Helse- og omsorgsdepartementet. Det ble gjennomført i tidsrommet januar-oktober 2009. Midlene som har vært stilt til disposisjon, har gitt rom for omlag 12 ukeverk.

Analysene og framstillingen i denne rapporten er basert på et mer omfattende underlagsmateriale, som foreligger i form av et antall upubliserte prosjektnotater ved NIBR. (jf. oversikt i kapittel 1.3.)

NIBR vil takke fagdirektør Steinar Barstad ved *Kommunehelsetjenesteverdelingen* i Helse- og omsorgsdepartementet for mange gode faglige drøftinger under veis. Innholdet i rapporten står imidlertid for forfatterens regning.

Forsker Ivar Brevik ved NIBR har vært prosjektleder og skrevet rapporten.

Vi tør håpe at rapporten vil komme til nytte i departementet og kommunenes videre arbeid med utvikling og forming av pleie- og omsorgstjenestene.

Oslo, august 2010

Olaf Foss
Forskningssjef

Innhold

Forord	1
Tabelloversikt	8
Figuroversikt	9
Sammendrag	13
Summary	19
Sammenfatning	27
1 Innledning	52
1.1 Bakgrunn for og hovedtrekk i opplegget av utredningen	52
1.1.1 Om mandatet for utredningen	52
1.1.2 NIBRs utlegning av mandatet	53
1.2 Nærmere om valg av innretning av analysene	54
1.2.1 Del I. Analyse av brukerne av heimebaserte tjenester – utvikling og status	54
1.2.2 Del II. Ressursbruken – utvikling og status i fordeling av årsverk i pleie- og omsorgstjenestene mellom sentrale brukergrupper	56
1.3 Om datagrunnlaget og underlagsmateriale	58
1.3.1 Oversikt over ulike datakilder og underlags- materiale	58
1.3.2 Om Helsetilsynets undersøkelse i 2003	60
2 Hovedtrekk i generell utviklingen av pleie- og omsorgstjenestene 1988-2007	63
2.1 Oversikt over utvikling i antall plasser i institusjon og kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål ...	64
2.2 Boliggjøring av omsorgstjenestene etter 1988	67
2.2.1 Vedvarende vekst i den eldre befolkningen – skifte i innretning av tilbud	68
2.2.2 Omstrukturering, profilering og nyskaping i omsorgstjenestene	69
2.2.3 Om utbyggingen av kommunale boliger	70

2.2.4	Kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål med heldøgns pleie- og omsorg.....	72
2.3	Utvikling og status i dekningsgrad i institusjoner og kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål for personer 67 år+	73
2.3.1	Utvikling i dekningsgrad 1975-2006.....	73
2.3.2	Dekningsgrad inkludert kommunale boliger med heldøgns pleie og omsorg.	75
2.4	Utvikling mot mer målratta og intensiv bruk av heimebaserte tjenester de 10-15 siste åra.....	77
2.4.1	Endring i antall brukere av heimebaserte tjenester - særlig vekst i antall yngre brukere.	77
2.4.2	Endringer i sammensetning av de heimebaserte tjenestene – hjemmesykepleiens framvekst.....	79
2.5	Oppsummering	82
3	Utvikling og status i kjennetegn ved brukere av heimebaserte tjenester under 67 år.....	84
3.1	Sterk vekst i yngres bruk av heimebaserte omsorgstjenester	84
3.1.1	Endring i antall brukere under 67 år 1989-2006.....	85
3.1.2	Endring i antall brukere under 67 år etter alder 1996-2006.....	90
3.2	Endring i bruk av type heimebaserte tjenester blant brukere under 67 år.....	91
3.2.1	Sterk vekst i bruk av hjemmesykepleie blant unge brukere etter 1995	91
3.2.2	Endring i bruken etter type tjeneste blant yngre brukere etter alder	95
3.3	Brukere av heimebaserte tjenester under 67 år etter hovedårsak til hjelpebehovet.....	99
3.3.1	Antall utviklingshemmede brukere av heimebaserte tjenester under 67 år	100
3.3.2	Brukere av heimebaserte tjenester under 67 år i 2002 etter hovedårsak til hjelpebehovet	101
3.3.3	Brukere av heimebaserte tjenester etter hovedårsak til hjelpebehovet 1989-2006	102
3.3.4	Hovedårsak til hjelpebehov etter type oppholdssted i 2003	104
3.3.5	Hovedårsaker til hjelpebehovet blant beboere i kommunale boliger etter alder	106

3.4	Brukere av heimebaserte tjenester etter type tjeneste og hovedårsak til hjelpebehovet etter type oppholdssted i 2002	107
3.4.1	Bruk av type heimebaserte tjenester etter om en bor i ordinær eller kommunal bolig	107
3.4.2	Bruk av ulike typer heimebaserte tjenester etter hovedårsak til hjelpebehovet etter oppholdssted	109
3.4.3	Brukere av hjemmesykepleie etter hovedårsak til hjelpebehov	112
4	Kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål.	
	Utvikling 1980-2006	114
4.1	Innledning	114
4.2	Funksjonell avgrensning	115
4.2.1	Funksjonell avgrensning ut fra nordisk begrepsbruk - beskyttede boliger	115
4.2.2	Ulike typer og betegnelser på kommunale boliger til eldre og funksjonshemmede og til pleie- og omsorgsformål i Norge	117
4.3	Kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål. Antall enheter	119
4.3.1	Omfang av kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål før 1994	119
4.3.2	Bygging av omsorgsboliger 1994-1997	121
4.3.3	Omsorgsboligbyggingen under Handlingsplan for eldreomsorgen	123
4.4	Brukere under 67 år i kommunale boliger og institusjoner	125
4.4.1	Yngre beboere i kommunale boliger og institusjon. 125	
4.4.2	Personer under 67 år i kommunale boliger og med heimebaserte tjenester 1989-2007	128
4.5	Ulike mål for de kommunale boligenes funksjon	130
4.5.1	Om funksjonell avgrensning av heldøgns pleie og omsorg	130
4.5.2	Samlet antall enheter i institusjon og omsorgsboliger	131
4.5.3	Pleie- og omsorgsboligenes funksjon målt ved omfang av heimebaserte tjenester i slike boliger	131
4.5.4	Personer under 67 år i eldreinstitusjoner og kommunale boliger etter hovedårsak til hjelpebehovet	134
4.5.5	Personer under 67 år med sentrale somatiske enkeltårsaker til hjelpebehovet	136

5	Om funksjonssvikt målt ved pleietyngde.....	138
5.1	Grad av funksjonstap etter hovedårsak til hjelpebehovet i kommunale boliger	139
5.1.1	Grad av funksjonstap blant personer med psykiske lidelser og somatiske sykdommer etter type oppholdssted	139
5.1.2	Funksjonsnedsettelse blant beboere med psykiske lidelser og somatiske sykdommer etter alder	141
5.2	Med spesifiserte somatiske sykdommer etter hovedårsak til hjelpebehovet	144
5.2.1	Andel med ulike spesifiserte somatiske sykdommer som hovedårsak til hjelpebehovet blant beboere i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål.....	145
5.2.2	Grad av funksjonstap hos beboere i kommunale boliger etter ulike spesifiserte somatiske sykdommer.....	146
5.3	Hjelpebehov målt ved omfang i bruk av heime- baserte tjenester per uke.....	148
5.3.1	Omfang av hjelp etter hovedårsak til hjelpe- behovet	148
5.3.2	Omfang av hjelp fra heimebaserte tjenester etter ulike somatiske hovedårsaker til hjelpebehovet.....	150
5.4	Timebruk i heimebaserte tjenester etter hoved- årsak til hjelpebehovet, grad av funksjonstap og alder.	152
6	Ressursbruken – utvikling i årsverk i pleie- og omsorgstjenestene	157
6.1	Innledning	157
6.1.1	Innretning av framstillingen	157
6.1.2	Om egenskaper ved årsverksdata	159
6.2	Hovedtrekk i utviklingen av arbeidsinnsatsen i pleie- og omsorgstjenestene	161
6.2.1	Årene 1980-2007	161
6.2.2	Perioden 1988-1997	163
6.3	Utviklingen i årsverk i institusjon og heimebaserte tjenester	166
6.3.1	Hovedtrekk i utviklingen i perioden 1980-2007	166
6.3.2	Perioden 1993-2007 – sterk vekst i heimebaserte tjenester	167
6.4	Periodevis utvikling i årsverksinnsats 1980-2007	170
6.4.1	Perioden 1981-1990	170

6.4.2	Utvikling i årsverksinnsats 1981-1990 i åpen omsorg fordelt på hjemmehjelp og hjemmesykepleie	171
6.4.3	Om årsverksutvikling 1991 - 1997.....	171
6.4.4	Om utvikling i årsverk i perioden 1998-2007	174
6.4.5	Årsverksutvikling – sammenlikning med 2. linjetjenesten	176
6.5	Årsverksutvikling 1991-2007- hovedtrekk målt ved årsverk per år.....	177
6.6	Noen drivkrefter som har ligget til grunn for vekst i særskilte perioder i årene 1991-2007.....	180
7	Ressursbruken fordelt etter hovedårsak til brukernes hjelpebehov og alder	184
7.1	Årsverk i åpen omsorg til brukere under 67 år og til utviklingshemmede 1990-1996	184
7.2	Årene 1996 -2002.....	186
7.2.1	Utvikling i årsverksbruk	186
7.3	Endring i årsverksbruk i heimebaserte tjenester etter hovedårsak til hjelpebehovet 1995-2002 og 2002-2007	189
7.3.1	Om beregningsgrunnlaget.....	189
7.3.2	Sterk vekst blant brukere med somatiske sykdommer og psykiske lidelser	193
7.4	Om driftskostnader i de heimebaserte tjenestene og vekst 1995-2007	196
7.5	Om intensitet – omfang av hjelp per bruker.....	198
7.5.1	Mer målretta og intensiv bruk av heimebaserte tjenester	198
7.5.2	Heimebaserte tjenester 1992-2006	200
7.5.3	Årsverk per bruker i heimebaserte tjenester 1995-2006 etter alder.....	201
8	Mulige mangler ved de heimebaserte tjenestene.....	205
8.1	Noen generelle endringstrekk i pleie- og omsorgstjenestene etter 1988.....	205
8.1.1	Kommunen har ikke fått, men tatt nye oppgaver i stort omfang.....	207
8.2	Mulige nye oppgaver og økt kompetanse i kommunale pleie- og omsorgstjenester gjennom endring og vekst i ulike profesjonsgrupper.	208
8.2.1	Endret profesjonssammensetning som indirekte mål for endret innretning av tjenestene	208

8.2.2	Endring i relativ fordeling mellom årsverk mellom profesjonene i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene 1997-2007.....	209
8.2.3	Endring 1997-2007 i ulike enkeltgrupper– absolutte tall etter registerdata.....	211
8.2.4	Mulig positiv sammenheng mellom tilvekst av yngre brukere og profesjonssammensetningen	214
8.3	Omfattende og faglig spesialisert hjelpe hos brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2003.....	217
8.4	Om mulige konkrete mangler i pleie- og omsorgstjenestene.....	221
8.4.1	Vurderinger av bemanning og kompetanse og standardisering av tjenester.....	222
8.4.2	Vurderinger av og individualisering – bruk av individuell plan samt samhandling og koordinering	224
8.5	Om tilstrekkelig hjelp i pleie- og omsorg	226
8.5.1	Om datagrunnlag og tidlige analyser.....	226
8.5.2	Utilfredsstillende hjelp blant brukere i kommunale boliger etter hovedårsak til hjelpebehovet og alder	227
8.6	Hypoteser om mangler i pleie- og omsorgstjenestene.....	230
Litteratur	234
Vedlegg 1	Tabeller i kapittel 6, 7 og 8	239

Tabelloversikt

Tabell 4.1	Beboere i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål i alt samt slike boliger med heldøgns pleie- og omsorg fordelt på aldersgrupper. 2006. Absolutte tall og prosent.....	131
Tabell 5.1	Grad av funksjonstap hos personer med somatiske sykdommer og psykiske lidelser etter hovedårsak til hjelpebehovet i ulike aldersgruppering av brukerne og etter om de bor i eldreinstitusjon eller kommunale boliger. Gjennomsnittelig skåre i Barthels ADL-indeks samt prosentvis andel med stort eller svært stor grad av funksjonstap. 2003.....	142
Tabell 5.2	Grad av funksjonstap hos personer med spesifiserte somatiske sykdommer etter hovedårsak til hjelpebehovet i ulike aldersgruppering av brukerne etter om de bor i eldreinstitusjon eller kommunal bolig. Gjennomsnittelig skåre i Barthels ADL-indeks.	146
Tabell 5.3	Bruk av heimebaserte tjenester blant personer under 67 år i <u>kommunale boliger</u> etter hovedårsak til hjelpebehovet i tre grupper og alder. Samlet brukerretta hjelp per uke fra hjemmehjelp og/eller hjemmesykepleie i gjennomsnitt samt andel med lite (< 2 t. per uke) og mye hjelp (22 t.+).	149
Tabell 5.4	Bruk av heimebaserte tjenester blant personer under 67 år i kommunale boliger med somatisk sykdom som hovedårsak til hjelpebehovet fordelt på fire somatiske undergrupper etter diagnose og alder. Samlet brukerretta hjelp per uke fra hjemmehjelp og/eller hjemmesykepleie i gjennomsnitt samt andel med lite (<2 t. per uke) og mye hjelp (22 t.+).	151

Figuroversikt

Figur 2.1	Antall plasser i institusjoner 1966-2006, utvalgte år. Antall beboere i kom boliger til pleie- og omsorgsformål 1994-2006, alle år. Tallangivelser 1966, 1980, 1989, 1994, 1997, 2001, 2003 og 2006. Samt kommunale boliger med heldøgns pleie- og omsorg 2005-2006.	65
Figur 2.2	Antall plasser i sykehjem og i aldershjem 1997-2006.....	66
Figur 2.3	Antall beboere i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål 1994-2005. Omsorgsboliger og øvrige kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål. Talloppgaver påført for årene 1994, 1997, 2001 og 2006.....	71
Figur 2.4	Dekningsgrad i institusjoner i alt, i syke- og aldershjem og i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål til pers 67 år+. Utvalgte år (1975,-80, -89,-95,98,-01 og 2006). Plasser per 1000 pers 80 år+.....	74
Figur 2.5	Dekningsgrad i institusjon, kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål, slike boliger med heldøgns pleie- og omsorg. Andel plasser og kommunale boliger til personer 67 år+ per 1000 pers 80 år+. Antall. Beregninger ut fra Statistikkbanken, SSB, Oslo hvert år.....	76
Figur 3.1	Antall brukere av heimebaserte tjenester i alt i årene 1992-2006. Oppgitte talloppgaver for 1992, 1997, 2002 og 2006.....	86
Figur 3.2	Antall brukere av heimebaserte tjenester under og over 67 år 1989-2006.	87
Figur 3.3	Antall brukere av heimebaserte tjenester 0-66 år etter alder. 1994-2006.....	90

Figur 3.4	Antall brukere av hjemmesykepleie og hjemmehjelp og brukere i alt. Brukere av begge tjenester er regnet til hver sin særtjeneste (dobbel telling for disse). 1987-2006. Talloppgaver for 1994, 1997, 2001 og 2006.....	92
Figur 3.5	Antall brukere under 67 år av bare hjemmehjelp, bare hjemmesykepleie og begge tjenestene. Bestand 1994 og tilvekst etter 1994-2006. Talloppgaver for 1994, 1997, 2001 og 2006.	93
Figur 3.6	Antall brukere av heimebaserte tjenester etter type tjeneste. 18-49 år. 1996-2006. Pleie- og omsorgsstatistikk, hvert år.	96
Figur 3.7	Andel brukere av heimebaserte tjenester etter type tjenester i 1996 og i 2006 samt endring i antall brukere etter type tjenester. 18-49 år. Prosent.....	97
Figur 3.8	Antall brukere av heimebaserte tjenester under 67 år og derav antall utviklingshemmede. 1989, 1993, 1995, 1997 og 2006.	101
Figur 3.9	Brukere av heimebaserte tjenester under 67 år fordelt etter hovedårsak til hjelpebehovet. Absolutte tall og prosent. 1989-2006.	103
Figur 3.10	Brukere av heimebaserte tjenester under 67 år i kommunale og ordinære private boliger fordelt etter hovedårsak til hjelpebehovet i 2003.	105
Figur 3.11	Beboere under 67 år i kommunale boliger etter hovedårsak til hjelpebehovet i tre aldersgrupperinger i 2003. Prosent.	106
Figur 3.12	Antall brukere under 67 år med heimebaserte tjenester etter type tjeneste og type oppholdssted. 2002.....	108
Figur 3.13	Oversikt over alle under 67 år etter bruk av type tjeneste etter type hovedårsak til hjelpebehovet og etter om en bor i ordinær eller kommunal bolig. 2003. Absolutte tall og prosent.	110
Figur 3.14	Brukere av <u>hjemmesykepleie</u> (bare hsp eller hsp+hhj). Antall og andel brukere bosatt i ordinære private boliger og i kommunale boliger etter hovedårsak til hjelpebehovet 2002. Absolutte tall og prosent.	112
Figur 4.1	Trygdeboliger 1980-1993, Trygdeboliger og serviceboliger 1986-1993 og Kommunale boliger	

	til pleie- og omsorgsformål 1994-2001. Utvalgte år. Antall.	120
Figur 4.2	Antall omsorgsboliger og øvrige kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål og pleie- og omsorgsboliger i alt. 1994-2006.	123
Figur 4.3	Antall kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål til eldre og funksjonshemmede. Antall av disse som er omsorgsboliger og som er øvrige slike kommunale boliger. 1998-2006. Antall boliger:.....	124
Figur 4.4	Antall personer under 67 år i syke- og aldershjem og i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål til eldre og funksjonshemmede. 1994-2006.....	127
Figur 4.5	Antall personer under 67 år i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål. Gruppene 0-49 år og 50-66 år.2000-2006.	128
Figur 4.6	Antall personer under 67 år med heimebaserte tjenester samt beboere under 67 år i kommunale boliger. Talloppgaver for 1989, 1997, 2001 og 2006.	129
Figur 4.7	Antall årsverk i hjemmetjenestene etter om brukerne bor i kommunal eller egen ordinær bolig etter alder. Hele landet 2001.....	132
Figur 4.8	Personer under 67 år i eldreinstitusjoner og kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål fordelt etter hovedårsak til hjelpebehovet. Absolutte tall <u>2006</u>	136
Figur 4.9	Personer under 67 år i eldreinstitusjoner og kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål med sentrale enkeltårsaker til hjelpebehovet fordelt etter type årsak. Absolutte tall. <u>2006</u>	137
Figur 5.1	Gjennomsnittlig skåre i Barthel ADL-indeks blant brukere under 67 år. Brukere med psykiske lidelser eller somatiske sykdommer som hovedårsak til hjelpebehovet. I ordinær eller i kommunal bolig eller institusjon. 2003.....	140
Figur 5.2	Personer under 67 år i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål. Andel med somatiske sykdommer av ulike typer etter alder. 2003.....	145
Figur 5.3	Bruk av heimebaserte tjenester blant personer under 67 og over 67 år i kommunale boliger etter hovedårsak til hjelpebehovet i to grupper og etter	

	alder. Samlet hjelp per uke fra hjemmehjelp og/eller hjemmesykepleie i gjennomsnitt.2003	154
Figur 6.1	Årsverk i pleie- og omsorgstjenestene i alt. 1980-2007. Tallangivelse for utvalgte år (1980, 1987, 1989, 1992, 1995, 1997, 2001, 2002, 2005 og 2007).....	162
Figur 7.1	Antall årsverk i heimebaserte tjenester blant brukere under 67 år og 67 år+. Brukere under 67 år fordelt på utviklingshemmete og øvrige brukere.....	185
Figur 7.2	Antall årsverk i heimebaserte tjenester 1996 og 2002 samt endring 1996-2002 for brukere under og over 67 år etter type oppholdssted. Årsverk etter skjema. Absolutte tall og prosent.....	187
Figur 7.3	Årsverk i heimebaserte tjenester fordelt mellom bruker under 67 år og 67 år+ samt brukere under 67 år etter hovedårsak til hjelpebehovet. Utvalgte år. Og endring 1995-2007 og 2002-2007. Registrerte årsverk.....	194
Figur 7.4	Antall årsverk per bruker i hjemmetjenestene og i institusjon. 1980-2001. Utvalgte år.....	199
Figur 7.5	Antall brukere under 67 år og 67 år+ samt årsverk i åpen omsorg og årsverk per bruker. Årsverk beregnet som registerdata. 1992-2006. Påførte talloppgaver for 1992, 1997, 2002 og 2007 (rundet av til nærmeste 50).....	200
Figur 8.1	Relativ fordeling av årsverk i kommunale pleie- og omsorgstjenester mellom ulike profesjonsgrupper i 1997 og 2007. Prosent. Endring i prosentpoeng 1997-2007samt antall årsverk i hver gruppe 2007.	210

Sammendrag

Ivar Brevik

De nye hjemmetjenestene – langt mer enn eldreomsorg.

Utvikling og status i yngres bruk av hjemmebaserte tjenester 1989-2007

NIBR-rapport:2010:2

Utredningen *Utvikling og status i yngres bruk av hjemmebaserte tjenester 1989-2007* gir i del I oversikt over utvikling i antall og dekningsgrad i institusjoner og kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål og hovedtrekkene i hjemmetjenestenes utvikling og endret innretning de 20 siste åra.

Særlig fokus er på kjennetegn ved brukere av slike tjenester under 67 år etter hovedårsak til hjelpebehovet og type tjeneste både i ordinære eller kommunale boliger samt utviklingen i byggingen av slike boliger og ulike kjennetegn ved beboerne her og i institusjoner samt deres og bruk av heimebaserte tjenester og grad av hjelpebehov.

I del II følger oversikt over hovedtrekkene utviklingen i ressursbruken i pleie- og omsorgstjenestene målt ved årsverk og fordelt på ulike perioder i tidsrommet 1980-2007 og separat for heimebaserte tjenestene og institusjoner etter 1988 og fram til i dag.

Dernest vil vi gjøre rede for status og utvikling i åreverk i de *heimebaserte tjenestene* og etter hvordan de *fordeler seg* mellom eldre og brukere under 67 år og mellom de sistnevnte etter om hovedårsak til hjelpebehovet er utviklingshemming, psykiske lidelse eller somatisk sykdom. Til slutt drøftes mulige mangler ved de heimebaserte tjenestene.

Dette kort-sammendraget av resultatene er basert på sammenfatningen av rapporten (som følger). Vi holder her fram hovedfunn i to deler, knyttet til kapittel 2-5 (I) og kapittel 6-8 (II).

Del I: Kapittel 2-5

1. Sterk økning i brukere av heimebaserte tjenester under 67 år i ordinære boliger

* Siden 1992 har hele nettovæksten i de heimebaserte tjenestene gått til brukere under 67 år. Det ble noen færre brukere 67 år+. Antallet yngre brukere ble nesten tre-doblet fra 20.000 i 1989 til 55.000 i 2006. I perioden 2002-2006 ble hele 15.000 flere brukere, hvor få var utviklingshemmede.

* I 2006 var hver tredje beboer i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål under 67 år. Personer med *psykiske lidelser og somatiske sykdommer* har stått for det meste av tilveksten etter HVPU-reformen. De utgjorde halvparten av beboerne, mens resten var utviklingshemmede. Disse boligene sentral rolle går fram av At 2 av 3 årsverk til brukere av heimebaserte tjenestene under 67 år går til dem i kommunale boliger understreker deres store betydning.

* Etter HVPU-reformen flyttet en mindre andel til dels sterkt funksjonshemmede inn i kommunale boliger, mens de fleste yngre brukerne av heimebaserte tjenester var bosatt i *ordinære private boliger*. Det er framfor alt her tilveksten av nye brukergrupper har skjedd der de har fått hjelp uten å måtte flytte. Av 25.000 nye brukere i perioden 1997-2006, var eller 7 av 10 bosatt slik. Vi fikk både en *hjemliggjøring* og en *boliggjøring* av de hjemmebaserte tjenestene, men aller mest det første.

* Yngre i kommunale boliger har jevnt over nokså omfattende funksjonstap, særlig dem med somatiske sykdommer, som f. eks hjerneslag/MS/Parkinson. Til disse under 50 år blir det ofte ytt mer enn *ett årsverk* per person. Det viser at det for en god del er mulig å bo i kommunal bolig med omfattende funksjonstap. Det synes som om slike boliger kan erstatte eldreinstusjon som boform for de fleste uavhengig av diagnose og grad av funksjonstap.

2. Markant økning av brukere med somatiske sykdommer og psykiske lidelser som hovedårsak til hjelpebehovet

Brukere med *somatiske sykdommer og psykiske lidelser* som hovedårsak til hjelpebehovet har blitt radikalt flere i de heimebaserte tjenestene de ti siste åra, og vokste med 26.000 personer fra 1995 til 2006. Da var det 43.000 slike brukere, omtrent like mange av hver. Utviklingshemmedes *relative andel* har gradvis avtatt og sto i 2006 for en

femtedel. Av brukere i ordinære boliger (2/3-deler av alle) hadde halvparten somatiske sykdommer og omlag 4 av 10 hadde psykiske lidelser som hovedårsak til hjelpebehovet. Utviklingshemmede var få.

3. Hjemmesykepleien har vært involvert i nesten hele veksten

* Etter 1994 har *hjemmesykepleievirksomheten* vært involvert i omtrent hele veksten blant brukere av heimebaserte tjenester under 67 år, mens det var ingen økning i brukere av bare hjemmehjelp. I 2006 var det 40.000 brukere av hjemmesykepleie, mot 13.000 i 1994 - en tre-dobling på 12 år. Antall slike brukere under 50 år *tre-doblet* seg, og *utgjorde 62 prosent av hele økningen* i brukere under 67 år fra 1996 til 2006. Og disse representerte aleine 41 prosent av samtlige brukere det året. Det er et særs markant kjennetegn ved utviklingen.

* Brukere med somatiske sykdommer og psykiske lidelser utgjorde respektive 50 prosent og 36 prosent av alle brukere med hjemmesykepleie. Hjemmesykepleien er hjemliggjort, idet 8 av 10 av brukerne bodde i ordinære private boliger. Og av *samtlig*e med *bare* hjemmesykepleie bodde nærmere ni av ti i ordinære boliger. Det tyder samtidig at pårørendes bidrag til praktiske gjøremål må utgjøre et vesentlig supplement.

* Det er framveksten av brukere under 50 år med somatiske og psykiske plager som bare mottar hjemmesykepleie bosatt i ordinære private boliger som særlig har kjennetegnet utviklingen de seinere åra. Medisinsk ledet pleie har gradvis inntatt en sentral plass.

Del II: Kapittel 6-8

4. Radikal endring i fordeling av ressursene i pleie- og omsorgssektoren

* I perioden 1993-2007 vokste pleie- og omsorgssektoren med 56 prosent til 118.000 årsverk i 2007. I 1980-åra var forholdet mellom årsverk i institusjon og heimebaserte tjenester konstant, og institusjonene sto for 2/3-deler. Den andelen har deretter vært avtagende. Av de 43.000 årsverka som kom til i perioden 1993-2007, gikk 3 av 4 til heimebaserte tjenester - og de fleste til yngre brukere. I 2007 var de heimebasertes andel økt til 54 prosent, mot 33 prosent i 1987, året før kommunene overtok sykehjemmene. På

20 åra *falt* således institusjonenes andel med 21 prosentpoeng. Innretningen av omsorgstjenestene endret seg radikalt.

* Økningen i institusjon med 10.000 årsverk i perioden 1993-2007, kom mest under Handlingsplan for eldreomsorgen (HPE). I perioden 2002-2007 økte institusjonssektoren bare med 1.700 nye årsverk, hvor alt gikk til økt innsats per bruker. Det var det heller ingen vekst i de heimebaserte tjenestene til eldre i perioden. Det var stillstand i 'eldreomsorgen' etter HPE.

* Utviklingen i de heimebaserte tjenestene har vært *entydig preget av jevn vekst over lang tid* uavhengig av konjunkturer og statlige overføringer. Det fordi de har vært sterkt knyttet opp mot gjennomgripende strukturell forvandling i *innretningen* av pleie- og omsorgssektoren.

5. Drivkrefter bak veksten i pleie- og omsorgssektoren

De bakenforliggende hoveddrivkreftene for vekst og endra innretning av pleie og omsorgstjenestene har framfor alt vært:

- konjunktorene
- de direkte statelig økonomiske bidragene gjennom reformer og handlingsplaner
- statlige stimuleringer til å realisere en omsorgsideologi som har hatt avinstitusjonalisering og boliggjøring av omsorgstjenestene som mål.

Kommunene har imidlertid *på egen hand lagt føringer og vært hoveddrivkrafta bak innretningen av tjenestene. Viktig i bildet er derfor kommunenes evne og vilje til kontinuerlig og forsterket å forme og innrette tjenestene sine etter prinsippene om boliggjøring og hjemliggjøring.*

6. Sterk vekst i årsverk til brukere i med somatiske sykdommer og psykiske lidelser

* I 2007 ble det utført 63.500 årsverk i de heimebaserte tjenestene, hvorav 60 prosent eller 38.000 gikk til brukere 67 år+. Nesten hele veksten i perioden 1991-1995, 43 prosent i perioden 1996-2001 og hele økningen etter 2001- eller omlag 7 av 10 årsverk for hele perioden under ett - tilfalt brukere under 67 år.

* I 2007 tilfalt 20. 000 årsverk brukere med *somatiske sykdommer og psykiske lidelser* som hovedårsak til hjelpebehovet, fordelt med 60/-40 prosent på hver. Etter 1995 gikk 9 av 10 av disse årsverk til

brukere under 67 år til dem med *somatiske sykdommer og psykiske lidelser*. Det var en 7-dobling på 12 år.

* I 2007 brukte kommunene 19 milliarder kr til drift av heimebaserte tjenester til bruker under 67 år I perioden 1996-2007 økte kommunene nivået til drift av heimebaserte tjenester på årsbasis for disse brukerne med ca. 10 milliarder kroner, hvorav nesten 90 prosent var knyttet til brukere med *somatiske sykdommer og psykiske lidelser* som hovedårsak til hjelpebehovet.

7. Dobling i intensitet – årsverk per bruker under 67 år 1995-2006

Og årsverksinnsatsen per bruker under 67 år andre en utviklingshemmede doblet seg etter 1995. Tjenestene ekspanderte både i bredden og dybden blant brukere med *psykiske lidelser og somatiske sykdommer*. Kommunene har møtt økt innstrømming ikke med mindre, men med *mer hjelp*. Synet på hva som er 'nødvendig' og hva som er verdig omsorg, har endret seg.

8. Kommunen har ikke fått, men tatt nye oppgaver i stort omfang

Pleie- omsorgstjenestene har vært gjennom en omfattende utvikling og står fram som en sterkt fornyet sektor. Med fokus på de heimebaserte tjenestene, har de endret innhold, form og funksjon. Utviklingen med økte ressurser, bredde og mangfold i innretningen av de heimebaserte tjenestene, vekst i profesjonsgruppene og mangfold i boliger og institusjoner, har oftest gjort kommunene i stand til å ta et langt bredere ansvar enn tidligere. Fordi pleie-, omsorgs- og helsetjenester har *vokst i volum, kompetanse og tiltak* har kommunene *dyktiggjort seg sjøl* slik at de er blitt bedre i stand til å realisere omsorgstjenestenes oppgaver i tråd nyvunne innsikter, prinsipper og mål.

9. Betydelig stabilitet i profesjonssammensetning i pleie- og omsorgstjenester over tid

* I 10-års-perioden 1997-2007 var sammensetningen av profesjonsgruppene nokså stabil. Nye *profesjonsgrupper* har imidlertid kommet inn i et ikke ubetydelig omfang. Gruppene *vernepleiere, sosionomer og høyskoleutdanna miljøterapeuter* doblet sin relative andel av årsverkene i pleie- og omsorg i disse åra.

* *Sykepleiernes* andel av årsverkene var konstant. De tre store *hovedgruppene* - syke- og hjelpepleiere og ytere av praktisk bistand - sto i 2007 for 3 av 4 årsverk, sjøl om deres innsats relativt sett har blitt *litt* redusert. At *innretningen* av basis i tjenestene er nokså *stabil*, peker mot at klassisk pleie- og omsorg som fortsatt utgjør hovedaktiviteten, også for nyankomne brukere.

* Antallet personer med *omfattende og/eller spesialisert faglig eller teknisk medisinsk* behandling var imidlertid lite, også blant yngre brukere. Og var beskjeden og av langt mindre betydning enn den har vært tillagt i et spesialisthelsetjenesteperspektiv. Det synes å være *mengden* og ikke typen oppgaver som har vært den største utfordringen for kommunene. Unntaket kan være psykiatri, rusbrukere og til dels demente som krever mer kompetanse.

10. Hypoteser om mangler i pleie- og omsorgstjenestene

På bakgrunn av resultatene fra denne rapporten har vi reist noen problemstillinger og tentative hypoteser om eventuelle mangler i dagens pleie- og omsorgstjenester:

- Er eldreomsorgen i ferd med å forlate den *forebyggende strategien*, mens omsorgen for yngre har *beveget seg mot* en slik strategi?
- Er det vokst fram *forskjellige omsorgsregimer* for yngre versus eldre brukere?
- Er det etablert et *nytt innhold* i tjenestene for nye brukergrupper?
- Har kommunene i tilstrekkelig grad utviklet *medisinsk og pleiefaglig kompetanse og behandlingsopplegg* som er slik innrettet at den gir et tilbud på høyde med mangfoldet i pleiebehovene og sykdomspanorama både hos yngre og eldre brukere?

Summary

Ivar Brevik

Trends and Status in Young People's Consumption of Home Care Services After 1988

NIBR Report 2010:2

Chapter 1. Introduction to the report on Trends and status in young people's use of home care services after 1989

Chapter 1 explains the background to the inquiry, and the structure of the report on *trends and status* in young people's consumption of home care services in the period 1989–2007. We explain the study's mandate and NIBR's interpretation, along with the methodology of the analyses, data and underlying material.

Chapter 2. Prevailing trends in nursing and care services 1988–2007

The delivery of *care to senior citizens* over the past twenty years has been characterised by a gentle, but steady growth in the number of nursing home beds and a significant fall in retirement home beds. Both the number of beds in institutions and institutional coverage rates have fallen slowly. Net growth in *nursing home beds* together with rehabilitation and modernisation of nearly half of these places has enhanced physical standards in recent years, however.

In 2006, one in four municipal dwellings was occupied by an elderly person with needs of round the clock provision of nursing and care. The actual availability of *housing units with this level of nursing and care* has remained the same by and large over the past twenty years. Although there has been a significant restructuring of all institutional places and housing units, the number of beds and units has remained relatively stable.

Home care services for senior citizens have been stable but also subject to change. There has been a slight fall in the number of clients aged 67+ since 1992. The entire net increase is among clients in the under 67 age-group. The delivery of community nursing is seen, however, across the entire growth spectrum.

It is the rise in the number of younger clients and delivery of community nursing services alone, and the reduction of recipients of community care services that characterise trends of recent years. Nursing provided on medical criteria has gradually assumed a central position.

Chapter 3. Characteristics of clients of home care services under 67 – trends and status¹

Robust rise in the number of clients under 67 – community nursing involved in all aspects of the rise

With the launch of the 1991 deinstitutionalisation reform, home care services embarked on a new phase marked by a rapid rise in the number of younger clients. This trend continued without interruption to the present day. After 1994, *community nursing* is a constant feature of the expanding home care services to the under 67s, though in the number of young clients in receipt of care services alone showed no change.

Community nursing *makes up the major part of services consumed by the younger clientele*. We see a similar development among older clients as well.

The number of clients attended to by community nursing services under 50 *tripled* between 1996 and 2006. This alone represents 41 per cent of a total contingent of 55,000 clients in 2006 and accounted for as much as 62 per cent *of the entire rise* in the number of clients under 67 in this period.

Noticeable rise in the number of clients living in ordinary private homes whose grounds for assistance was somatic illness and mental illness

The number of clients for whom *a somatic or mental condition* comprised the main reason for providing assistance grew

¹ Figures presented here, it should be remembered, are only on clients in the under-67 age-group.

substantially over the past twenty years or so. There was a gradual reduction in the *proportion* of intellectually disabled.

About two-thirds of all clients live in ordinary, private dwellings. Half of this group received assistance on grounds of somatic illness, while nearly four in ten had a mental condition. The number of intellectually disabled was very low indeed. The emergence of new client groups has occurred mainly in the client category that lives in their own private homes. For most of these, help is delivered at home, and they are not required to move.

Of clients living in ordinary private homes, eight in ten received community nursing or community care services, usually the former alone. In municipal housing – whose tenants have less access to private care – on the other hand, nine in ten received only community care or both services in 2003.

Community nursing clients tend to have somatic conditions and mental conditions, each of which accounted for 50 and 36 per cent respectively of all such clients. And community nursing is increasingly delivered to people in their own home: eight out of ten clients lived in ordinary private homes.

Chapter 4. Municipal housing with provision of nursing and care

The increasing focus in the care and nursing services on catering to people in their homes, i.e. the *domestification* (*boliggjøring*) and *domiciliation* (*hjemliggjøring*) of service provision, has been facilitated by a generous policy to provide municipal housing for senior citizens and the disabled. It represents a fundamental aspect of the changing strategies in municipal service provision over the past twenty years. There has been a desire to provide the same level of security, and sometimes the same kind of care and services as an institution, but in the context of independent living as an appropriate standard.

The building of sheltered housing with funding from the Norwegian State Housing Bank started in 1994. The original target group was the elderly. In 2006, there were 26,400 units in this category and 23,800 units in other categories; together 50,200 municipal sheltered housing units with the provision of nursing and care services.

In 2006 there were 17,600 municipal units for persons under the age of 67 with nursing and care services provided. Most of the growth was absorbed in recent years by residents with *mental and somatic conditions*. These clients occupied half the number of units, with the same number in each category. The other half was occupied by intellectually disabled persons. There were another 1,900 persons under 67 in retirement institutions.

The role played by these sheltered housing units is highly important insofar as two in three full-time equivalents (FTEs) in the home care services were spent on residents under 67 in municipal housing.

There have been two parallel developmental tracks. One related to a significant, but slower rise in the use of home care services in *municipal sheltered housing*, and the other related to the significant rise in nursing and care delivery to people in their private homes.

Chapter 5. On measures of incapacity of residents of municipal housing units

The degree of incapacity among younger clients in municipal sheltered housing (and institutions) is generally quite significant, especially among those with somatic conditions such as strokes, multiple sclerosis/Parkinson's disease or suffering the consequences of injury or congenital disability.

A large proportion of these clients can continue to live in municipal sheltered housing even when the impairment is significant. Indeed, sheltered housing can successfully replace institutions for most senior citizens, irrespective of diagnosis and level of incapacity.

Younger clients under otherwise similar conditions, it has been suggested, obtain more help from the home care services than older clients at the same level of incapacity. Assistance given to clients under 67 with mental conditions is more extensive than that received by older clients. For clients with somatic conditions, the differences are not significant.

Chapter 6. Resource consumption – FTE trends in care and nursing

Robust FTE rise and changed balance between institutional and home care services

The period 1993–2007 saw total FTEs in the municipal nursing and care sector rise by 43,000, or 56 per cent, from 76,000 FTEs in 1992 to 118,000 FTEs in 2007.

The trends in the home care services have been consistently characterised by a very even growth curve over many years irrespective of the health of the economy and central government generosity. This in turn is related to the fundamental transformation of the structure and *composition* of the nursing and care sector, much of which has proceeded under the direction of local authorities themselves.

Some of the forces driving nursing and care sector expansion in specific periods between 1991 and 2007

The most important growth- and change-generating factors in the nursing and care sector have been

- Economic swings
- Direct economic contributions from central government by way of reforms and action plans
- Transfers and stimulus packages to promote an ideology of care based on deinstitutionalisation, domestication and domiciliation

But just as important to this picture is the capacity and constant and growing determination of local authorities to design and structure services according to principles of domestication and domiciliation.

Chapter 7. Resource consumption by main assistance category and age

Status and differences in FTE consumption in the home care services – clients under 67 by main assistance category

Distribution in 2007

In 2007, a total of 63,640 FTEs was consumed by the municipal home care services. Of this, 38,000 or 60 per cent was spent on

clients over 67. Of these clients, 20,000 FTEs were consumed by clients whose main reason for assistance was a *somatic condition* and *mental health condition*, with a ratio of 60/40.

Growth 1995–2007

Virtually the entire growth in FTEs consumed by the home care services between 1991 and 1995, 43 per cent in the period 1996–2001 and overall growth since 2001 was spent on caring for clients under 67. In the period 1996–2007, two-thirds of the additional FTEs in the home care services were consumed by this client group, of which nine in ten FTEs were spent on clients with a *somatic condition* and *mental health condition* as their main reason for requiring assistance. This was a seven-fold increase in the space of twelve years.

Consumption of FTEs by the home care services for clients in municipal sheltered housing after 1995

Overall, 65 per cent of FTEs consumed by the home care services in 1996 were spent on *municipal sheltered housing* tenants as against 55 per cent in 2002. The *relative* proportion of clients in sheltered accommodation fell back in other words during the period.

On the rising cost of running the home care service for clients under 67 – 1995–2007

In the period 1996–2007, local authorities increased annual spending on home care services for clients under 67 by NOK 10 billion, of which almost 90 per cent was spent on clients whose main reason for assistance was a *somatic condition* and *mental health condition*.

Two-fold increase in intensity/FTE per client under 67 – 1995–2006

FTE consumption per client under 67, but not including the intellectually disabled, grew two-fold in the period 1996–2006. Expansion occurred in breadth and depth among clients with a *somatic condition* and *mental health condition*. Local authorities have addressed rising client numbers by providing not less but *more help*.

Chapter 8. Possible shortcomings in the home care services

Municipalities have not been given but have taken on new tasks on a big scale

Nursing and care services have undergone a root and branch overhaul, renewing the sector almost completely. Focusing on the delivery of care in people's homes, the sector has changed in terms of content, form and function.

More generous budgets, a wider, more diverse array of home care services, growth in professional groups and diversity in housing and institutions have generally allowed local authorities to take on a far wider array of responsibilities.

And because nursing, care and health services have grown in terms of scale, expertise and measures, the municipalities have taught themselves to perform service tasks with fresh insight, principles and objectives.

Rebalanced professional sector in municipal nursing and care services as an indirect effect of new service design.

In the ten-year period 1997–2007, the balance of professional groups remained relatively stable. The proportion of FTEs consumed by qualified nursing personnel was unchanged. Most of these FTEs tended to be spent delivering traditional nursing and care, also to new clients.

It appears that the number rather than the nature of the tasks has been the biggest challenge for the municipalities. The exception might be psychiatry, drug addiction and dementia, which demand higher qualifications and expertise.

Social educators (vernepleiere), social workers (sosionomer) and college-educated milieu therapists (miljøterapeuter) doubled their relative share of FTE consumption in the nursing and care sector over these years. That new professional groups have moved into the nursing and care sector in not insignificant numbers serves to confirm the hypothesis that their efforts are largely devoted to the younger client groups.

Significant use of specialised assistance for municipal nursing and care service clients in 2003

Municipalities, it has been suggested, have developed a measure of *expertise in the field of medical technology*, i.e. in the use of drugs, procedures and more technologically advanced medical machinery and advanced specialist treatment.

The number of clients who at *any one time receive substantial and/or specialist treatment* was, however, small, including the younger clients. And technical medical treatment was extremely modest and much less important than has been assumed in a specialist health service perspective.

On insufficient capacity in the nursing and care services

In 2003, the lack of capacity was most noticeable in service delivery to clients in their own private homes, and much less so to clients in sheltered housing. It was also generally the case that services tended to be inadequate for clients with the highest needs, more so for clients under 67 than older clients.

There appears therefore to be evidence of insufficient capacity in the nursing and care services, especially for clients under 67, and more especially for those with a mental condition.

Hypotheses on lack of capacity in the nursing and care services

Given the findings presented in this report, we have formulated some relevant questions and tentative hypotheses concerning the possible lack of capacity in nursing and care services today.

- Is senior citizen care in the process of abandoning a preventative strategy, while the care of younger clients is moving against the tide and adopting such a strategy?
- Has a different service regime gained prominence for younger clients as against older clients?
- Are services for new client groups substantively different?
- Are local authorities facilitating the development of expertise and treatment capacity to meet the diversity of needs?

We may ask in conclusion whether local authorities have done enough to promote medical and nursing expertise so that the services they deliver are capable of addressing the diversity of conditions and nursing requirements of younger and older clients.

Sammenfatning

Kapittel 1. Innledning til utredning om Utvikling og status i yngres bruk av heimebaserte tjenester etter 1988

I kapittel 1 gjør vi rede for bakgrunn og hovedtrekk i innretningen av utredningen om *utvikling og status* i yngres bruk av heimebaserte tjenester i perioden 1989-2007. Vi gjengir mandatet og NIBRs utlegning av det samt opplegget for analyse, datagrunnlaget og underlagsmaterialet med særskilt omtale av Helsetilsynets undersøkelse i 2003.

Kapittel 2. Hovedtrekk i den generelle utviklingen av pleie- og omsorgstjenestene 1988-2007

Som bakgrunn for beskrivelsene av utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene over tid gir vi innledningsvis en *landsomfattende historisk oversikt* over i antall plasser i institusjon. Vi vier boliggyring av omsorgstjenestene de siste 20 åra særskilt oppmerksomhet og viser utviklingen i antall *kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål*. Dernest følger et samlet bilde av utvikling og status i *dekningsgrad* i slike boliger og i institusjoner. Vi avslutter med en kort oversikt over utviklingen i de *heimebaserte tjenestene* de 10-15 åra.

Utviklingen i *eldreomsorgen* de 20 siste åra er kjennetegnet ved en moderat, men jevn vekst i sykehjems plasser og en kraftig reduksjon i aldershjem. Både antall plasser og dekningsgrad i institusjon er blitt svakt redusert. Netto tilvekst i *sykehjemsplasser* sammen med rehabilitering og modernisering av henimot halvparten av disse plassene under *Handlingsplan for eldreomsorgen* har imidlertid gitt økt fysisk kvalitet.

Nedbyggingen av *aldershjemmene* de 15 siste åra har sitt motstykke i tilvekst av kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål (omsorgsboliger), men uten at reduksjonen helt ut er blitt kompensert for. I 2006 hadde hver fjerde kommunal bolig bebodd av eldre

heldøgns pleie- og omsorg. Den faktiske tilgjengeligheten til *enheter med heldøgns pleie- og omsorg* har jevnt over vært konstant de 20 siste åra. Sjøl om det samlede tilbudet i institusjoner og boliger har vært gjennom relativt store omstruktureringer, har de likevel i sum gitt stabil tilgjengelighet.

De *heimebaserte tjenestene* for eldre har vært preget både av stabilitet og endringer. Siden 1992 har det vært en svak reduksjon i antall brukere 67 år+. Og hele nettovæksten siden har falt på brukere under 67 år. Hjemmesykepleien har imidlertid vært involvert i hele veksten, enten med bare hjemmesykepleie eller i kombinasjon med hjemmehjelp. Brukere med bare hjemmehjelp er kraftig redusert. Det er framveksten av unge brukere, bruken av bare hjemmesykepleie og reduksjonen av mottakere av bare hjemmehjelp som kjennetegner utviklingen de seinere åra.

Fordobling av *antall og andel* brukere av hjemmesykepleie på relativt kort tid, viser at medisinsk pleie gradvis har inntatt en sentral plass. Dette synliggjør klart utviklingen med mer målrette og intensiv bruk av ressursene og viser at innretningen av tjenestene har vært gjennom store endringer i løpet av relativt kort tid.

Kapittel 3. Kjennetegn ved brukere av heimebaserte tjenester under 67 år – utvikling og status²

1. Sterk vekst i antall brukere under 67 år |

Med HVPU-reformen i 1991 startet en ny utvikling med betydelig vekst i yngre brukere av heimebaserte tjenester som har pågått jevnt og uavbrutt fram til i dag, og særlig etter 2001. I perioden 2002-2006 ble det 15.000 flere brukere under 67 år. Svært få av disse var utviklingshemmede.

Antallet yngre brukere økte fra 20.000 i 1989 til 55.000 i 2006 - en nesten tredobling. Tilveksten var særlig markant blant dem under 50 år. Det var imidlertid ingen vekst blant eldre brukere. I 2006 utgjorde personer under 67 år 1/3-del av samtlige med heimebaserte tjenester.

² Vi understreker at talloppgavene her gjelder bare brukere under 67 år
NIBR-rapport:2010:2

2. Hjemmesykepleievirksomhet involvert i omtrent hele veksten

Etter 1994 har *hjemmesykepleievirksomheten* vært involvert i omtrent hele veksten blant brukere av heimebaserte tjenester under 67 år, mens det var ingen økning i antall yngre brukere av bare hjemme-hjelp.

I 2006 var det 40.000 brukere av hjemmesykepleie, mot 13.000 i 1994 - en tre-dobling på 12 år. Og 73 prosent hadde *bare hjemmesykepleie* eller *kombinert med hjemmehjelp*, mens 27 prosent hadde bare hjemmehjelp. Tjenester i regi av hjemmesykepleien er blitt *de dominerende tjenestene for alle yngre brukere*. En noenlunde tilsvarende endring har også funnet sted blant de eldre brukerne.

Antall brukere av hjemmesykepleie under 50 år *tre-doblet* seg fra 1996 til 2006. Disse representerte alene 41 prosent av de i alt 55.000 brukerne det året. Og de *utgjorde 62 prosent av hele økningen* i antall brukere under 67 år på disse åra. Det er et særs markant kjennetegn ved utviklingen. *Unge brukere og hjemmesykepleievirksomhet* er pådriverne i forvandlingen av de heimebaserte tjenestene. Samtidig kan det reises spørsmål om i hvor stor grad økningen i bruk av bare hjemmesykepleie kan tilskrives sykepleiefaglige behov.

3. Markant økning av brukere med somatiske sykdommer og psykiske lidelser som hovedårsak til hjelpebehovet

Brukere med *somatiske sykdommer og psykiske lidelser* som hovedårsak til hjelpebehovet har blitt radikalt flere, og vokste med 26.000 personer fra 1995 til 2006. Da var det 43.000 slike brukere – omtrent like mange av hver - mens de i åra 1989-1995 utgjorde 17.-18.000.

Brukere med *psykiske lidelser* har vokst betydelig på 2000-tallet og var i 2006 like mange som brukere med *somatiske sykdommer* som hovedårsak til hjelpebehovet - respektive 22.000 og 21.000 personer.

Utviklingshemmedes *relative andel* har gradvis avtatt. De 9.000 brukerne utgjorde 34 prosent av alle da HVPU-reformen ble avsluttet i 1995. Med 12.000 brukere i 2006, var bare hver 5. bruker utviklingshemmet.

4. Majoriteten bor i ordinære boliger

Data om fordeling etter boform er begrenset til året 2003. Da bodde 2/3-deler av brukerne av heimebaserte tjenester i ordinære private boliger og 1/3-del i kommunale boliger. I de sistnevnte var flest utviklingshemmede, særlig blant yngre brukere. Personer med psykiske lidelser og somatiske sykdommer, utgjorde respektive 25 prosent og 21 prosent. Men deres andel tiltok med alder, og i gruppa 50-66 år utgjorde de 6 av 10.

I *ordinære private boliger* hadde halvparten somatiske sykdommer som hovedårsak til hjelpebehovet, mens 37 prosent hadde psykiske lidelser. Utviklingshemmede var få.

Framveksten av nye brukergrupper har i svært stor grad skjedd blant brukere bosatt i ordinære boliger. De fleste har fått hjelp der de bor uten å måtte flytte.

5. Brukere av heimebaserte tjenester etter hvor en bor og etter hovedårsak til hjelpebehovet

Etter oppholdssted

Bruk av hjemmesykepleie eller hjemmehjelp er betydelig påvirket av hvordan en bor. I kommunale boliger - med mindre tilgang på privat omsorg - hadde 9 av 10 enten bare hjemmehjelp eller begge tjenestene i 2003. I *ordinære private boliger* mottok imidlertid 8 av 10 *hjemmesykepleie/hjemmehjelp*, oftest bare hjemmesykepleie.

Og av *samtlige* med *bare hjemmesykepleie* bodde nærmere ni av ti i ordinære boliger. Det tyder samtidig at pårørendes bidrag til praktiske gjøremål må utgjøre et vesentlig supplement.

Etter hovedårsak til hjelpebehovet

Blant brukere med *somatiske sykdommer* hadde 3 av 4 hjemmesykepleie både i ordinære og kommunale boliger dog slik at 6 av 10 hadde begge tjenestene i sistnevnte. For personer med *psykiske lidelser* følger bruken av type tjenester mønsteret for brukere med somatiske sykdommer. I ordinære boliger er imidlertid bildet mer sammensatt og gjenspeiler ulike behov. Utviklingshemmede bor oftest i kommunale boliger og 2 av 3 har kun tjenester under hjemmehjelpa.

Brukere av *hjemmesykepleie* er konsentrert til brukere med somatiske sykdommer og psykiske lidelser, idet disse utgjorde respektive 50 prosent og 36 prosent av alle slike brukere Resten, 14 prosent, var

utviklingshemmede. Og hjemmesykepleien er hjemliggjort i det 8 av 10 av disse brukere bodde i ordinære private boliger i 2003.

Kapittel 4. Kommunale boliger til pleie og omsorgsformål

1. Kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål 1988-2006 – funksjonell avgrensning og antall enheter

Omsorgsboligen er en sjølstendige fysisk tilrettelagt boliger for eldre og funksjonshemmede med livsløpsstandard i ulik størrelse og utforming. Alle er bygd i henhold til *Husbankens retningslinjer*. Her skilte en i utgangspunktet mellom bolig og service. Beboerne er ansvarlige for boligen, mens tjenester ble forutsatt ytt individuelt gjennom ordinære hjemmetjenester.

Over tid har disse boligene hatt en rekke betegnelser – f. eks alders- *trygde-*, *service-* eller *omsorgsboliger*. De har representert hele skalaen fra *rene botilbud*, boliger med ulikt innslag av fellesarealer og service, til *boformer med nok.så omfattende tjenester* på linje med aldershjem eller sykehjem. De representerer fortsatt er sterkt blandete boformer. Vi har gjort rede for deres historiske utvikling og funksjonelle avgrensninger.

Omsorgsboligene står for noe vesentlig nytt fordi de representerer normalisering. Eldre og yngre ansees som folk flest uten å bli tatt mer vare på enn det som springer ut av hjelpebehovene.

Bygging av *omsorgsboliger* med finansiering i Husbanken tok til i 1994. Opprinnelig var målgruppen eldre. Fra 1998 ble det gitt tilskudd til slike boliger for personer med sykdom og funksjonshemming, f. eks pasienter i psykiatrien og utviklingshemmede.

I 1997 var det 4.500 omsorgsboliger og i 2006 26.400 slike boliger eller 22.000 flere enn da *Handlingsplan for eldreomsorgen* tok til 1.1. 1998.

Antall kommunale boliger andre enn omsorgsboliger var 27.600 i 1988, ca. 29.000 både i 1993 og i 2001, mot 23.800 i 2006. De ble færre etter 2001.

Hjemliggjoringen og *boliggjoringen* av pleie- og omsorgstjenestene gjennom utbyggingen av et bredt kommunalt boligtilbud for eldre og funksjonshemmede er fundamentale endringstrekk i kommunenes satsing de 20 siste åra. En har ønsket å tilby samme trygghet

og noen ganger med samme omsorg og service som i institusjon, men innenfor en sjølstendig boform med egnet standard.

2. Antall personer under 67 år i kommunale boliger og eldreinstitusjoner etter hovedårsak til hjelpebehovet

I 1989 var det 4.450 og i 1996 10.500 beboere under 67 år i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål, eller 6.000 flere. Utviklingshemmede sto for hele tilveksten.

Fram til 2006 kom det til ytterligere 7.000 beboere. Da var det 17.600 slike boliger til yngre brukere.

I perioden 1996-2000 hadde forøvrig ca. 1.600 under 67 år plass i eldreinstitusjoner. I 2006 var antallet steget til vel 1.900 personer.

Fram til 1997 var det en betydelig positiv sammenheng mellom veksten i yngre brukere av heimebaserte tjenester og bosatte i kommunale boliger. Men etter at HVPU-reformen var over, fikk vi en utvikling i to hovedløp. Det fant sted både en *hjemliggjøring* og en *boliggjøring* av de heimebaserte tjenestene til yngre brukere, men aller mest det første.

En mindre andel til dels sterkt funksjonshemmede flyttet inn i kommunale boliger, mens det fant sted en sterk økning av yngre brukere av heimebaserte tjenester bosatt i *ordinære private boliger*. Av en tilvekst på 25.000 brukere i perioden 1997-2006, var ca. 18.000, eller 7 av 10 bosatt slik i 2006.

3. Brukere under 67 år i kommunale boliger - etter mål for boligens funksjon

Andel med heldøgns pleie og omsorg i 2006

I 2006 bodde halvparten av de yngre i slike boliger med heldøgns pleie og omsorg, eller 8.425 personer, hvor en betydelig del utviklingshemmede.

Andel årsverk i heimebaserte tjenester i 2001

I 2001 gikk 8 av 10 årsverk i de heimebaserte tjenestene til brukere under 67 år til dem som bodde i kommunale boliger. Disse boligene spiller en svært sentral rolle i den åpne omsorgen og representerer et vesentlig fysisk potensial for omsorg.

Antall brukere etter hovedårsak til hjelpebehovet i 2006

I 2006 var det 17.600 kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål til personer under 67 år. Mesteparten av veksten her har imid-

lertid i de seinere gått til beboere med *psykiske lidelser og somatiske sykdommer*. Disse bodde i halvdelen av boligene og utgjorde hver like mange. Den andre halvparten var bebodd av utviklingshemmede.

Sentrale somatiske enkeltårsaker

Her bodde 1.500 personer med senfølger av omfattende skade eller medfødt annen funksjonshemming annen enn utviklingshemming. 1.200 beboere var rammet av hjerneslag/MR/Parkinson, i alt 2.700. Disse fem diagnosegruppene utgjorde 65 prosent av alle i kommunale bolig med somatisk sykdom.

Kapittel 5. Om mål for funksjonssvikt

1. Grad av funksjonstap etter hovedårsak til hjelpebehov - brukere under 67 år i kommunale boliger og eldreinstusjoner i 2003

Funksjonssvikt i egenomsorgsfunksjoner

Vi har nyttet Barthels Adl-indeks som mål for funksjonssvikt i sentrale egenomsorgsfunksjoner. Mens brukere i kommunale boliger i gjennomsnitt skårte 5 poeng i Barthels pleieindeks, skårte en i eldreinstusjoner 13 poeng, mot 3,5 i ordinær bolig. De yngste - særlig brukere under 30 år - har jevnt over mest omfattende funksjonstap. Det gjelder særlig dem med somatiske sykdommer som hovedårsak til hjelpebehovet.

Grad av funksjonstap blant beboere i kommunale boliger

Brukere med psykiske lidelser har i gjennomsnitt liten grad av nedsett funksjonsevne i forhold til ADL-funksjoner. Og ingen har stor grad av funksjonstap. Blant dem med *somatiske sykdommer* var det 3 av 10 med store/svært stor funksjonstap, flest blant dem under 50 år.

Personer med spesifiserte somatiske sykdommer i kommunale boliger

Av brukere under 50 år, var det klart flest med store funksjonstap blant dem med hjerneslag/MS/Parkinson og i gruppa følgetilstand etter skade/medfødt funksjonshemming, hvor 6 av 10 blant de førstnevnte hadde svært stor grad av funksjonstap. Også i alderen 50-66 år er det i disse gruppene mange med omfattende hjelpebehov.

Det viser at det for en god del er mulig å bo i kommunal bolig med omfattende funksjonstap. Og det synes som om slike boliger kan

erstatte eldreinstitution som boform for de fleste uavhengig av diagnose og grad av funksjonstap.

Funksjonstap hos yngre i eldreinstitutioner

De fleste yngre med somatiske sykdommer i eldreinstitutioner er svært hjelpetrengende. Slike pasienter under 50 år, skårte i gjennomsnitt 17 av 20 mulige poeng i Barthels ADL-indeks. Og 8 av 10 hadde svært stor grad av funksjonstap - nesten alle var *totalt hjelpeavhengige i alle basale funksjoner og dermed sterkt pleietrengende*.

Blant brukere med somatiske sykdommer og med store eller svært store funksjonstap, var i alt 40 prosent i eldreinstitutioner, mens resten befant seg i kommunale boliger.

2. Hjelpebehov målt ved omfang av heimebaserte tjenester hos beboere under 67 år i kommunale boliger samt sammenlikning med eldre brukere

I 2003 mottok *utviklingshemmede 27 timer* samlet hjelp per uke fra de heimebaserte tjenestene eller *dobbelt* så mye som blant bruker dem med *somatiske sykdommer* og vel *tre ganger* så mye som blant dem med *psykiske lidelser* som hovedårsak til hjelpebehovet.

Beboere *under 50 år* mottok jevnt over mer per personer enn brukere 50-66 år. Det gjaldt for alle de tre hovedårsaksgruppene, men særlig yngre beboere med *somatiske sykdommer*. Blant dem med *følgetilstand etter omfattende skade/medfødt funksjonshemming* var bruken betydelig. Men den var mest omfattende blant personer med *hjerne-slag/MS/Parkinson* som hovedårsak til hjelpebehovet. Til disse under 50 år ble det ytt 23 t per uke. Det er godt over *ett årsverk* per person.

Ulik tildeling av omfang av heimebaserte tjenester til yngre og eldre brukere?

Det er blitt hevdet at yngre brukere under ellers like vilkår har mer hjelp i de heimebaserte tjenestene enn eldre med samme grad av funksjonstap. For brukere med *psykiske lidelser* synes det klart at personer under 67 år får vesentlig *mer* hjelp per uke enn eldre. En rekke forhold knyttet til det å ha omfattende psykiske problemer - f. eks av sosial art - fanges imidlertid opp av en indeks basert på basale egenomsorgsfunksjoner. Og disse er sannsynligvis mer omfattende blant yngre enn blant eldre.

Blant brukere med somatiske sykdommer fikk yngre i de ulike grupperingen av funksjonstap *1-2 timer mer hjelp* per uke enn eldre i 2003. Forskjellene er imidlertid ikke vesentlige.

Kapittel 6. Ressursbruken – utvikling i årsverk i pleie- og omsorg

1. Endring i årsverk i pleie og omsorgstjenestene i alt – 1988-2007

Perioden 1988-1997

I løpet de 10 åra 1988-97 vokste pleie- og omsorgssektoren med 55 prosent, eller med 28.300 årsverk, til 79.400 i 1997. Av disse kom 15.000 i årene 1991-93, under HVPU-reformen, derav *85 prosent* i heimebaserte tjenester - det aller fleste knyttet til reformen.

Årlig vekst i årsverk i gjennomsnitt: 2.800 (etter skjema).

Og 9.700 årsverk kom til under høykonjunkturen i 1996-1997. Hele *87 prosent* av samlet vekst 10-års-perioden, kom i løpet av de 5 nevnte åra. Det understreker betydningen av statlige overføringer og økonomiske konjunkturer.

Perioden 1998-2002

Det var en tilvekst på 16.000 årsverk i pleie- og omsorgstjenestene i perioden 1998-2002. *Årlig vekst i årsverk i gj sn: 3.200* (etter register).

Perioden 2003-2007

Tilveksten i perioden 2003-2007 var 11.700 årsverk. Etter 1988 kom den siste 5-års-perioden kom dårligst ut. *Årlig vekst i årsverk i gj sn: 2.350*.

Men veksten skjedde svært ujevnt. I de 3 årene 2003-2005 var *samlet* tilvekst i pleie- og omsorg med i alt 610 årsverk. Det er den svakeste i omsorgstjenestenes moderne tid, dvs. etter 1970.

Med betydelige statlige bidrag til kommuneøkonomien etter 2005, økte innsatsen med 11.100 årsverk i årene 2006-2007, eller 5.550 per år - en vekst som i de 20 siste åra bare så vidt overskrider HVPU-årene 1991-1992.

I perioden 1993-2007 under ett vokste den kommunale pleie- og omsorgssektoren med ca. 43.000 årsverk eller med 56 prosent, fra 76.000 årsverk i 1992 til 118.000 årsverk i 2007.

2. Årsverk fordelt mellom institusjon og heimebaserte tjenester – 1980-2007

Radikal endring i innretning av ressursfordelingen

I årene 1980-1990 var imidlertid forholdet mellom ressursinnsatsen i institusjon og heimebaserte tjenester konstant, og institusjonsomsorgen sto for 2/3-deler av årsverkene.

De heimebaserte tjenestenes andel vokste gradvis ut gjennom 1990-åra, også under *Handlingsplan for eldreomsorgen*. I 2002 gikk akkurat halvparten av årsverkene til heimebaserte tjenester. I 2007 var andelen økt til 54 prosent, mot 33 prosent i 1987, året før kommunene overtok sykehjemmene.

Av netto årsverksvekst i 10-års-perioden 1981-1990, gikk 2/3-deler til eldreinstitusjonene, eller flere årsverk til disse enn i hele 15-års-perioden 1993-2007. Satsingen på institusjonsomsorg har vært avtagende fra slutten av 1980-åra.

På 20 åra *falt* eldreinstitusjonenes andel av samlet årsverksinnsats i kommunale pleie- og omsorgstjenester med 21 prosentpoeng. Dette er det konkrete beviset for radikal endret *innretning* av tjenestene i samme periode.

1993-2007 – sterk vekst i heimebaserte tjenester

I årene etter HVPU-reformen var mye av det politiske fokuset rettet mot sykehjem, mens fagfolkene i kommunene bygde ut de heimebaserte tjenestene. I perioden 1993-2007 kom det til 42.600 nye årsverk, i pleie og omsorg, hvorav 3 av 4 (33.000) gikk til de heimebaserte tjenestene - og de fleste til yngre brukere.

Disse tjenestene vokste *kontinuerlig og jevnt* med ca. 11.000 årsverk i hver av de tre fem-års-5-årsperiodene 1993-97, 1998-2002 og 2003-2007. I perioden 1993-2002 falt 71 prosent av den samlede tilveksten de heimebaserte tjenestene. I perioden 2003-2007 gjaldt det 91 prosent.

Økningen med 10.000 årsverk i institusjonsomsorgen 1993-2007, kom i stor grad i årene 1995-2000, dvs. mest under *Handlingsplan for eldreomsorgen*. I perioden 2003-2007 fikk institusjonssektoren bare tilført 1.100 nye årsverk.

Det var det heller ingen vekst i de heimebaserte tjenestene til eldre i denne perioden (kapittel 7). Det har vært stillstand i 'eldreomsorgen' etter handlingsplanen.

Utviklingen i de heimebaserte tjenestene har vært *entydig preget av svært jevn vekst over lang tid*, uavhengig av konjunkturer og statlige overføringer. Det fordi utviklingen har vært knyttet opp mot en strukturell og gjennomgripende forvandling i *innretningen* av pleie- og omsorgssektoren. Og mye av dette har kommunene stått for. Ideologien om *hjemliggjøring og boligjøring* har langsomt og vedvarende bitt seg fast.

3. Periodevis oversikt over utvikling i årsverksinnsats 1980-2007

1981-1990

Før kommunene overtok sykehjemmene i 1988, var det moderat vekst i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Institusjonene sto for en større andel av veksten enn den åpne omsorgen.

1991-2007

Endringene i perioden 1991-2007 har i siste innstans vært sterkt betinget av tilførsel av økonomiske midler knyttet til statlige handlingsplaner, statlig økonomisk politikk og konjunkturer. Vår periodisering her er bestemt av disse forholdene og er gjort slik for å poengtere at det særlig er økonomiske omstendigheter som har drevet fram satsingene.

1988-1990

I de tre åra etter at kommunene overtok sykehjemmene i 1988, var det liten vekst i institusjonsomsorgen, med 570 årsverk per år. Det var lavkonjunktur og omstilling.

1991-1993

I perioden 1991-1993 ble det imidlertid sterk vekst, med 5.000 årsverk per år. Nesten hele veksten var knyttet til HVPU-reformen. Det er imidlertid fortsatt lavkonjunktur, men store statlige overføringer til reformen.

1994-1995

I disse åra var veksten brått over og økningen utgjorde kun 400 årsverk, sjøl om norsk økonomi i 1993 var på vei inn i en langvarig høykonjunktur. Den kraftige satsingen i åra før synes å ha fått betydelige konsekvenser i etterkant, både for institusjonene og den åpne omsorgen.

1996-1997

I årene 1996-1997 - under full høykonjunktur - var det igjen sterk vekst, med 4.800 årsverk per år, hvorav 7 av 10 kom i de heimebaserte tjenestene og var i vesentlig grad knyttet til den sterke innstrømmingen av yngre brukere andre enn utviklingshemmede.

1998-2001

Åra 1998-2001 er perioden for *Handlingsplan for eldreomsorgen*, hvor det gis direkte statsstøtte til drift av 12.000 årsverk. Planen ble lansert i 1996 med bakgrunn i at det hadde vært svak vekst i eldreomsorgen i åra forut, slik vi har vist her. Omlag 2 av 3 av disse årsverkene kom imidlertid i de heimebaserte tjenestene, hvor 4 av 10 gikk til brukere under 67 år.

2002-2005

I 2001-2002 var vi igjen inne i lavkonjunktur, men konjunktorene bedret seg utover i 2003. Men statlig politikk svekker kommuneøkonomien. I åra 2002-2005 er vi tilbake til svak vekst på linje med årene 1988-1990, med en tilvekst på 2.700 årsverk eller 675 per år, men hvor nesten alt gikk til heimebaserte tjenester.

2006-2007

Igjen slår det om. Statlig politisk satsing på kommuneøkonomi gjør at pleie- og omsorgstjenestene i åra 2006-2007 opplever den sterkeste veksten de 20 siste åra, med 5.560 årsverk i gjennomsnitt per år. Og fortsatt kom mesteparten i de heimebaserte tjenestene.

2002-2007, samlet

I perioden 2002-2007 kom det netto kun 1.700 årsverk i institusjonsomsorgen, mens 87 prosent av en samlet vekst på ca. 14.000 årsverk kom i åpen omsorg. Det er svært markant resultat, og understreker at kommunen i *innretningen* av pleie- og omsorgstjenestene har hatt *fokus på heimebaserte tjenester* og at dette fokuset i sin helhet har vært knyttet til *innstrømmingen av yngre brukere* og deres bruk.

De heimebaserte tjenestene har vokst tvers gjennom alle disse tidsrommene og forsterket seg. Bevegelsen mot å innrette pleie- og omsorgstjenestene i tiltakende grad mot de bolig- og heimebaserte synes på sett og vis å ha 'satt seg gjennom' på tvers av konjunktorene og delvis uavhengig av statlige satsinger.

4. Noen drivkrefter bak veksten i pleie- og omsorgssektoren i særskilte perioder i årene 1991-2007

I de *fire* periodene, 1991-93, 1996-97, 1998-01 og 2006-07 - som utgjør 11 av de 17 åra etter 1990 og fram til 2007 - fant *95 prosent* av veksten i pleie og omsorgssektoren sted. Og all vekst i institusjonsomsorgen skjedde i disse 4 periodene.

I løpet av de 5 åra 1991-93 og 1996-97 - dvs. før *Handlingsplan for eldreomsorgen* - hadde halvparten av veksten i perioden 1991-2007 funnet sted, både samlet og i åpen omsorg. I den siste perioden - 2006-2007 - kanaliserte kommunene fortsatt den omfattende innsatsen i stor grad inn i de heimebaserte tjenestene, med *forsterket vekt på yngre brukere*. En stevnet som en hadde gjort, både med og mot konjunktorene. Og det fulgte igjen av at *innretningen* av tjenestene *for lengst var lagt om*.

De bakenforliggende hoveddrivkreftene for vekst og endra innretning av pleie og omsorgstjenestene har framfor alt vært:

- konjunktorene
- de direkte statelig økonomiske bidragene gjennom reformer og handlingsplaner (f. eks HVPU-reformen 1991-96 og Handlingsplan for eldreomsorgen 1998-2001)
- overføringer og stimuleringer til å realisere en omsorgsideologi som har hatt avinstitusjonalisering, boliggjøring og hjemliggjøring av omsorgstjenestene som mål.

Men like viktig i dette bildet har vært *kommunenes evne og vilje til kontinuerlig og forsterket å forme og innrette tjenestene sine etter prinsippene om boliggjøring og hjemliggjøring*. De har *nyttet det økonomiske handlingsrommet* som til enhver tid måtte ha vært der til å satse på heimebaserte tjenester og framfor alt å gi et tilbud til titusener av nye unge brukere.

Kommunene har på *egen hand lagt føringer og vært hoveddrivkrafta* bak innretningen av tjenestene.

Kapittel 7. Ressursbruken fordelt etter hovedårsaken til brukernes hjelpebehov og alder

1. Status og endring i årsverksbruk i de heimebaserte tjenestene - brukere under 67 år etter hovedårsak til hjelpebehovet

Fordeling i 2007

I 2007 ble det *i alt* utført 63.640 årsverk i de kommunale heimebaserte tjenestene. Av disse gikk 38.000, eller 60 prosent til brukere 67 år+. Av disse falt 20.000 årsverk på brukere med *somatiske sykdommer* og *psykiske lidelser* som hovedårsak til hjelpebehovet, fordelt med 60/40 prosent på hver. Disses andel utgjorde 1/3-del av samlet antall årsverk i de heimebaserte tjenestene i 2007. Resten - 18.000 årsverk - gikk til utviklingshemmede.

Vekst 1995-2007

I perioden 1996-2007, dvs. etter at HVPU-reformen var gjennomført, tilførte kommunene den åpne omsorgen vel 29.000 årsverk. Av disse gikk 19.530 eller 2/3-deler til brukere under 67 år.

Og i denne perioden gikk 88 prosent av tilveksten i årsverk til yngre brukere med *somatiske sykdommer* og *psykiske lidelser* som hovedårsak til hjelpebehovet. Antall årsverk til disse økte med 17.250, fra ca. 3.000 i 1995 til 20.330 årsverk i 2007. Det var en 7-dobling på 12 år.

Også blant brukere 67 år+ var det en betydelig økning perioden sett under ett, med 9.600 årsverk. Men samtlige av disse kom til i årene før 2002, dvs. i det alt vesentlige i tilknytning til *Handlingsplan for eldreomsorgen*.

Vekst 2002-2007

I løpet av de 5 årene 2002-2007 økte innsatsen for brukere under 67 år med 11.500 årsverk, fra 26.500 i 2002 til 38.000 årsverk i 2007, eller med 43 prosent på 5 år. Det er svært mye og på høyde med økningen som fant sted som følge av HVPU-reformen i perioden 1990-1995. Omfanget av heimebaserte tjenester til brukere 67 år+ ble imidlertid svakt redusert i samme periode.

Mesteparten, eller 84 prosent av denne tilveksten, gikk til brukere med *somatiske sykdommer* og *psykiske lidelser*, med omlag 5.000 årsverk til hver gruppe.

Mens årsverk til brukere med *somatiske sykdommer* vokste med 75 prosent i løpet av disse 5 åra, ble innsatsen for brukere med *psykiske lidelser* mer enn fordoblet, fra 3.720 årsverk i 2002 til 8.210 i 2007. Omlag 1.700 av denne veksten på 4.500 årsverk ble finan-

siert gjennom *Opptrappingsplan for psykisk helse* i åra 2002-2007. Det tyder på at kommunene på egen hand har tilført betydelige ressurser, også til personer med psykiske lidelser i denne perioden.

Hovedtyngden faller imidlertid på brukere med *somatiske sykdommer*. Og disse har aldri vært gjort til gjenstand for statlige handlingsplaner eller statlige særskilte satsinger.

Andel brukere under 67 år 1991-2007

De yngre brukerne dominerer m.a.o. utviklingen i de heimebaserte tjenestene i perioden 1991-2007. Nesten hele årsverkstilveksten i de heimebaserte tjenestene i perioden 1991-95, 43 prosent i perioden 1996-2001 og hele økningen etter 2001 tilfalt brukere under 67 år.

Årsverk i heimebaserte tjenester i kommunale boliger etter 1995

Samlet ble 65 prosent av årsverkene i heimebaserte tjenester i 1996 ytt i *kommunale boliger*, mot 55 prosent i 2002. Sjøl om at det var en mindre økning i *absolutt* antall - både til eldre og yngre - avtok den *relative* andelen årsverk til brukere i slike boliger fra 1996 til 2002.

Det har m.a.o. funnet sted to parallelle utviklingsløp. Ett knyttet til en betydelig, men mindre voksende bruk av heimebaserte tjenester i *kommunale boliger*. Og ett stort vesentlig preget av pleie og omsorg i egen ordinær bolig, idet f. eks 3/4-deler av *tilveksten* av brukere under 67 år i perioden 2002-2006, eller 10.000 brukere, var bosatt i *ordinære private boliger*.

2. Om vekst driftskostnader for brukere under 67 år i de heimebaserte tjenestene 1995-2007

Brutto driftskostnader – 1995-2007

I 2007 beløp brutto driftskostnader knyttet til heimebaserte tjenester for brukere *under 67 år* seg til 19.1. milliarder kroner *beregnet under våre gitte forutsetninger*. Derav gikk 10.2 milliarder, eller 54 prosent til personer med somatiske sykdommer eller psykiske lidelser som hovedårsak til hjelpbehovet.

I perioden 1996-2007 økte kommunene nivået til drift av heimebaserte tjenester på årsbasis for brukere under 67 år med ca. *10 milliarder kroner* (2007-kroner), hvorav nesten 90 prosent var knyttet til brukere med *somatiske sykdommer og psykiske lidelser* som hovedårsak til hjelpebehovet. Dette er en nokså *omfattende*

nivåbeving, uansett hva en velger som målestokk for sammenlikning, f. eks f. eks kostnader knyttet til *ferdigbehandlet pasienter i den somatiske 2. linjetjenesten* eller ressursutviklingen i 2. linjetjenesten for tilsvarende målgrupper.

3. Endret intensitet (årsverk per bruker) i de heimebaserte tjenestene 1995-2007

Endret intensitet – årsverk per bruker 1995-2006

Om vi holder utviklingshemmede utenfor, økte årsverksinnsatsen per øvrige bruker under 67 år fra 0,18 årsverk i 1995 til 0,39 årsverk per bruker i 2006, dvs. en fordobling. Det har funnet sted en ekspansjon både i bredden og dybden blant yngre brukere med *psykiske lidelser og somatiske sykdommer*. Og disse brukte respektive 0,31 og 0,47 årsverk per bruker i 2006. Det synes å ha vært en nokså jevn vekst i *intensitet* i hjelpa, og det i takt med at det har blitt flere brukere.

Tidligere synes en jevnt over bare å ha ytt litt til alle brukere unn-tatt utviklingshemmede. Doblingen i antall årsverk per bruker etter 1995 må imidlertid være uttrykk for at det enten etter hvert er tunge brukere som trekkes inn eller at de samme brukerne får mer per capita. Mest sannsynlig er det ofte begge deler som har skjedd.

Denne utviklingen er beviset for at kommunen etter hvert har gått inn og tatt mer ansvar for yngre brukere andre enn utviklingshemmede. *Nyprioriteringene* kan m.a.o. direkte avledes av empirien. Kommunene har møtt økt innstrømming ikke med mindre, men med *mer* hjelp. Det kan m.a.o. synes som at personer med mer omfattende hjelpebehov har vært 'pådriverne'. Det tyder igjen på det også er *kvalitative forhold og innsikter* som kan ha ligget til grunn for nyorienteringen. Synet på hva som er 'nødvendig' og hva som er verdig omsorg, har endret seg.

Kapittel 8. Mulige mangler ved de heimebaserte tjenestene

1. Noen generelle endringstrekk i pleie- og omsorgstjenestene etter 1988

Pleie- omsorgstjenestene har vært gjennom en omfattende utvikling og står fram som en sterkt fornyet sektor. Med fokus på de heimebaserte tjenestene, har de endret innhold, form og funksjon. Sentrale trekk som underbygger dette er:

- tiltakende ressursbruk knyttet til *økt og utvidet tilbud til yngre* med heimebaserte tjenester Etter 1992 - bare vekst i antall brukere under 67 år
- en historisk sterk økning i omfanget av nye boliger, som har etablert *bomessige alternativer* til institusjon
- avinstitusjonalisering - flere tiltak og en økt differensiering av tiltak
- yngre og nye brukergrupper inn i pleie- og omsorg - brukere med somatiske sykdommer, psykiske lidelser, rusavhengige kreftpasienter og døende pasienter
- de heimebaserte tjenestene har over relativt få år radikalt skiftet karakter i *innretning* gjennom:
 - økt *intensitet* – dobling av innsats per bruker i de heimebaserte tjenestene både til eldre og yngre brukere i løpet av 10 år
 - omfattende bruk av bare hjemmesykepleie eller tjenester i kombinasjon med hjemmehjelp - et klart uttrykk for den *medisinske* delens sterke framvekst
 - fleksibel tildeling av tjenester ut fra den enkeltes behov og ikke etter standarder (litt regelmessig hjelp/plass i institusjon)
 - endret bruk av heimebaserte tjenester skapt et *supplerende tilbud* i forhold til institusjonene.

Noen resultater:

- forståelsen av hva som er 'nødvendig' og hva som er verdige tjenester har endret seg.
- målet om at en kan bli boende i egen bolig så lenge som mulig er oftere realisert
- den enkeltes integritet og verdighet er styrket
- det er tatt viktige skritt mot normalisering av folks liv på tross av skrøpelighet.

Kommunen har ikke fått, men tatt nye oppgaver i stort omfang

Utviklingen med økte ressurser, bredde og mangfoldet i innretningen av de heimebaserte tjenestene, veksten i profesjonsgrupp-

ene og mangfoldet i boliger og institusjoner, har oftest gjort kommunene i stand til å ta et langt bredere ansvar enn tidligere.

Fordi *forståelsen* av hva kommunehelsetjeneste *bør og skal være* og fordi kommunene *har fått muligheter* for i større grad å realisere kommunehelsetjenestenes mål, har pleie- og omsorgstjenestene både vokst og endret seg.

Fordi pleie-, omsorgs- og helsetjenester har *vokst i volum, kompetanse og tiltak*, er de i dag i stand til å ta på seg oppgaver som tidligere i større grad lå til spesialisthelsetjenesten. Det er derfor ikke slik at kommunene i særlig grad har blitt tildelt nye oppgaver. Kommunene har derimot *dyktiggjort seg sjøl*, slik at de *mer* er blitt i stand til å realisere omsorgstjenestenes oppgaver i tråd nyvunne innsikter, prinsipper og mål.

2. Mulige nye oppgaver og økt kompetanse i kommunale pleie- og omsorgstjenester gjennom endring og vekst i ulike profesjonsgrupper.

Endret profesjonssammensetning som indirekte mål for endret innretning av tjenestene

I 10-års-perioden 1997-2007 var sammensetningen av profesjonsgruppene nokså stabil. *Sykepleiernes* andel av årsverkene var også konstant i perioden med 18,5 prosent i 1997 og 18,0 prosent av alle årsverk i 2007. Og andelen *sykepleiere med spesialitet* ble heller ikke større.

Gruppene *vernepleiere, sosionomer og høyskoleutdanna miljøterapeuter* doblet imidlertid sin relative andel av årsverkene i pleie- og omsorg i disse åra. Og gruppa *omsorgsarbeidere o.l.* økte sin relative andel av årsverkene mest, mens motstykket var reduksjonen i *hjelpepleierårsverk*. Disse var imidlertid fortsatt den *største enkeltgruppa* med 30 prosent av alle årsverk i 2007.

At *nye profesjonsgrupper* - miljøterapeuter, sosionomer og barneverns-
pedagoger - har vokst inn i pleie- og omsorgstjenestene i et ikke ubetydelig omfang, underbygger hypotesen om at disse i betydelig grad arbeider med de nye yngre brukergruppene.

Endring 1997-2007 i ulike enkeltgrupper

Sykepleiere, hjelpepleiere og ytere av praktisk bistand

På tross av innretning mot flere sykepleiefaglige oppgaver og en sterk satsing på *hjemmesykepleievirksomhet* i de heimebaserte tjen-

estene, synes sykepleierne *relative konstante andel* av årsverkene i pleie- og omsorg *ikke* å bekrefte vår tidligere understreking av et tiltakende medisinsk innslag gjennom en sterk økning av brukere av hjemmesykepleievirksomhet og heller ikke de generelle antakelsene om at kommunene har overtatt medisinsk faglige oppgaver fra 2. linjetjenesten i betydelig omfang.

Relativt liten absolutt økning i *sykepleierårsverk* i hele pleie- og omsorgssektoren over 10 år indikerer at *hjemmesykepleievirksomhet* på langt nær består av sykepleierkvalifiserte årsverk. Vi anfører og understreker imidlertid at vi har *lite presis* kunnskap både om omfanget av *årsverk i hjemmesykepleievirksomhet* og fordelingen av de *profesjoner og kvalifikasjoner* som inngår i virksomheten.

De tre store *hovedgruppene* - syke- og hjelpepleiere og ytere av praktisk bistand - sto i 2007 for 3 av 4 årsverk, sjøl om innsatsen fra disse relativt sett har blitt *litt* redusert. Men det er i sin tur kompensert for ved økning av *omsorgsarbeidere*, *dvs. det har* foregått en utskiftning av eldre hjelpepleiere mot nyutdannede fra videregående skole. Det har funnet sted et visst *generasjonskifte*.

Miljøterapeuter og vernepleiere

Mens det nesten ikke blitt flere *ergoterapeuter* i pleie- og omsorgssektoren, har imidlertid veksten blant *sosionomer, barnevernspedagoger* og særlig *miljøterapeuter* vært stor. Særlig er det blitt flere miljøterapeuter. Denne utviklingen knytter samtidig an til en betydelig vekst blant *vernepleiere*.

Høgskoleutdannet personell

For personell med *høgskoleutdanning* var det en viss økning, i det andelen årsverk knyttet til disse tiltok fra 23 prosent i 1997 til 27 prosent i 2007.

4. Mulig positiv sammenheng mellom tilvekst av yngre brukere og profesjonssammensetningen

I tillegg til vernepleiere er det tilveksten med omlag 2.900 årsverk blant *sosionomer, barnevernspedagoger og miljøterapeuter* som muligens særlig kan knyttes opp mot den sterke veksten blant yngre brukere. Mest sannsynlig er mesteparten av årsverksøkningen til brukere med somatiske sykdommer dekket inn med klassisk pleie- og omsorg.

Det synes å være *mengden* av oppgaver og ikke typen oppgaver i seg sjøl som er den største utfordringen for kommunene. Unntaket kan være psykiatri, rusbrukere og til dels demente som krever mer kompetanse.

Og generelt har det neppe har funnet sted betydelige endringer i behovene som skulle fordring vesentlig annen kvalitativ kompetanse enn tidligere. Vi mangler imidlertid et godt empirisk grunnlag for disse vurderingene.

Oppsummering

Det er *klassisk pleie- og omsorgsarbeid* som utgjør den vesentlige delen av veksten i åra 1997-2007, idet 2/3-deler av årsverkstilveksten var knyttet til *omsorgsarbeidere, hjelpepleiere, pleieassistenter og ytere av praktisk bistand*. Det er disse som nødvendigvis må ha fylt opp de aller fleste av de vel 17.000 årsverkene som i perioden gikk til *brukere under 67 år med heimebaserte tjenester*. Det at *innretningen* av basis i tjenestene er nokså *stabil*, peker mot at det er klassisk pleie- og omsorg som fortsatt utgjør hovedaktiviteten.

Det har vært et sterkt fokus på medisinske nye oppgaver i pleie- og omsorgstjenestene. Utviklingen i profesjonssammensetningen underbygger imidlertid ikke antakelsen om bevegelse i den retning.

Det *vesentlige* som har skjedd i utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene de 10 siste åra synes framfor alt å være knyttet til *tradisjonell pleie- og omsorg i stort omfang, også til nyankomne brukerne*.

5. Bruk av omfattende og faglig spesialisert hjelp hos brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2003

Det har blitt hevdet at kommunene i noen grad har utviklet *kompetanse innen medisinske teknologi* - ved bruk av legemidler, prosedyrer og mer avansert teknisk medisinsk utstyr.

I følge Helsetilsynets undersøkelse i 2003 utgjorde de *til enhver tid var underlagt omfattende og/ eller spesialisert faglig behandling* av de typene en undersøkte 8,8 prosent av alle brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester, hvorav 5 prosent var brukere med sammensatte sykdommer og 3 prosent personer med kontroll for adferdsavvik, mens dem med respirator-behandling og lignende utgjorde 0,4 prosent av samtlige brukere.

Bare en tredjedel av disse bodde i ordinære private boliger. Det tyder på liten grad av krevende behandling blant brukere under 67

år som bor heime - dvs. den store majoriteten - underbygger hypotesen om at det for disse oftest dreier seg om klassisk pleie og omsorg.

Med behandling for flere aktive, sammensatte sykdommer som krever omfattende/ faglig spesialisert hjelp

Tre av fire med hjelp ved sammensatte sykdommer som krever faglig spesialisert hjelp, var brukere 67 år+, hvor majoriteten befant seg i eldreinstitusjoner. Og det gjaldt 7 prosent og 5 prosent av brukere under 67 år i respektive kommunale og ordinær privat boliger. Behov hos yngre brukere synes m.a.o. relativt sjelden å kreve faglig spesialisert hjelp. Det bekreftes av at det også er svært få som trenger til spesialiserte medisinske prosedyrer.

Med respirator-, smerte- eller cellegiftbehandling

I 2003 var det 4 promille av brukerne - eller omlag 750 personer på landsbasis- som til enhver tid hadde behandling ved bruk av respirator, cellegift eller smertebehandling med intravenøs teknikk, hvorav i underkant av 200 var personer under 67 år.

Konklusjon

Antallet personer som er omfattet av de ulike nevnte tiltakene var således i 2003 lite, også blant yngre brukere. Og teknisk medisinsk behandling var svært beskjeden og av langt mindre betydning enn den har vært tillagt i et spesialisthelsetjenesteperspektiv. Oppgaver som eventuelt var overført til kommunehelsetjenesten så ut til å ligge innenfor et kompetanseområde personalet er vant til, og som de behersker.

6. Om mulige konkrete mangler i pleie- og omsorgstjenestene

Vurderinger av bemanning og kompetanse og standardisering av tjenester

Erfaringer fra tilsyn i regi av Statens helsetilsyn har vist at det er grunn til å være bekymret for om tjenestetilbudet til brukere med *sammensatte og langvarige behov* er tilstrekkelig stabilt og med innretning, omfang og innhold som er slik at det reelt sett er tilpasset den enkeltes behov, f.eks. personer med psykisk lidelser og utviklingshemming. Kommunene synes å stå overfor økonomiske og bemannings- og kompetansemessige utfordringer som setter systemene og tjenestetilbudet 'på strekk'.

Helsetilsynet refererer til at de kommunale tjenestene mangler fleksibilitet i møte med yngre funksjonshemmede. Tradisjonelle hjemmetjenester ivaretar ikke slike hensyn på en god nok måte. Standardisering av tjenestetilbudet kan skape barrierer for individuelle løsninger.

Vurderinger av og individualisering – bruk av individuell plan samt samhandling og koordinering

Tilsynsmyndighetene undersøkte i 2005 bl. a. om utvalgte kommuner sikrer individualisering, koordinering og forsvarlig tjenesteyting i sine helse- og sosialtjenester. I hver tredje av disse kommunene konstaterte en at arbeid med *individuell plan* ikke oppfyller lovkravene. Videre fant en at *samhandling og koordinering* mellom ulike instanser og aktører i sosial- og helsetjenesten var et sårbart område.

En konkluderte med at de fleste av disse kommunene *ikke* sikret at brukere med *langvarige og sammensatte behov* får et forsvarlig tilbud.

7. Om utilstrekkelig hjelp i pleie- og omsorg

I Helsetilsynets undersøkelse i 2003 ble det vurdert om den hjelpa tjenestemottakerne fikk var *tilstrekkelig*. Generelt var det slik at det var flest med utilstrekkelig tjenester blant brukere i ordinær privat bolig. Situasjonen var vesentlig bedre for dem i kommunale boliger. Videre var det *generelt slik* at de heimebaserte tjenestene oftest var utilstrekkelig for dem med størst hjelpebehov. Og tilbudet ble oftere vurdert som utilstrekkelig for brukere under 67 år enn for eldre brukere. Og for yngre var tilbudet oftest utilfredsstillene blant bruker i ordinære boliger.

Brukere i kommunale boliger med psykiske lidelser som hovedårsak til hjelpebehovet hadde betydelig oftere utilstrekkelig hjelp enn øvrige brukere. Hele 28 prosent under 67 år hadde utilstrekkelig hjelp til f. eks til personlig hygiene og praktiske hjelp i huset.

Blant dem med somatiske sykdommer og utviklingshemming som hovedårsak var det betydelig færre med utilstrekkelig hjelp – dog var hjelp til personlige og praktiske gjøremål utilstrekkelig for hver 7. bruker. Og utilstrekkelig hjelp forkom oftest blant brukere under 67 år. Det gjaldt for nesten alle de nevnte funksjonene.

Det synes således å foreligge et visst belegg for at pleie- og omsorgstjenestene, særlig til brukere under 67 år, kan være mangel-

fulle - særlig for dem med psykiske lidelser. Og dersom et tjenestetilbud ikke er tilstrekkelig, er det heller ikke forsvarlig. Helsetilsynet har vurdert situasjonen dit hen at det for en del kommuner er grunn til å tro at utfordringene er så vidt store er det er berettiget å snakke om at systemer er satt på *vedvarende strekke* og at sårbarheten og risiko for svikt er stor på en del områder.

8. Hypoteser om mangler i pleie- og omsorgstjenestene

På bakgrunn av resultatene fra analysene i denne rapporten har vi reist noen problemstillinger og tentative hypoteser om eventuelle mangler i dagens pleie- og omsorgstjenester.

Er eldreomsorgen i ferd med å forlate den forebyggende strategien mens omsorgen for yngre har beveget seg mot en slik strategi?

Stagnasjon i tallet på eldre brukere, lavere tilgjengelighet, mer intensiv drift i sykehjem, redusert bruk av praktisk bistand og betydelig vekst i hjemmesykepleievirksomhet, gir grunn til å spørre om det skjer en utvikling der eldreomsorgen er i ferd med å forlate den forbyggende delen av sin strategi med 'tidlig intervensjon' etter dansk modell. Går utviklingen mer og mer i retning av en behandlingsstrategi som konsentrerer seg om 'de som trenger det mest', slik utviklingen har vært i Sverige? Og en kan reise spørsmål om i hvor stor grad det har funnet sted en *medikalisering* av hjemmetjenestene for eldre på bekostning av forebygging, sosial og praktisk bistand?

I forhold til brukere under 67 år har imidlertid det motsatte skjedd. Brukerne har enkeltvis gradvis fått mer hjelp samtidig som de er blitt radikalt flere og som dermed langt oftere og tidligere enn blir inkludert i et offentlig faglig sykepleiefaglig regime med behandling i hjemmesykepleien også med proaktive og forebyggende effekter på sikt. Her synes en ofte antakelig å oppnå begge deler, medikalisering og forebygging.

Er det vokst fram forskjellige omsorgsregimer for yngre versus eldre brukere?

Vi stiller spørsmål om *hvilke hjelpebehov* som i et så vidt stort omfang avhjelpes overfor unge brukere i den kommunale hjemmesykepleie. Er det ofte en annen type hjemmesykepleie som ytes til yngre versus de eldre brukerne?

Er det to forskjellige systemer i kommunene for eldre og yngre brukere av hjemmetjenestene, med ulike standarder, ulike nivåer på tjenestetilbudet, ulike fagtradisjoner, ulike saksbehandlingsrutiner og ulike organisering? Den observerte utviklingen grunngir hypotese om at det delvis er etablert forskjellige pleie- og omsorgsregimer for yngre versus eldre brukere.

Er det etablert et nytt innhold i tjenestene for nye brukergrupper?

Hovedhypotese er at behovene de siste 15-20 siste åra har endret seg betydelig i takt med de raske endringene i brukersammensetning uten at tjenestene i samme grad har vært i stand til nødvendige omstillinger i kompetanse og faglig perspektiv. Det fordi pleie- og omsorgstjenesten har vært nokså konservative i sitt vesen og svarer ofte med mer av det samme. Eller er det nettopp slik at 'mer av det samme' er hva som oftest skal til, men at dette 'samme' er for knapt. Eller dreier det seg aller helst om begge deler, kvantitativt behov mer hjelp og kvalitativt nye tiltak?

Har kommunene utviklet kompetanse og behandlingsopplegg som er på høyden med det mangfoldet i behovene?

Et sentralt spørsmål er om kommunene jevnt over har utviklet en kompetanse som er på høyde med behovene i forhold til mangfoldet i diagnoser og lidelser hos nye brukere. Det vil kanskje særlig gjelde mindre kommuner. Dette gjelder både somatikk, rus og psykiatri. Og hvor godt evner kommunene å identifisere, følge opp og gi behandling for somatiske sykdommer og psykiske lidelser hos utviklingshemmede som *ikke* er knyttet til den spesifikke utviklingshemmingen.

Det som gjør en slik gjennomgang påtrengende, er mye av økningen i de kommunale heimebaserte tjenestene oftest ytes til personer som er i *lång avhengighet* av pleie- og behandling. Spørsmålet forsterkes ved at den kommunale innsatsen for mange allerede er *omfattende*.

Spørsmålet om kommunene har utviklet adekvate tjenester i tråd med brukerutviklingen, bør også reises i eldreomsorgen. Hjelpebehovene og pleietyngden blant en god del av disse brukerne i den åpne omsorgen er noen ganger betydelig og sykdomsbildet sammensatt.

Har kommunene i tilstrekkelig grad utviklet medisinsk og pleiemessig kompetanse som er slik innrettet at den gir et tilbud på høyde med sykdoms- og pleiebehovspanorama både hos yngre og eldre brukere?

1 Innledning

Utredning om: Utvikling og status i yngres bruk av heimebaserte tjenester 1989-2007.

1.1 Bakgrunn for og hovedtrekk i opplegget av utredningen

1.1.1 Om mandatet for utredningen

Helse- og omsorgsdepartementet har utformet *mandatet* for utredningen *Utvikling og status i yngres bruk av heimebaserte tjenester 1989-2007*. Det er presist i begrunnelsen, problemstillingene og i innholdet av hva departementet ønsker utredet.

Bakgrunn og begrunnelse

Departementet tar utgangspunkt i at kommunale hjemmetjenestene har vært i rask omstilling og endring de 15-20 siste åra. Fra å være forholdsvis enkle tilbud om praktisk hjelp og pleie til eldre på dagtid har de utviklet seg til å "*dekke alle aldersgrupper gjennom hele livsløpet med tjenester også på heldøgnbasis*" (op.cit.).

En viser til at antallet brukere av hjemmetjenester under 67 år er mer enn fordoblet de 10 siste åra og utgjør nå en tredjedel av brukerne og bruker nesten to tredjedeler av ressursene i hjemmetjenestene.

På den bakgrunn reiser departementet følgende problemstillinger knyttet til *brukerne* og *bruken*.

Om brukerne

Det er derfor behov for økt kunnskap om *hvem* er de yngre brukerne, *hvilket tilbud* får de i dag, *hvilke hjelpebehov* har de og hva er *årsakene* til økningen av yngre brukere de siste 15-20 siste åra. NIBR

blir bedet om å ”beskrive hovedtrekkene i hjemmetjenestenes utvikling med vekt på endringer de 20 siste åra”.

Om bruken

En framhever at det er viktig å få fram kunnskap om tjenestenes omfang. Og i tilknytning til dette, hva er den samlede ressursbruken og fordelingen av ressurser mellom ulike brukergrupper i hjemmetjenestene?

Og er det slik at det er skjevfordeling av ressurser mellom de tradisjonelle tjenestemottaker og brukergrupper som har vært omfattet av statlige reformer, f. eks utviklingshemmede og brukere med psykiske lidelser i forhold til grupper som ikke har vært omfattet av offentlige reformer, f. eks fysisk funksjonshemmede.

1.1.2 NIBRs utlegning av mandatet

Dette mandatet avtegner en utredning i to hoveddeler:

1. analyse av brukerne av heimebaserte tjenester
2. analyse av ressursbruken og fordelingen av denne

Denne inndelingen har ført til at vi har to-delt rapporten etter disse temaene.

Del I

I del I gjør vi rede for utvikling og status i de heimebaserte tjenestene med fokus på kjennetegn ved brukerne etter alder, hovedårsak til hjelpebehovet samt bruk av ulike typer heimebaserte tjenester og etter om en bor i ordinære private eller kommunale boliger (kapittel 3).

I tilknytning til dette gir vi en særskilt oversikt over tilbudet i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål (kapittel 4). Det fordi utbyggingen av disse - særlig i 1990-åra - synes å ha hatt nokså positiv sammenheng med utviklingen av de heimebaserte tjenestene.

Et viktig grunnlag for vurderingen av tjenestenes omfang og fordelingen av ressurser mellom ulike brukergrupper er omfanget av funksjonstap og hjelpebehov hos brukerne. Derfor har vi valgt utførlig å gjøre rede for dette (kapittel 5).

Del II

I del II vil vi analysere og beskrive hovedtrekken i resursbruken målt ved årsverk i pleie- og omsorgstjenestene fordelt på ulike perioder i tidsrommet 1980-2006. Særlig oppmerksomhet viser vi skillet i utvikling mellom institusjon og de heimebaserte tjenestene (kapittel 6).

Dernest vil vi gjøre rede for status og utvikling i åreverksbruken i de *heimebaserte tjenestene* etter hvordan de *fordeler seg* mellom eldre og brukere under 67 år. Videre vil vi analysere tilsvarende fordeling i forhold til *utviklingshemmede* og bruker med *somatiske sykdommer og psykiske lidelser* som hovedårsak til hjelpebehovet. Vi gir også en oversikt over utvikling i kostnader knyttet til disse brukerne og utvikling i årsverksbruk per person (kapittel 7).

Sjøl om det ikke direkte følger av mandatet for prosjektet, avslutter vi med en drøfting av mulige mangler ved de heimebaserte tjenestene. Dette på grunnlag av den sterke veksten blant yngre brukere. Dette gjør vi på bl.a. på bakgrunn av gjennomgang av *endringer i profesjonssammensetning* i pleie- og omsorgssektoren 1997-2007, liten tilgang på *faglig spesialisert hjelp, påvist utilstrekkelighet* i disse tjenestene samtidig som vi peker på mulig mangler med referanse til Helsetilsynets gjennomgang og vurderinger av disse tjenestene i kommunene. Vi avslutter med noen *hypoteser* om grunner til slike mangler og eventuelle mangler ved innretning av disse tjenestene (kapittel 8).

1.2 Nærmere om valg av innretning av analysene

1.2.1 Del I. Analyse av brukerne av heimebaserte tjenester – utvikling og status

Generelt om målgruppene for våre analyser

I departementets begrunnelse for utredningen ble det ført fram at fokus ønskes satt på brukergrupper under 67 år, da disse har stått for det aller meste av veksten i de heimebaserte tjenestene de siste 20 åra. Men siden de øvrige vil være eldre 67 år+ - og de yngre må skilles fra disse - vil også utviklingen for eldre bruker måtte bli en del av analysen. For de eldre vil vi imidlertid begrense oss til noen

hovedtrekk, jf. kapittel 2.4. De mer inngående analysene er imidlertid begrenset til de yngre brukerne.

Således vil vi for pleie- og omsorgstjenestene som helhet - der institusjonene har en viktig plass - nøye oss med en generell beskrivelse at hovedtrekkene i utviklingen etter 1988 for tjenester og tilbud enkeltvis og samlet, både mht antall brukere og tilgjengelighet. Denne presentasjonen utgjør rapportens innledende del (kapittel 2).

Kjennetegn ved brukere av heimebaserte tjenester under 67 år og de tilbud som ytes

Analysen av hvem de nye brukerne er og framveksten av yngre brukere, vil i hovedsak være knyttet til alderssammensetningen og hovedårsakene til hjelpebehovene. Det siste i betydningen hvem de er i forhold til type behov.

En sentral problemstilling er *hva slags* tilbud de yngre brukerne får. Det foreligger imidlertid få, om noen statistiske inntak til empirisk og kvantitativt å dokumentere hvilke nye enkeltoppgaver de kommunale pleie og omsorgstjenestene har utviklet eller tatt over ut over det som generelt går fram av *Pleie- og omsorgsstatistikken* når det gjelder kommunale boliger, type hjemmetjeneste, rehabiliteringstiltak samt sosiale og praktiske tjenester, som f. eks støttekontakt, BPA, avlastning og trygghetsalarm og ulike aktivitetstiltak og bruk av dagsentra (KOSTRA grunnlagsdata). Statistikken er imidlertid mer sparsom for helserelevante og medisinske tiltak.

Vi vil derfor særlig måtte analysere tilbudet i forhold sammensetningen av heimebaserte tjenester med særlig vekt på den rolle *hjemmesykepleien* ser ut til å spille. Bruken av ulike typer heimebaserte tjenester blir derfor utførlig gjort rede for, jf. kapittel 3.

Bruken av tjenester målt ved *intensitet*, dvs. omfang av hjelp per bruker er et indirekte mål for hjelpebehov. Derfor har vi analysert foreliggende data med henblikk på fordeling og utvikling i intensitet i de heimebaserte tjenestene, jf. kapittel 7.

Det har ofte blitt hevdet (jf. kapittel 8.3) at kommunene etter hvert også har utviklet kompetanse innen medisinsk teknologi, bruk av legemidler og prosedyrer idet en bl.a. anvender mer avansert teknisk medisinsk utstyr ved f. eks ulik intravenøs behandling, bruk av respirator, dialysebehandling og palliativ behandling. Og økt bruk av kortidsplasser i kommunenes sykehjem har lagt til rette for ut-

redning, behandling og pleie før innleggelse i og etter utskrivning fra sykehus.

Det er imidlertid i liten grad dokumentert hvordan en slik utvikling har medført vesentlige endringer og økninger i kommunenes innsats i forhold til medisinsk tekniske prosedyrer og faglig spesialisert hjelp. På grunnlag av data om dette i Helsetilsynets undersøkelse fra 2003, vil vi imidlertid analysere omfanget av slike tiltak, jf. kapittel 8.3.

1.2.2 Del II. Ressursbruken – utvikling og status i fordeling av årsverk i pleie- og omsorgstjenestene mellom sentrale brukergrupper

Av mandatet for utredningen går det bl.a. fram at en ønsker å få belyst hvordan årsverkene i de heimebaserte tjenestene er fordelt mellom de tre sentrale brukergruppene: *utviklingshemmede* og brukere med *psykiske lidelser* og *somatiske sykdommer* som hovedårsak til hjelpebehovet. Og særlig hvordan det har utviklet seg over tid. Dette har NIBR gjort til en sentral dimensjon i denne utredningen. Både i analysene av *hvem* brukerne er og i analysene av *hvordan* ressursene fordeler seg i forhold til hvem de er, er dette en svært sentral problemstilling.

I del II utvider vi derfor perspektivet og bringer inn kunnskap om ressursinnsats og fordelingen av denne. Dette også for å kunne vurdere de faktiske endringer i innretningen av tjenestene for ulike brukergrupper.

I del I vil vi gjøre vi rede for utvikling og status i antall brukere av heimebaserte tjenester under 67 år i ulike grupper etter alder, type tjenester og hovedårsak til hjelpebehovet. Men de samme gruppenes bruk av ressurser og hvordan disse fordeler seg og har endret seg etter sentrale kjennetegn ved brukerne, er svært sentral kunnskap når vi skal bedømme utviklingen og status i tjenestene for disse gruppene. Ressursfordelingen målt ved tilførte årsverk, er også nødvendige størrelser når vi skal vurdere utvikling i standard eller intensitet i tjenestene, målt ved bemanningsfaktorer (årsverk per bruker).

Vi vil i del II gi oversikt over utviklingen i årsverk i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene fra 1980 og fram til 2007 i ulike

etapper. Dette har aldri tidligere vært gjort for hele denne perioden, bare deler av den.

Videre vil gjøre rede for årsverksutviklingen separat for *heimebaserte tjenester* og *institusjoner* etter 1988 og fram til i dag. Dette har for årene etter 1993 tidligere bare vært estimert for en begrenset periode (1996-2001 - Toresen 2003).

Slik vi har lagt opp til gjennomføringen av analysene av antall brukere i del I, vil vi her tilsvarende vise andel årsverk som over tid har gått til brukere under 67 år og hvordan disse fordeler seg etter hovedårsak til hjelpebehovet.

Siden fordeling av årsverkene i *heimebaserte tjenester* etter brukernes alder og hovedårsak til hjelpebehov aldri tidligere er gjennomført, er vi først henvist til å kunne skille ut årsverksbruken i forhold til brukere 67 år+. Og analogt til analysene i del I (kapittel 3) vil vi videre beregne og skille ut den delen av årsverkene i heimebaserte tjenester som går til utviklingshemmede. Dernest vil vi beregne omfang og fordeling mellom brukere med somatiske sykdommer og psykiske lidelser.

Men datagrunnlaget er delvis mangelfullt. Det ideelle hadde vært en løpende tidsserie, f. eks for perioden 1989-2007. I stedet har vi vært henvist til å beregne fordelingen av årsverk i de heimebaserte tjenestene mellom eldre og yngre brukere, og de siste etter hovedårsak til hjelpebehovet (utviklingshemmet, somatisk sykdom, psykisk lidelse) ved gitte tidspunkt. Vi starter med året 1989 som er det første som muliggjør slike beregninger. Deretter følger slike data for årene 1995/96, 2001/02 og 2006/07.

For årene 1996 -2001 mangler vi data som gjør det mulig å skille bruken etter hovedårsak til hjelpebehovet. Ved hjelp av tidligere beregninger ved NIBR (Toresen 2003), kan vi imidlertid gjøre rede for utviklingen i fordeling etter alder. Vi viser forøvrig til neste avsnitt, om datakilder.

1.3 Om datagrunnlaget og underlagsmateriale

1.3.1 Oversikt over ulike datakilder og underlagsmateriale

Del I

I de delene av denne utredningen som er basert på statistiske opplysninger, er disse i hovedsak fra *Pleie- og omsorgsstatistikk* og *KOSTRA* i SSB og våre egne samt andres analyse av disse. Videre har vi nyttet resultater fra flere surveys. Rapporten er i sin helhet basert på kvantitative data.

I tilknytning til arbeidet med å framskaffe relevante data over brukerne av heimebaserte tjenester over tid etter alder, type tjenester og hovedårsak til hjelpebehovet har vi forøvrig nyttet en rekke kilder. Det gjelder særlig i forhold til antall utviklingshemmede og deres bruk, men også i forhold til brukere med somatiske sykdommer og psykiske lidelser. Vi har foretatt en særskilt analyse av utvikling og status når det gjelder kommunale boliger og deres rolle i de kommunale pleie og omsorgstjenestene. Grunnlaget finnes i *prosjektnotat* nr 5, se oversikt 1.

Slik det går fram av litteraturoversikten (til slutt i rapporten) har vi i tilknytning til utarbeidelsen av *prosjektnotatene*, nyttet en rekke datakilder ved SSB og andre institusjoner. Særlig har vi hatt god bruk av arbeider ved NOVA (Daatland 1990, 1994 og 1997) og (Romøren 1995 og 2003, Romøren og Svorken 2003, Romøren 2007) og arbeider ved NIBR (Tøresen 2003, Brevik 2002 og 2003a) samt Tøssebro 1996.

Grunnlagsmateriale for kapittel 3-5 i del I er i hovedsak gjengitt i *prosjektnotat 2-6*, jf. oversikt 1, neste side.

1. Oversikt over prosjektnotater i prosjektet: Utvikling og status i bruk av heimebaserte tjenester 1989-2006. Analyse med vekt på brukere under 67 år.

Nr	Prosjektnotater etter tema:	Dato	s.
1	Om utvikling i årsverk i kommunale pleie- og omsorgstjenester 1980-1992-2007	januar	26
2	Utvikling og status i yngres bruk av heimebaserte tjenester 1988-2007	mars	26
3	Utvikling i antall utviklingshemmede brukere i pleie- og omsorg 1989-2007	april	23
4	Kjennetegn brukere under 67 år i kommunale boliger og institusjoner i 2003	mars	32
5	Kommunale boliger til pleie og omsorgsformål med vekt på personer under 67 år	mai	18
6a	Utvikling i de heimebaserte tjenestene 1992-2006 med vekt på personer under 67 år	mai	26
6b	Kjennetegn ved brukere av heimebaserte tjenester med vekst på yngre brukere. Analyse av Helsetilsynets undersøkelse 2003	mai	35
7a	Beregning av fordeling av årsverk blant bruker av heimebaserte tjenester ved ulike etapper	april	23
7b	Omfanget i bruken av heimebaserte tjenester. Underlagsnotat til notat 7a	april	28
8	Ressursbruken – utvikling i årsverk i pleie- og omsorgstjenestene	juni	50
9	Utvikling av nye oppgaver og endringer i profesjonsgruppene i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene	Juli	40

Blant surveyene står som nevnt Statens Helsetilsyns store landsomfattende undersøkelse fra 2003 svært sentralt. Vi har her gjort særlig utstrakt bruk av denne, se særskilt omtale nedenfor.

Del II

Data om årsverksbruken er primært hentet fra SSBs *KOSTRA-statistikk* og *IPLOS*. Fra tidligere år har vi nyttet *Pleie- og omsorgsstatistikk*.

Det har hele tiden i det tidsrommet som vi her beskjeftiger oss med (1980-2007), foreligget direkte oppgaver over årsverk i pleie- eller omsorgstjenestene eller timeverk med mulighet for beregninger av årsverk. Dog slik at det foreligger endringer i dataseriene f.o.m. 2003, jf. kapittel 6.1.2.

Når det gjelder separate oppgaver over *årsverk i de heimebaserte tjenestene* (åpen omsorg) *versus i institusjon*, forelå det slike statistiske oppgaver siste gang for året 1993. Etter 1993 foreligger det imidlertid ikke oppgaver fra SSB over årsverk i den kommunale pleie- og omsorgssektoren der en skiller mellom årsverk i institusjoner og heimebaserte tjenester.

For årene etter 1993 har vi på ulike måter *beregnet* fordelingen av samlet antall årsverk mellom de to hovedområdene i pleie- og omsorg i periodene 1994-2002 og 2003-2007, jf. kapittel 6.1.2.

Fordelingen av årsverk i de heimebaserte tjenestene mellom brukere under og over 67 år, er for årene 1989 og 1995 basert på beregninger ved NIBR. For årene 2002 og 2007 har vi lagt til grunn fordelingene av timeverkene mellom aldersgruppene slik de går fram av IPLOS-data, jf. prosjektnotat 7a og 7b (se oversikt 1).

Grunnlaget for beregningene og framstillingen i del II er - ved siden av datakilder nevnt ovenfor - basert på underlagsmateriale, som bl.a. foreligger i form av prosjektnotater ved NIBR. Det i tilknytning til vårt arbeid og analyse av utviklingen av pleie- og omsorgstjenestene både i dette og andre prosjekter om dette temaet i de seinere åra. Vi viser her til prosjektnotatene nr 1, 2, 7 a og b og 8, gjengitt i oversikt 1 over prosjektnotater ved NIBR.

1.3.2 Om Helsetilsynets undersøkelse i 2003

Det eneste empiriske inntaket til kunnskap om fordeling av type brukere og deres bruk av heimebaserte tjenester finnes så langt bare i Helsetilsynets store og landsomfattende undersøkelse av pleie- og omsorgstjenester i kommunen fra 2003. Den står sentralt i flere sammenhenger i denne rapporten. Og vi nytter data herfra når vi skal dokumentere bruken av heimebaserte tjenester etter hovedårsak til hjelpebehovet. Slike data foreligger så langt ikke i IPLOS.

Statens Helsetilsyns unike landsomfattende undersøkelse (*Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene*) av brukerne og bruken av kommunale pleie- og omsorgstjenester ble gjennomført i januar 2003. Nettoutvalget i undersøkelse besto av 73 kommunene som utgjorde 17 prosent av kommunene i landet. Undersøkelsen omfattet 13.240 brukere, derav 11.131. 67 år+. Hensikten med registreringen var å få kunnskap om sentrale trekk ved tjenestene og brukerne og

hvordan forholdet mellom behov og tilbud er i de ulike brukergruppene.³

I utvalget for Helsetilsynets undersøkelse inngår:

- samtlige med opphold i institusjon (syke- og aldershjem)
- samtlige beboere i kommunale boliger til pleie og omsorgsformål
- alle i ordinære boliger med både hjemmesykepleie- og hjemmehjelp.

Alle data ble samlet inn av kommunalt fagpersonale og er basert på deres kunnskap og vurderinger.

Undersøkelsesutvalget er tilfredsstillende og svarprosenten er høy.⁴ Jevnt over representerer denne undersøkelsen 10 av prosent alle eldre 67 år+ med plass i institusjon, i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål eller som bor i ordinære private hjem og har både hjemmehjelp og hjemmesykepleie⁵.

Dette er den første nasjonalt representative undersøkelsen av pleie- og omsorgstjenestene som noen gang er utført med utgangspunkt i data om den enkelte tjenestemottaker. Vi viser her til en mer utførlig omtale av undersøkelsen i NIBR-notat 2007:111⁶.

En har her nøye kartlagt *bruken av hjemmehjelp/praktisk bistand og hjemmesykepleie* målt ved antall timer og antall ganger per uke. Dessuten er registret regelmessig tilsyn fra hjemmesykepleien om kvelden og om natta.

³ Det er gjort nærmere rede for representativitet, utvalg og datainnsamling i kapittel 2 i rapporten *Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene: Tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud*. Statens Helsetilsyn, Rapport 10/2003, Oslo oktober 2003.

⁴ Den høye svarprosenten (bare 3 kommuner falt fra) gjør at det mest er grunnlaget for trekningen av utvalget som kan påvirke undersøkelsens representativitet. Undersøkelsens representativitet er for øvrig drøftet og gjort rede for tidligere (Statens helsetilsyn 2003, kapittel 2, om Utvalg og datainnsamling). Her konkluderer en med at undersøkelsesutvalget er tilfredsstillende gitt de stratifiserings- og inklusjonskriterier som er benyttet (Romøren 2003, s 41).

⁵ Utvalget utgjør således ca 10 prosent av personer 67 år i institusjon og 8 prosent av dem som bor i kommunale boliger samt 12 prosent av eldre i ordinære boliger med både hjemmehjelp og hjemmesykepleie.

⁶ Eldreomsorgen i Oslo. Tjenester og behovsdekning Sammenliknende analyse av Helse tilsynets undersøkelse i 2003.

Basert på fagpersoners vurderinger er det foretatt kartlegging av hvorvidt brukerne har tilstrekkelig hjelp til praktiske og personlige gjøremål i hverdagen. Materialet er særlig verdifullt ved at det er gjennomført individuelle *pleietyngdemålinger*. Statens Helsetilsyn peker på at resultatene fra undersøkelsen har høy gyldighet og relevans i forhold til å gjøre vurderinger av forholdet mellom tjenestemottakenes behov for pleie- og omsorgstjenester og omfang og innhold i det tjenestetilbud de får.

Kartleggingen av hjelpebehov og funksjonsnivå samt tjenestetilførsel gir samtidig muligheter til å vurdere graden av behovsdekning både i og mellom ulike kommuner.

Som del av dette prosjektet har NIBR gjennomført en omfattende analyse av alle data i dette materialet som er relevante i forhold til denne utredningen. En del resultatene er tidligere gjort rede for i NIBR-notat 2007:111.

2 Hovedtrekk i generell utviklingen av pleie- og omsorgstjenestene 1988-2007

Kunnskap om og beskrivelsen av situasjonen i pleie- og omsorgstjenestene i et enkelt år eller akkurat nå, vil være ufullstendig, nesten uinteressant og unyttig. Skal vi bli i stand til å gi en dekkende redegjørelse for dagens situasjon, er vi avhengig av kunnskap om utviklingslinjene, hva pleie- og omsorgstjenestene har beveget seg *fra* og hva de så langt har utviklet seg *til*, dvs. hva de foreløpig er blitt til per i dag. Kunnskapen om hva de har beveget seg *mot* og det de har beveget seg *bort fra*, er helt nødvendig å få brakt på det rene om målet er å gi bidrag til å gjøre rede for og forstå dagens situasjon i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene.

Derfor har vi funnet det uomgjengelig nødvendig å gjøre rede for noen hovedtrekk i utviklingene, både i de 10 og 20 siste årene. Dette også i tråd med mandatet for prosjektet.

Hovedtrekkene i denne oversikten⁷

Vi gir her først en landsomfattende historisk oversikt over utvikling i *antall plasser i institusjon* i perioden 1966-2006 samt en tilsvarende oversikt over *antall beboere i kommunale boliger med personer 67 år+* på landsbasis i perioden 1994-2006 (1). Dernest følger et samlet bilde av utvikling og status i *dekningsgrad i institusjoner for eldre 1975-2006 og i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål for personer 67 år+* 1995-2006 (2).

⁷ Dette kapitlet bygger på en rekke arbeider, bl.a. ved NIBR: Brevik 2003a og 2003b, Brevik 2007a, b og c, Brevik 2008a, Brevik og Daatland 2007 samt Toresen 2003 og til referanser og data fra Daatland 1990, 1994 og 1997. Fullstendige oversikt over referanser til arbeidene er gjengitt i litteraturlista til slutt i denne rapporten.

Deretter gjør vi rede for utviklingen i antall boliger til pleie- og omsorgsformål for eldre og funksjonshemmede, herunder såkalte 'omsorgsboliger' i perioden 1994-2006. Samtidig viser vi hvor mange av beboere i slike boliger som er 67 år+ (3).

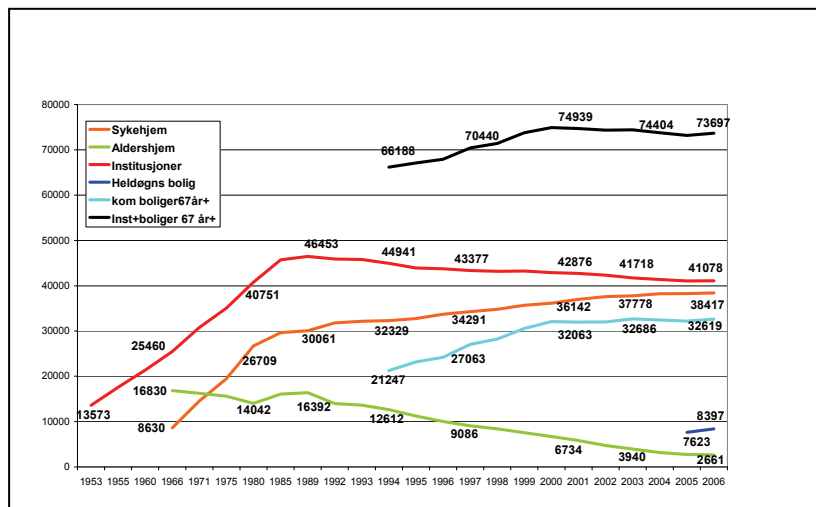
Vi vier boliggiøring av omsorgstjenestene etter 1988 særskilt oppmerksomhet siden det etter hvert gis flere og mer intensive tjenester i egen eller kommunalt tilrettelagt bolig. Og det er den mest markante endringen omsorgstjenestene har vært gjennom i nyere tid. Å forstå denne utviklingen er avgjørende for å gripe både hvor kommunene befinner seg i forhold til det samlede tilbudet i pleie- og omsorgstjenestene, og hva som er den relative betydningen av dekningsgrad i sykehjem.

Det bor dessuten en rekke andre hjelpetrengende grupper enn eldre i de kommunale boligene til pleie- og omsorgsformål, som f. eks utviklingshemmede, fysisk funksjonshemmede og psykiatriske langtidspasienter.

2.1 Oversikt over utvikling i antall plasser i institusjon og kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål

Det er framveksten av sykehjems plasser som karakteriserte utbyggingen på institusjonssida i Norge fra midten av 1960-tallet og de 20 neste åra. I 1980 var det 26.700 slike plasser. Da ansvaret for pleie- og omsorgstjenestene var samlet på ei kommunal hand i 1988, innevarsles imidlertid en ny dynamikk langs flere linjer, bl.a. tok nedbyggingen av aldershjemmene til.

Figur 2.1 *Antall plasser i institusjoner 1966-2006, utvalgte år. Antall beboere i kom boliger til pleie- og omsorgsformål 1994-2006, alle år. Tallangivelser 1966, 1980, 1989, 1994, 1997, 2001, 2003 og 2006. Samt kommunale boliger med heldøgns pleie- og omsorg 2005-2006.*



Kilde: Daatland1994, Toresen 2003 og SSB

Slike plasser reduseres fra ca. 17.000 i 1988-89 til ca. 9.000 i 1997. I 2006 var det ca. 2.700 aldershjems plasser igjen⁸. Aldershjemmene - ofte et sosialt og boligmessig betinget tilbud med fortsatt noen røtter i gamlehjemstradisjonen - er ved veis ende.

I 2006 var det 38.400 plasser i somatiske sykehjem, eller vel 8.000 flere enn i 1989. Samlet antall plasser i institusjon ble imidlertid redusert med 5.350 plasser, fra 46.450 i 1989 til 41.100 i 2006, jf. figur 2.1.

Vi har her ført den historiske framstillingen fram tom. 2006. Men av Pleie- og omsorgsstatistikken går det fram at i 2009 var det like mange plasser i institusjon som i 2006 (41.050 plasser). En tilvekst på netto 461 sykehjemsplasser i perioden 2007-2009 ble veid opp av en tilsvarende reduksjon i aldershjems plasser (-507 plasser).

⁸ Vi har i den statistiske oversikten i figur 2. 1 slått sammen aldershjems plasser og 'andre boformer godkjent som institusjon'. De siste er ikke sykehjemsplasser, men noen få plasser av institusjonskarakter. I 2006 var det 2.303 rene aldershjems plasser og 358 'øvrige institusjons plasser', tils. 2.661 enheter, Pleie- og omsorgsstatistikk 2006, Statistikkbanken, SSB, Oslo 2007.

Det har således bare vært en liten netto tilvekst i sykehjemsplasser etter at kommunene tok over sykehjemmene i 1988. Nybygging har bare funnet sted i svakt tempo. I 8-års-perioden 1990-1997 ble det netto tilført 4.230 slike plasser, eller i gjennomsnitt 529 årlig.

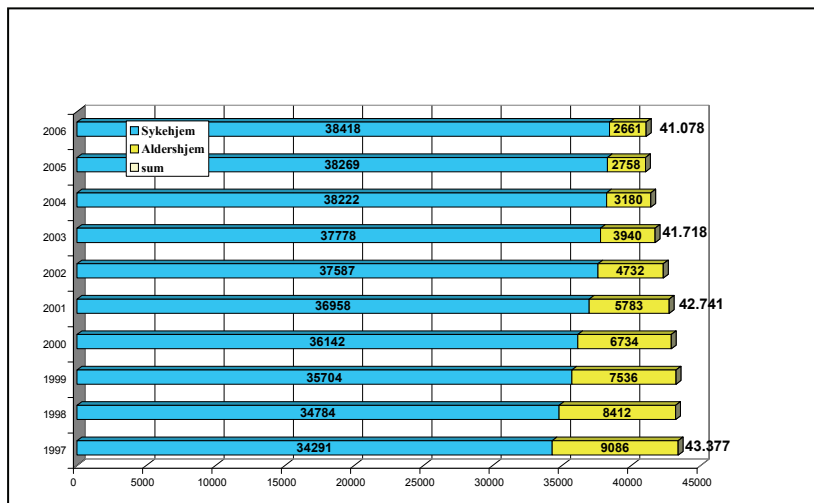
Perioden 1998-2006

I 9-års-perioden 1998-2006 – under *Handlingsplan for eldreomsorgen (HPE)* - var netto tilvekst 4.126 slike plasser, eller i gjennomsnitt 458 årlig, jf. figur 2.2.

I perioden 1990-2006 under ett kom det til netto i alt 8.356 sykehjemsplasser, eller i gjennomsnitt 491 årlig. Det har således vært en jevn, men moderat netto tilvekst i antall sykehjemsplasser etter 1988. Kapasitetsveksten var imidlertid noe større per år i de 8 årene før *Handlingsplan for eldreomsorgen* tok til (1990-1997) enn under HPE (1998-2006).

Den betydelige reduksjonen i antall aldershjemsplasser i perioden 1998-2006, sammen med moderat vekst i sykehjemsplasser, ga (bare) en liten reduksjon i antall institusjonsplasser med 2.299 enheter, eller med - 5 prosent på 9 år, jf. figur 2.2.

Figur 2.2 *Antall plasser i sykehjem og i aldershjem 1997-2006.*



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, Statistikkbanken, Oslo. Hvert år

På kapasitetssida er det ikke institusjonssida som har preget aktiviteten i kommunene. Men her må vi nevne at kommunene i tilknytning til *Handlingsplan for eldreomsorgen* har fullrenovert eller ny-

bygget halvparten av de eksisterende sykehjemsplassene⁹. Dette representerte betydelige økonomiske løft også for kommunene, sjøl om staten har dekket en betydelig del av investeringskostnadene¹⁰.

Nedbyggingen av aldershjemsplasser de 10 siste åra har sitt motstykke i en tilsvarende netto tilvekst av kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål, jf. avsnitt 2.2 nedenfor. Men økningen på nærmere 11.000 slike boliger til personer 67 år+ i perioden 1994-2006 har imidlertid bare så vidt kompensert for avgangen i aldershjem. Målt ved sum antall aldershjemsplasser og kommunale boligheter til eldre, var det faktisk omlag 900 færre enheter i 2006 enn da HPE tok til i 1998, jf. figur 2.1.¹¹

Den omfattende byggingen av omsorgsboliger i regi av *Handlingsplan for eldreomsorgen* er for personer 67 år + ble i sin helhet 'spist opp' gjennom nedbyggingen av *aldershjem og øvrige kommunale boliger* til pleie- og omsorgsformål, jf. også figur 2.3.

Vi gjør så i neste avsnitt nærmere rede for utbyggingen av kommunale boliger til pleie- og omsorg for eldre og funksjonshemmede.

2.2 Boliggjøring av omsorgstjenestene etter 1988

Når dekningsgraden i institusjon kontinuerlig er redusert siden slutten av 1970-åra - jf. avsnitt 2.3 - henger det nøye sammen med to fundamentale endringstrekk i kommunenes satsing i omsorgstjenestene - særlig etter 1988 - nemlig *hjemliggjøringen* og *boliggjøringen* av pleie- og omsorgstjenestene. Det første gjennom en omfattende satsing på mer intensiv bruk av hjemmetjenestene (hjemmehjelp-

⁹ *Handlingsplan for eldreomsorgen* og *Opptrappingsplan for psykisk helse* bidro i perioden 1998-2006 til bygging og rehabilitering av over 40.000 sykehjemsplasser og omsorgsboliger (St prp. nr 1 (2007-2008), HOD, s. 198).

¹⁰ Staten har dekket investeringskostnader med ca 32 milliarder over statsbudsjettet fordelt over en periode på 30 år. Så langt har en bevilget om lag 17 milliarder kroner og den årlige bevilgningen fra Husbanken utgjør nå 1,5 milliarder kroner (St prp. nr 1 (2007-2008), HOD, s. 198).

¹¹ I 1997 var det 9.086 aldershjemsplasser pluss 27.063 kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål til personer 67 år= 36.149 enheter. I 2006 var det 2.661 aldershjemsplasser og 32.619 kommunale boliger til beboere 67 år+= 35.280 enheter, d.v.s. 869 færre enn i 1997, jf. figur 2.1.

/hjemmesykepleie) og det andre gjennom utbyggingen av et kommunalt boligtilbud for eldre og funksjonshemmede.

Det er utviklingen av kommunale boliger og heimebaserte tjenester som er avgjørende for å forstå både hvor den enkelte kommune befinner seg i forhold til det samlede tilbudet i pleie- og omsorgstjenestene, og hva som er den relative betydningen av dekningsgrad i sykehjem.

2.2.1 Vedvarende vekst i den eldre befolkningen – skifte i innretning av tilbud

Den betydelige satsingen på sykehjem fram mot første halvdel av 1980-åra, utgjorde tyngste delen av det svaret som ble gitt i forhold til det at det i perioden 1966-1985 var en tilvekst i den eldre befolkningen med 60.000 personer 80 år + samtidig som andelen aleineboende tiltok betydelig. I perioden 1985-2001 var det imidlertid igjen en økning på 60.000 eldre 80 år+ og fortsatt ble det flere aleineboende. Likevel ble imidlertid tilgjengeligheten til institusjon redusert i denne perioden, jf. avsnitt 2.3.

Fra slutten av 1980-åra følger kommunene ikke lenger opp den betydelige tilveksten i antall eldre 80 år+ ved å tilføre flere institusjonsplasser, sjøl om det fortsatt bygges sykehjem slik at det tilbudet målt på landsbasis jevnt over holder tritt med befolkningsutviklingen. Ut over i 1980-åra forsterkes ideologien om at de eldre bør få muligheten til å bo hjemme så lenge som mulig. Det legges derfor til grunn at institusjonsomsorgen for eldre og funksjonshemmede bør bygges ned og erstattes av økt satsing på åpen, boligbasert omsorg (NOU 1992:1- Gærevoll-utvalget). Det er egenkapene og kvalitetene ved det å bo i egen bolig som utgjør det bærende prinsipielle idégrunnlag som utredningen kviler på og der vekta legges på sjølstendighet og verdighet.

Et hovedprinsipp og hovedmål for all offentlig omsorg - i institusjon som heime hos den enkelte - er å bidra til å opprettholde og om mulig styrke mottakerens opplevelse av egen kontroll, sjølbestemmelse og dermed verdighet. Verdihensynene vinner fram, og med dem respekten for individet og dets muligheter til sjølstendighet. Dette representerer innledningen til et brudd med de noe paternalistiske holdningene i mange institusjoner, der turnus fortsatt ofte er overordnet prinsipp. Gjennomslaget for ideologien om mer åpen omsorg ble antakelig parallelt påskyndet både av avinstitusjo-

naliseringen og kommunenes noe strengere hushold med de økonomiske midlene.

Ved overtakelsen av sykehjemmene i 1988 fikk kommunene større muligheter for egne prioriteringer. Nedbygging av aldershjemmene og mer intensiv bruk av øvrige tjenester kan knyttes til dette, men var samtidig forbundet med strengere prioriteringer i kommuneøkonomien. Motivasjonen til å hjelpe eldre med mindre pleiebehov med tjenester på et alternativt eller lavere nivå ble styrket, også fordi det som oftest ville koste mindre. Det er en viktig forklaring på framveksten av nye og alternative boformer, og til at hjemmetjenestene ble omprofilert og intensivert.

2.2.2 Omstrukturering, profilering og nyskaping i omsorgstjenestene

Ut over på 1980-tallet tok så kommunene fatt på oppgavene med å omstrukturere og endre innretningen av tjenestene, bl.a. gjennom omprofilering av hjemmetjenestene ved en mer målrettet, prioritert og intensiv bruk av dem slik at de har kunnet evne å fungere kompenserende i forhold til redusert dekningsgrad i institusjonstjenesten. Endret bruk av hjemmetjenester har mange steder skapt et supplerende tilbud i forhold til institusjonene. Samtidig har en bestrebet seg på en mer intensiv og dels fleksibel bruk av eksisterende institusjonsplasser. Men framfor alt har en ved bygging av omsorgsboliger etablerte bomessige alternativer til institusjon og boliggjort omsorgen. Det er tatt viktige skritt mot en normalisering av folks liv på tross av skrøpeligheit.

Omstruktureringen har på sin side sida berodd på en tiltakende bruk av ressurser i form av langt flere årsverk og en betydelig kostnadsvekst. Den er gjort mulig gjennom statlige offentlige overføringer - både gjennom rammeoverføringer og som øremerkete tilskudd. Samtidig har denne veksten ikke kunnet bli til uten kommunenes egne prioriteringer av omsorgstjenestene. Slik sett var det begrenset grunnlag for å hevde at omsorgstjenestene hadde ligget nede i betydningen stagnerende tilføring av ressurser, slik staten bl.a. la til grunn for sin handlingsplansatsing fra 1998 og utover.

Det er videre dokumentert at de kommunale boligene til pleie- og omsorgsformål etter hvert har kommet til å spille en svært sentral rolle i den kommunale omsorgstjenesten. Og pleie- og omsorgsfunksjon vil rent kvantitativt gjenspeiles i bruken av hjelpe- og

pleieårsverk til slike beboere. I 2002 gikk således noe over halvparten av årsverkene i hjemmetjeneste til brukere som bor i slike boliger. Sjøl om tilbudet har størst betydning for yngre brukere, svarer disse boligene for en betydelig eldreomsorg. I 2002 gikk således ca. 40 prosent av årsverkene i hjemmetjenester til eldre 67 år+ til de av dem som bodde i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål, mens det samme for brukere under 67 år gjaldt 69 prosent, jf. kapittel 5.

Den heimebaserte omsorgen for eldre er i betydelig grad en omsorg knyttet til kommunale boliger, noe som etter vår vurdering også er underkjent.

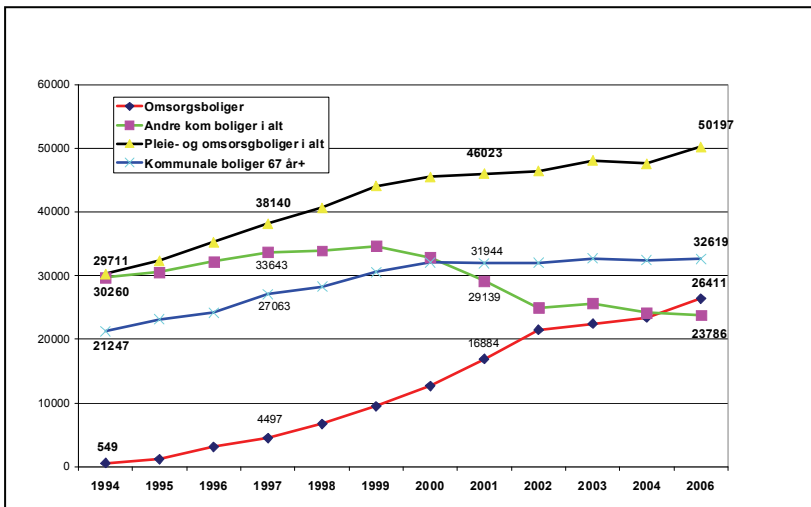
Det er videre vist at for eldre i egen bolig, har det i de seinere åra funnet sted en *omprofilering* mot mer intensiv hjelp, ved at en i større grad får hjemmesykepleie eller tjenester i kombinasjon. Kommunene har evnet å prioritere skrøpelig eldre samtidig som en har økt og utvidet tilbudet til yngre brukere. Brukere under 67 år mottar nå forøvrig ca. 60 prosent av årsverkene i hjemmetjenestene (IPLOS 2007), jf. kapittel 5 i denne rapporten.

2.2.3 Om utbyggingen av kommunale boliger

Siden 1960-tallet har kommunene utviklet ulike boformer som alternativer til institusjonene. Disse boformene har over tid gått under en rekke betegnelser, som f.eks. trygdeboliger, aldersboliger, serviceboliger osv, og har representert et visst mangfold mht størrelse, utforming og funksjon i forhold til f. eks å gi et tilbud om hel-døgns pleie- og omsorg. I løpet av 1980-åra utviklet en del kommuner ideologien om at den enkelte burde få dekket sine hjelpebehov på individuelt grunnlag, uavhengig av boform. Tjenestene ble ytt etter behov og ikke etter boform, slik som i institusjon. I motsetning til institusjonene har serviceboligene ('omsorgsboligene') representert en fullverdig og sjølstendig boform, med råderett over bolig og egen økonomi. Det har således lenge foreligget et ikke ubetydelig tilbud av boformer for eldre der en i et visst omfang har søkt å erstatte den funksjon som f.eks. aldershjemmene tidligere hadde.

Samlet var det om lag 29.000 kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål (trygde-/serviceboliger) i 1993¹². Det som er bygget av slike boliger fra 1994 og fram til i dag, er såkalte 'omsorgsboliger', dvs. tilrettelagte boliger som fyller visse standardkrav, oppført med betydelige tilskudd fra Husbanken. I perioden 1994-2006 ble det oppført 26.400 omsorgsboliger, de aller fleste i regi av *Handlingsplan for eldreomsorgen*.

Figur 2.3 *Antall beboere i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål 1994-2005. Omsorgsboliger og øvrige kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål. Talloppgaver påført for årene 1994, 1997, 2001 og 2006.*



Kilde: SSB, og Husbanken, hvert år.

Omsorgsboligene ble bygget ut raskere enn noe annet i moderne norsk omsorgstjeneste. Sammen med de øvrige boliger som kommunene disponerte til pleie- og omsorgsformål, var det i 2006 i alt 50.200 slike boliger, hvor 32.600 var bebodd av personer 67 år+. Boliggjøringen av omsorgstjenestene, ved å gi flere tjenester og mer intensive tjenester i egen eller kommunalt tilrettelagt bolig, er den mest markante endringen omsorgstjenestene har vært gjennom i nyere tid. Det er vesentlige grunner til å betegne *Handlingsplan for*

¹² At dette antakelig er en nokså korrekt oppgave, bekreftes gjennom den nye statistiske oversikten av 'kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål for eldre og uføre' fra og med året 1994, som viser at det var 29.400 slike boliger det året.

eldreomsorgen som en *omsorgsboligreform* siden den har gitt betydelig bidrag til boliggingjøring av omsorgstjenestene i sin alminnelighet.

2.2.4 Kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål med heldøgns pleie- og omsorg

Det bor en rekke andre hjelpetrengende grupper i omsorgsboligene enn eldre, som f.eks. psykisk utviklingshemmede, fysisk funksjonshemmede og psykiatriske langtidspasienter. Flere undersøkelser viser at beboerne i omsorgsboliger er bredt sammensatt og det er et betydelig innslag av andre enn eldre. Boligene er videre kjennetegnet ved at det i varierende grad er knyttet stasjonære omsorgstjenester til dem. Variasjon i omfang av tjenestetilførsel er imidlertid lite kjent. Hvilken funksjon de kommunale boligene til pleie- og omsorgsformål samlet sett representerer, har så langt ikke vært godt dokumentert.

Statistiske analyser har vist at hjelpebehov og pleietyngden blant eldre beboere i kommunale boliger er betydelig høyere enn blant eldre som bor i ordinære private hjem, siden omfanget av tilført hjemmehjelp/hjemmesykepleie her i gjennomsnitt lå ca. 60 prosent over hva en blir tildelt når en bor i ordinær privat bolig. Det kan tyde på at en ikke uvesentlig del av årsverkene i de kommunale boligene tilfaller eldre med noe større eller betydelige hjelpe- og pleiebehov.

Ulike representative undersøkelser har vist at omlag *en tredjedel* av beboerne i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål har betydelige funksjonstap og får tilført hjemmebaserte tjenester som gjør at boligene i ulik grad kan karakteriseres til å fungere som tilbud i 'egnet bolig med heldøgns pleie- og omsorg', eller at beboerne kan ha funksjonstap på linje med pasienter med fast opphold i sykehjem, dvs. at boligene kan ha tilnærmet institusjonsfunksjon (Romøren og Svorken 2003, Brevik 2003c, Brevik 2007a kapittel 8).

Statistisk sentralbyrå fant gjennom sin kartlegging for året 2006 at andelen personer med heldøgns pleie- og omsorg i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål på landsbasis utgjorde 34 prosent av alle - noe som er i overensstemmelse med resultatene fra de nevnte enkeltundersøkelsene (Brevik 2007a).

Dagens omsorgsboliger representerer imidlertid et vesentlig større fysisk potensial for omsorg enn det som foreløpig nyttes ut. Det vil bl.a. si at det er flere omsorgsboliger som tilgjengelighets-, arealmessig og organisatorisk er lagt til rette for en mer omfattende pleie- og omsorg enn den som ytes gjennom de faktiske driftsopplegg i dag.

Og SSBs registrering for 2006 viste forøvrig at 26 prosent av kommunale boliger bebodd av personer 67 år+ hadde heldøgns pleie og omsorg. Disse ca. 8.400 kommunale boligene representerer en dekningsgrad tilsvarende 38 plasser per 1000 innb 80 år+ på landsbasis. Innslaget av slike boliger er således av ikke uvesentlig betydning for vurderingen av samlet dekningsgrad i forhold til institusjon og boformer med heldøgns pleie og omsorg.

2.3 Utvikling og status i dekningsgrad i institusjoner og kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål for personer 67 år+

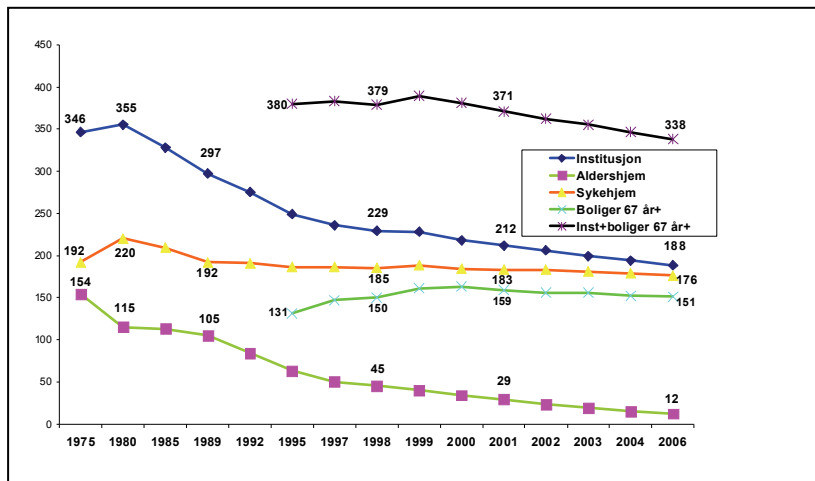
2.3.1 Utvikling i dekningsgrad 1975-2006

Tilbudet i sykehjem målt i forhold til antall eldre, har i Norge jevnt over holdt seg på samme nivå de 20 siste åra dog med en mindre gradvis reduksjon under veis. Det er den nedbyggingen av aldershjem som forklarer mesteparten av redusert dekningsgrad i institusjon etter 1988, jf. figur 2.4.

Det fant imidlertid sted en nedgang i institusjonsdekningen i Norge (som i Danmark og Sverige) allerede fra slutten av 1970-åra, på tross av god del nybygging av sykehjem i Norge. I perioden 1980-2006 ble det samlede tilbudet i institusjon i Norge bygget ned til en dekningsgrad som i 2006 *utgjorde 53 prosent av nivået i 1980* målt i antall enheter per innbygger 80 år+.

Parallelt med avtakende dekningsgrader i institusjon, vokste det imidlertid allerede ut over i 1980-åra fram alternative boformer. Mens institusjonaliseringsgraden falt til dels betydelig i perioden 1994-2006, steg andelen eldre 67 år+ med plass i kommunale boliger til pleie og omsorgsformål slik at dette ble kompensert for. I takt med nedinstitusjonaliseringen utvikler kommunene alternative bo- og tilbudsformer.

Figur 2.4 Dekningsgrad i institusjoner i alt, i syke- og aldershjem og i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål til pers 67 år+. Utvalgte år (1975,-80, -89,-95,98,-01 og 2006). Plasser per 1000 pers 80 år+.



Kilde for beregningene: SSB hvert år og Brevik 2003.

Men på tross av den omfattende byggingen av omsorgsboliger, jf. avsnitt 2.2. og kapittel 3, falt imidlertid samlet dekningsgrad i institusjon + kommunale boliger til personer 67 år¹³ etter 1997. Samlet dekning i 1998 utgjorde 379 enheter per 1000 innb 80 år+, mot 338 i 2006 – jf. figur 2.4 - eller 11 prosent under nivået i 1998. Institusjons- og boligdekning sett under ett - målt ved antall enheter - var lavere da en avsluttet *Handlingsplan for eldreomsorgen* (2006) enn da en startet i 1998.

Men det vesentlige er at dekningsgraden i institusjon var redusert fra 229 plasser per 1000 innbygger 80 år+ i 1998 til 188 plasser i 2006. Det er en relativ reduksjon tilsvarende 16 prosent.

¹³ Vi regner boligene i forhold til personer 67 år+, og holder de yngre beboerne av slike boliger utenfor beregningen. Den offisielle beregningsmåten som f. eks nyttes i Helse- og omsorgsdepartementet, inkluderer alle kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål - uansett beboernes alder - i tilsvarende beregninger.

2.3.2 Dekningsgrad inkludert kommunale boliger med heldøgns pleie og omsorg.

Noe av denne reduksjonen ble det imidlertid til en viss grad kompensert for ved at det i 2006 var en dekningsgrad i kommunale boliger tilsvarende 38 enheter per 1000 innb per 80 år+ i heldøgns pleie og omsorg, eller samlet 226 plasser per 1000 innb. 80 år +, jf. figur 2.5. Den faktiske heldøgnsdekningen for eldre er m.a.o. ikke særlig endret i løpet av disse 9 åra.

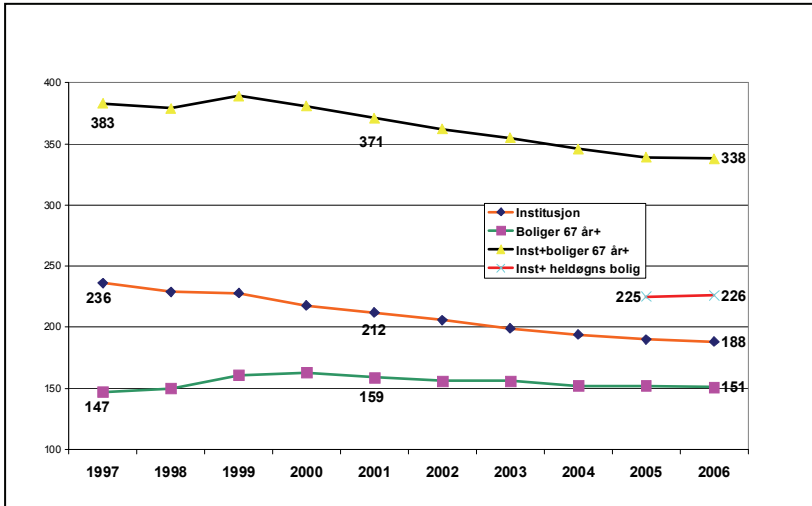
Vi har beregnet dekningsgrad i forhold til kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål begrenset til beboere 67 år+. Offisielt regner en imidlertid annerledes. Både Helse- og omsorgsdepartementet¹⁴ og SSB¹⁵ tar utgangspunkt i definisjonene og målsettingen om dekningsgrad fra 1997 i tilknytning til framlegget om *Handlingsplan for eldreomsorgen*. Her la en til grunn et behov for ”*plasser med heldøgns pleie- og omsorg i egnet bolig tilsvarende om lag 25 prosent av befolkningen 80 år og eldre*”, og forutsatt en godt utbyggt hjemmetjeneste¹⁶.

¹⁴ Departementet bringer inn de kommunale boligene på 2 ulike måter. På den ene sida regner en samlet dekning i heldøgns plasser der alle kommunale boliger med heldøgns pleie og omsorg legges til grunn, uavhengig av brukernes alder. På den andre sida slår en sammen alle institusjonsplasser og omsorgsboliger, dvs kommunale boliger bygget med støtte fra Husbanken fra 1994 og utover. Her ser en bort fra øvrige kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål, jf. St prp nr 1 (2007-2008), Statsbudsjettet HOD, tabell 5.11, s 195.

¹⁵ SSB viser til departementet og peker på at ”*behovsanslaget gjelder folk i alle aldersgrupper som har behov for heldøgns omsorg og pleie, ikke bare de som er over 80 år. De 25 prosentene må derfor tolkes som et antatt behov for heldøgns omsorg i kommunens totale pleie- og omsorgstilbud*” (Abrahamsen D.: *Botilbud innenfor pleie- og omsorgstjenester*. Notat, SSB, 31.8. 2007.

¹⁶ Og i St meld nr 31 (2001-2002) gjentas det at alle kommuner gjennom handlingsplanen ”*skal få muligbet til å bygge opp et tilbud om heldøgns pleie- og omsorg svarende til 25 prosent av befolkningen over 80 år, enten dette gis i sykehjem, aldershjem eller omsorgsbolig.*”

Figur 2.5 *Dekningsgrad i institusjon, kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål, slike boliger med heldøgns pleie- og omsorg. Andel plasser og kommunale boliger til personer 67 år+ per 1000 pers 80 år+. Antall. Beregninger ut fra Statistikkbanken, SSB, Oslo hvert år*



Dette gir en samlet dekning i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål med heldøgns pleie- og omsorg tilsvarende 77 slike boligenheter per 1000 80 år+. Sammen med en dekningsgrad i institusjon tilsvarende 188, blir samlet dekning i heldøgns omsorg 265 enheter per 1000 innb 80 år+, mot 226 beregnet slik vi har gjort.

Utgangspunktet for HPE-satsingen var ikke 250 institusjonsplasser per 1000 innb 80 år+, men 250 'plasser med heldøgns pleie- og omsorg i egnet bolig', og det forutsatt en godt utbygd hjemmetjeneste. Regnet på den offisielle måten er målet for handlingsplan-satsingen nådd, men regnet i forhold til eldrebefolkningen, er målet ikke nådd.

Etter vår vurdering er det uheldig å blande inn heldøgns plasser til yngre brukere - som for en stor del gjelder utviklingshemmede - i beregningsmåten for dekningsgrader for eldre da dette dreier seg om fundamentalt forskjellige behov. Det ene er knyttet til aldring og gjelder for den enkelte bare for noen år. Det andre er knyttet til visse diagnoser og er knyttet opp mot livslange behov. Mens heldøgnsboligene for eldre dekker behov som 'sirkulerer', dekker de

øvrige boligene mer eller mindre permanente behov i varige boforhold. Disse behovene burde av slike grunner holdes fra hverandre. Derfor har vi holdt beboere i heldøgnsboliger under 67 år utenfor våre beregninger og beholder eldre både i teller og nevner når vi beregner rater.

2.4 Utvikling mot mer målretta og intensiv bruk av heimebaserte tjenester de 10-15 siste åra

Vi avslutter denne oversikten over utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene med noen sentrale trekk i endringer av innretningen av de heimebaserte tjenestene.

2.4.1 Endring i antall brukere av heimebaserte tjenester - særlig vekst i antall yngre brukere.

NIBR har i flere sammenhenger gjort rede for og analysert utviklingen i de heimebaserte tjenestene (Brevik 2003a, Brevik 2003b, Brevik 2007b, Brevik 2007c, Brevik 2008). Vi gjør her kort rede for noen hovedtrekk.

Vekst blant de yngre og de eldste brukere 1998-2006

Antallet brukere av heimebaserte tjenester økte moderat i Norge i perioden 1998-2006, med vel 22.000 personer, fra 149.000 ved utgangen av 1997 til 171.200 i 2006, eller med *15 prosent*.

Antall brukere under 67 år økte imidlertid med 73 prosent i perioden 1998 – 2006 - fra 31.700 til 55.000 personer. Brukere 80 år+ økte med 15 prosent, mens det ble nesten 25 prosent *færre* brukere 67-79 år.

Av dette følger at 70 prosent av brutto tilvekst i antall brukere i årene 1998-2006 falt på personer under 67 år. Resten, eller 30 prosent tilfalt brukere 80 år+. I absolutte tall ble det netto flere brukere 18-49 år enn brukere 85 år+ i denne perioden (Brevik 2008 kapittel 2.4). Det understreker den markante økningen i yngre brukere.

Den samlede veksten tilsvarende i underkant av 20.000 brukere under 67 år er omtrent sammenfallende med hele nettotilveksten, siden reduksjonen i brukere 67-79 år er omtrent den samme som

tilveksten i brukere 80 år + (Brevik 2007c). Ironisk nok falt hele nettotilveksten i antall brukere under *Handlingsplan for eldreomsorgen* på brukere under 67 år i denne perioden.

Hovedtrekkene i utviklingen i perioden 1998-2006 er at bruken av heimebaserte tjenester tiltar moderat blant eldre 80 år+, mens den reduseres betraktelig blant yngre eldre. Det har imidlertid vært en formidabel relativ vekst i bruken av slike tjenester blant de yngre brukerne¹⁷.

Endring i antall brukere 67 år+ 1993-2006

Reduksjonen i antallet brukere 67-79 år - særlig 67-74 år - var betydelig på gang allerede i begynnelsen av 1990-åra. Her ser vi antakelig samtidig spor av endringer i innrettingen av pleie- og omsorgstjenestene som fant sted etter at kommunene fikk et samlet ansvar for dem i 1988. Likevel har reduksjonen av yngre eldre brukere (67-79 år) vært størst de 4 siste åra i den nevnte perioden (Brevik 2008, kapittel 2.4).

Dette viser antakelig dels til bedring i funksjonsevne i denne aldersgruppa (Botten et al 2000) og dels til omlegging i bruken av de heimebaserte tjenestene med kanalisering av mer ressurser til de mest hjelpetrengende, dvs. de eldste eldre og mindre til 'forebyggende' hjelp blant yngre eldre.

Også i aldersgruppa 80-84 år er det en liten reduksjon i antall brukere i denne perioden. Blant eldre 85 år + er det derimot en betydelig vekst - og relativt sett størst blant personer 90 år+. Antall brukere blant disse øker med 64 prosent i 14-års-perioden.

Veksten i antall brukere 85 år+ på 14.000 personer i perioden 1993-2006 er nokså jevn over disse åra og knytter antakelig an til det å gjøre det mulig for flest mulig av de eldste å bo heime så lenge som mulig før institusjonalisering. Trenden knytter således

¹⁷ Den betydelige tilveksten i yngre brukere som har funnet sted de seinere åra kan i bare liten grad tilskrives økt omfang av helse problemer i denne befolkningen. Den skyldes mest sannsynlig i overveiende grad at kommunene er blitt pålagt nye oppgaver gjennom statlige helse- og sosialpolitiske reformer, hvor *Opptrappingsplanen for psykisk helse* antakelig er den viktigste. Men hurtigere utskrivninger fra sykehus og det at kommunene sjøl gradvis har tatt nye oppgaver, dvs økningen i yngre brukere er forbundet med omlegging i samfunnets innsats for grupper og problemer som har vært der tidligere, men som nå også gjenspeiles i økt innsats for disse i de heimebaserte tjenestene.

sannsynligvis mest an til den relative nedbygging av institusjonene slik vi allerede har vist.

Redusert tilgjengelighet

Sjøl om den eldre befolkningen 67-79 år ble 33 prosent færre i perioden 1993-2006, ble antall brukere blant dem redusert enda mer. Deres faktiske bruksrate gikk ned fra 12 prosent til 9 prosent av alle, dvs. at den falt med 24 prosent på disse åra. Endringene i forhold til yngre eldre er betydelig.

I aldersgruppa 80-89 år er det blitt flere personer, men tilgangen til heimebaserte tjenester er gradvis blitt redusert, fra 39 prosent 80-89 år med slike tjenester i 1992 til 34 prosent i 2006. Om vi splitter denne 10-års-gruppa ville vi finne at utviklingen i alderen 80-84 år likner på den i gruppa 67-79 år. Skillet mht utvikling i tilgjengelighet til heimebaserte tjenester går m.a.o. egentlig mellom eldre under og over 85 år.

Det har særlig vært en sterk økning i antall personer og antall brukere 90 år+. For de aller eldste har imidlertid tilgjengeligheten økt svakt, fra 47 prosent mottaker i 1992 til 51 prosent av alle i 2006.

Årsverksinnsatsen er imidlertid økt betydelig slik at hver bruker mottar vesentlig flere timeverk. Dette kan estimeres, men utestår her. Men samtidig har denne endringen i policy over tid hatt som konsekvens at tilgjengeligheten er noe redusert særlig for de yngste eldre, men på langt nær så mye som f.eks. i Sverige.

2.4.2 Endringer i sammensetning av de heimebaserte tjenestene – hjemmesykepleiens framvekst

Av en brutto økning i årene 1998-2006 på vel 15.000 mottakere av heimebaserte tjenester 80 år+, var 65 prosent brukere av *bare hjemmesykepleie*. Resten, 35 prosent, brukte begge tjenestene. Det ble imidlertid 6.500 færre mottakere av *bare hjemmehjelp* (Brevik 2008, kapittel 2.5). Reduksjonen var nesten helt ut knyttet til mottakere av bare hjemmehjelp. Den sterke vekst i andelen som mottar bare hjemmesykepleie har gjort at andelen har økt fra 14 prosent til 26 prosent av alle 80 år+. Blant brukere 80 år+ er hjemmesykepleien involvert i 8 av 10 tilfeller. Den klassiske heimebaserte omsorgen med bare hjemmehjelp er betydelig redusert.

Også blant eldre 67-79 år har andelen med bare hjemmesykepleie fordoblet seg i løpet av disse åra, mens det har blitt 12.100 færre brukere, de aller fleste med bare hjemmehjelp. I denne gruppa er det nå 70 prosent som har bare hjemmesykepleie eller i kombinasjon med hjemmehjelp, mot 50 prosent for 8 år siden (i 1998).

Andelen brukere med *bare hjemmehjelp*, er redusert blant eldre 67 år+, samlet fra 46 prosent av alle i 1998 til 28 prosent i 2006. Reduksjonen har vært størst blant de eldste. Andelen slike brukere er nå i underkant av 30 prosent per bruker 67 år+ (Brevik 2008). Majoritetsgruppa er blitt minoritetsgruppe blant tjenestetypene på historisk svært kort tid.

Dette er som tidligere nevnt sentrale endringer i utviklingen av de heimebaserte tjenestene og del av en mer målrettet og mer intensiv bruk av dem med sikte på at den enkelte så langt som mulig kan bli boende i egen bolig og dermed utsette eller forhindre innleggelse i institusjon. Dette igjen i tråd med en langvarig hovedmålsetting for norsk eldreomsorg.

Veksten i antall eldre brukere har - slik vist overfor - vært beskjeden. Kommunene har i stadig større grad konsentrert innsatsen om de mest ressurskrevende brukerne. Men de som får, mottar mer omfattende hjelp knyttet til opptrening, rehabilitering, behandling og pleie. Denne dreiningen er således knyttet til at stadig flere tungt hjelpetredende brukere mottar tjenester utenfor institusjon.

Hjemmesykepleien har vært involvert i hele tilveksten, enten som bare hjemmesykepleie eller i kombinasjon med hjemmehjelp. Andelen med bare hjemmehjelp er betydelig redusert i alle aldersgrupper. Hjemmesykepleien har etter hvert blitt en sentral aktør i de heimebaserte tjenestene nærmest uavhengig av brukernes alder. Etter vår vurdering kan ikke utviklingen av virksomhet knyttet til den medisinske delen av pleie- og omsorgstjenestene klarere finne uttrykk.

Det er framveksten av unge brukere, bruken av bare hjemmesykepleie og reduksjonen av mottakere av bare hjemmehjelp som nok så reindyrket kjennetegner denne 8-årsperioden som formelt fant sted i den nasjonale stasingsperioden for *Handlingsplan for eldreomsorgen*.

Siden både unge brukere og bruken av hjemmesykepleie er så vidt framtreddende i endringsbildet, må disse utviklingstrekkene knytte an til relativt store endringer i innretningen av de heimebaserte tjenestene. Dette må igjen være forbundet med at kommunene har tatt nye oppgaver, siden verken økning i helseproblemer eller utskrivning fra somatiske sykehus har vært så stor at dette kan forklare en så vidt kraftig endring over relativt moderat tid.

De heimebaserte tjenestene har radikalt skiftet karakter på relativt få år. *Handlingsplan for eldreomsorgen* resulterte i mindre grad i 'eldreomsorg' enn det som var det offisielle fokuset, men *forsterket mest denne omsorgens påbegynte forvandling*. Fordobling av *antall og andel* brukere av hjemmesykepleie på relativt kort tid, viser at virksomhet under medisinsk regime gradvis har inntatt en sentral plass. Det er derfor etter hvert blitt nokså feilaktig å forstå pleie- og omsorgstjenestene som eldreomsorg i klassisk forstand.

Slik vi tidligere har pekt på (Brevik 2003a), understreker en også i den nye 'Omsorgsmeldinga' (St meld nr 25 (2005-2006),

Mestring, muligheter, mening) at hjemmetjenesteinnsatsen har endret seg over tid fra "i hovedsak å være et hjemmehjelpstilbud med praktisk bistand til i større grad å bli et behandlings- og pleietilbud med utgangspunkt i en voksende hjemmesykepleietjeneste og oppfølging av fagpersonell fra den øvrige helse- og sosialtjeneste. Antall brukere som bare mottar hjemmehjelp er blitt redusert. Kommunene konsentrerer i stadig større grad innsatsen mot de mest ressurskrevende brukerne. Færre brukere mottar hjemmetjenester, men de som får, mottar mer omfattende hjelp knyttet til opptrening, rehabilitering, behandling og pleie. Denne dreiningen i hjemmetjenestetilbudet skyldes at stadig flere tungt hjelpetrequende brukere mottar tjenester utenfor institusjon (op cit, s. 24).

Her beskrives på nytt en sentral endring i utviklingen av de heimebaserte tjenester med målrettet og intensiv bruk av disse tjenestene med sikt på at den enkelte så langt som mulig kan bli boende i egen bolig og dermed utsette eller forhindre innleggelse i institusjon, slik vi tidligere har gjort rede for i analysen av utviklinga forut for og under *Handlingsplan for eldreomsorgen* for perioden 1998-2001 (Brevik 2003a, 2003b). Dette også i tråd med hva en både

tidligere og samtidig har gjort i de øvrige nordiske land. Alle disse landene – bortsett fra Danmark, som i tillegg har opprettholdt bredden - har utviklet hjemmetjenestene til stadig mer skreddersøm og konsentrert om mennesker med store hjelpebehov (op cit s 26). Det har således de siste årene skjedd en konsentrasjon til brukere med omfattende behov for tjenester (op cit s 28).¹⁸

Når vi innledningsvis har gått så vidt detaljert inn på dette, er det for å minne om og gi empirisk basisgrunnlag for videre utvikling av kunnskap og drøfting av de betydelige endringer i innretningen av de heimebaserte tjenestene som har funnet sted de seinere åra. Dette både i forhold til brukernes alder og type tjenester, dvs. i forhold til endringer i de funksjoner de heimebaserte tjenestene fyller. Denne utviklingen er etter vår vurdering betydelig underkjent, særlig i den populistiske offentlige debatten, der brukerne fortsatt stort sett består av eldre - *'eldreomsorgen'* - og av brukere som bor i institusjoner - *'mangel på sykehjem'*.

2.5 Oppsummering

Det som kjennetegner utviklingen i eldreomsorgen de 20 siste åra er en moderat, men jevn vekst i sykehjems plasser og en kraftig reduksjon i aldershjem, slik at både antall plasser og dekningsgrad i institusjon er blitt svakt redusert. Netto tilvekst i antall sykehjems plasser sammen med rehabilitering og modernisering av henimot halvparten av disse plassene har imidlertid samlet gitt økt fysisk kvalitet.

Nedbyggingen av aldershjems plasser de 10 siste åra har sitt motstykke i en tilsvarende tilvekst av kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål ('omsorgsboliger'), men uten at hele reduksjonen er blitt kompensert for. Det var svakt færre enheter i aldershjem pluss kommunale boliger bebodd av personer 67 år+ i 2006 sammenliknet med 1997. I 2006 hadde imidlertid hver fjerde kommunal bolig til pleie- og omsorgsformål bebodd av personer 67 år+, tilgang til *heldøgns* pleie- og omsorg. Den faktiske tilgjengeligheten (dekningsgraden) i enheter med *heldøgns* pleie- og om-

¹⁸ En viser i meldinga her til NOU 2005:3, *Fra stykkevis til helt*. Her føyer en til at dette imidlertid ser ut til å ha "gått på bekostning av dem som tidligere fikk litt hjelp til praktisk bistand. Dette antas å ha svekket tjenestenes evne til tidlig intervensjon og muligheter til å ivareta forebyggende oppgaver, men styrker tilbudet til de som har størst behov" (op cit, s 28).

sorg i Norge har således jevnt over vært konstant de 20 siste åra. Den samlede situasjonen i tilgjengelighet til heldøgns omsorg og kommunale boliger har imidlertid vært preget av relativt store omstruktureringer, men som i sum likevel har gitt stabil tilgjengelighet på omtrent samme nivå.

De *heimebaserte tjenestene* for eldre har vært preget både av stabilitet og endringer. Siden 1992 har det vært en svak reduksjon i antall brukere 67 år+ siden hele nettovæksten siden har falt på brukere under 67 år. Men det har funnet sted en omfordeling mellom brukerne med en betydelig vekst blant brukere 80 år + og en større reduksjon av brukere 67-79 år. Likevel har tilgjengeligheten (bruksratene) de siste 15 åra avtatt litt for eldre, unntatt personer 90 år+, hvor den har økt svakt.

Hjemmesykepleien har imidlertid vært involvert i hele veksten, enten med bare hjemmesykepleie eller i kombinasjon med hjemmehjelp. Brukere med bare hjemmehjelp er kraftig redusert. Av en brutto økning i årene 1998-2006 på vel 15.000 mottakere av heimebaserte tjenester 80 år+, var 65 prosent brukere av *bare hjemmesykepleie*. Resten, 35 prosent, brukte begge tjenestene. Også blant eldre 67-79 år har andelen med bare hjemmesykepleie fordoblet seg.

Fordobling av *antall og andel* brukere av hjemmesykepleie på relativt kort tid viser at virksomhet knyttet til medisinsk pleie gradvis har inntatt en sentral plass. Dette synliggjør klart utviklingen med mer målretta og intensiv bruk av ressursene, der innsatsen gradvis konsentreres mer om krevende brukerne og viser at innretningen av tjenestene har vært gjennom store endringer i løpet av relativt kort tid.

Det er framveksten av unge brukere, bruken av bare hjemmesykepleie og reduksjonen av mottakere av bare hjemmehjelp som nok så reindyrket har kjennetegnet utviklingen de seinere åra, som faller sammen med den nasjonale stasingsperioden for *Handlingsplan for eldreomsorgen*. Den resulterte i mindre grad i 'eldreomsorg' enn det som var det offisielle fokuset, men *forsterket mest denne omsorgens påbegynte forvandling*.

I neste kapittel vil vi mer inngående gjøre rede for utviklingen og status i de heimebaserte tjenestene til brukere under 67 år.

3 Utvikling og status i kjennetegn ved brukere av heimebaserte tjenester under 67 år

Innledningsvis gir vi en oversikt over utviklingen i brukere av heimebaserte tjenester, dvs. *hjemmehjelp og hjemmesykepleie* blant personer under 67 år i perioden 1989-2006. Og vi bruker *heimebaserte tjenester* og *åpen omsorg* som synonyme betegnelser. Likevel er det slik at vi har utelatt tjenester som f. eks støttekontakt, avlasting, brukerstyrt personlig assistanse. Dette bl. a fordi vi ikke har brukbare data om slike brukere over tid. Vi *begrenser* oss således til hovedtjenestene.

Framstillingen er begrenset til tre kjennetegn ved brukerne: *alder, type tjeneste og hovedårsak til hjelpebehovet*. Før det forelå data fra IPLOS (2006) var de statistiske opplysningene om brukeren svært begrenset. Således manglet f. eks kjønn.

En mer detaljert framstilling, de ulike data som er nyttet samt ulike estimater og grunnlaget for dem i tilknytning til kapittel 3, er nærmere gjort rede for i spesifiserte prosjektnotater ved NIBR¹⁹.

3.1 Sterk vekst i yngres bruk av heimebaserte omsorgstjenester

I den populistiske og mediemessige framstillingen reduseres pleie- og omsorgstjenestene ofte til 'eldreomsorg'. Den siste eksisterer formelt ikke i Norge. En ser således ofte bort fra at den omfatt-

¹⁹ Underlagsmaterialet for dette kapitlet finnes i hovedsak i prosjektnotat nr 2, 3, 6a og 6b. Se nærmere spesifikasjon i oversikten i kapittel 1.

ende bruken av heimebaserte tjenester blant personer under 67 år. Her gjør vi rede for disse brukerne.

3.1.1 Endring i antall brukere under 67 år 1989-2006

Det er den sterke tilveksten av yngre brukere av heimebaserte tjenester – ved siden av byggingen av omsorgsboliger – som særlig kjennetegner utviklingen av pleie- og omsorgstjenestene i de senere åra.

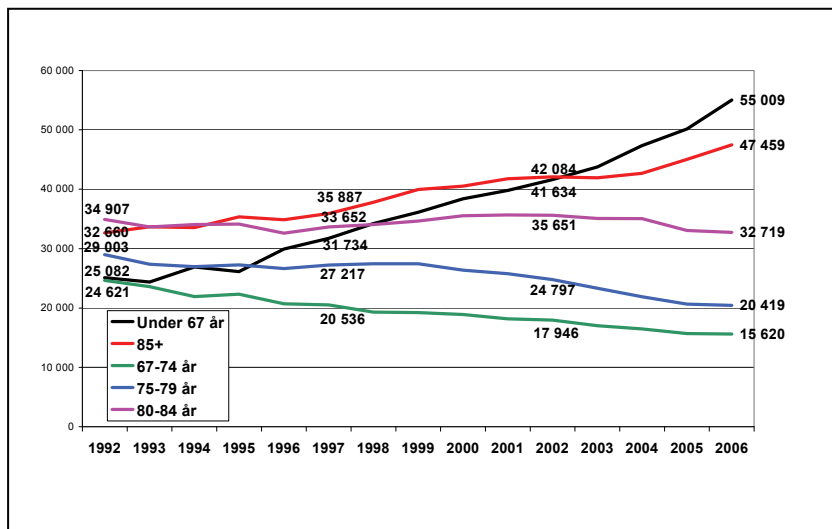
Det mest markante trekket i denne utviklingen er at *antall brukere under 67 år mer enn fordobler seg i perioden 1993-2006*, fra 25.000 i 1992 til 55.000 i 2006, eller med 119 prosent, jf. figur 3.1.

I de første årene var veksten i antall brukere under 67 år særlig knyttet til HVPU-reformen. Etter 1995 har tilveksten av utviklingshemmede vært beskjeden og veksten i antall brukere av heimebaserte tjenester kan derfor i svært liten grad tilskrives disse.

Likevel hadde veksten blant de yngre brukerne et jevnt tempo. Den prosentvise økningen var ca. 30 prosent i periodene 1993-97, 1998-2002 og 2003-2006.

I absolutte tall var den imidlertid dobbelt så stor i 4-års-perioden 2003-2006 som i 5-års-perioden 1993-1997, med en netto økning på respektive 13.375 og 6.653 brukere under 67 år, jf. figur 3.1. Denne sterke tilveksten kommer vi tilbake til i neste avsnitt.

Figur 3.1 *Antall brukere av heimebaserte tjenester i alt i årene 1992-2006. Oppgitte taloppgaver for 1992, 1997, 2002 og 2006.*



Kilde: SSB, Pleie- og omsorgsstatistikk.

1989-1995

I 1989 var 20.100 brukere av heimebaserte tjenester under 67 år. Ved utgangen av 1995 - da HVPU-reformen formelt avsluttet - var det 6.000 flere brukere enn ved utgangen av 1989 (26.142 brukere).

1996-1997

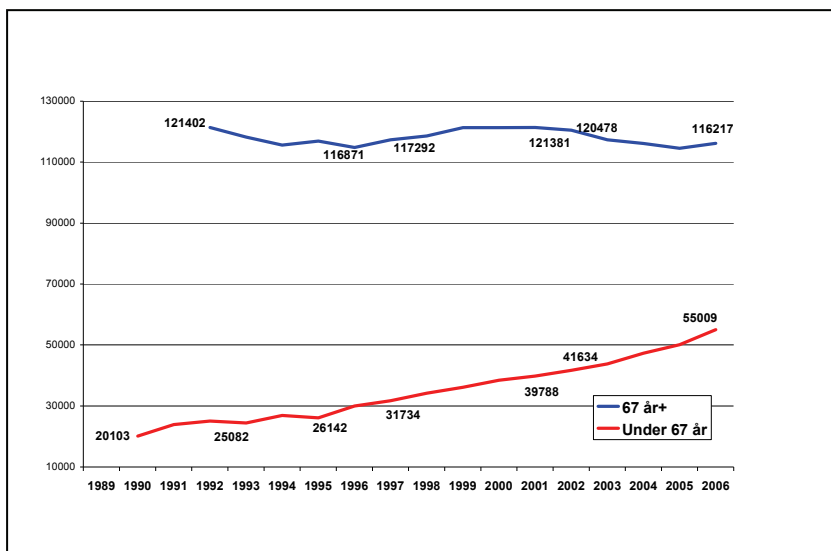
Men f.o.m. 1996 starter en fornyet tilvekst av yngre brukere av heimebaserte tjenester som har pågått jevnt og uavbrutt fram til i dag. I løpet av de to åra 1996 og 1997 kom det netto til 5. 600 brukere under 67 år av heimebaserte tjenester, jf. figur 3.2, eller i gjennomsnitt, 2.800 per år²⁰. Svært få av disse var utviklingshemmede. Dette er omtrentlig like mye som i perioden 1990-1995, som utgjorde hovedperioden for HVPU-reformen.

Etter 1997 har det forøvrig ikke vært noen vekst i yngre brukere av *bare hjemmehjelp*. Alt dette er betydelig og *innevarsler noe nytt* ut over HVPU-reformen. Og det i forkant av *Handlingsplan for eldreomsorgen* (1998-2001).

²⁰ Vi nevner her at vi løpet av de to åra 1996 og 1997 fikk vi ca 3.000 brukere under 67 år av *hjemmesykepleie* eller hjemmesykepleie kombinert med hjemmehjelp. Vi viser her til prosjektnotat nr 2, NIBR, 2009, tabell 13 som viser utviklingen i bruken av heimebaserte tjenester blant brukere under 67 år i perioden 1994-2006 fordelt på type tjenester.

Et ubesvart spørsmål er hvor mye av denne veksten som skyldes et 'oppdemmet' behov for heimebaserte tjenester blant *andre brukere enn utviklingshemmede* i løpet av 'HVPU-perioden' og hvor mye som skyldes tilgangen på nye brukergrupper som følge av positive endringer i de økonomiske konjunkturerne etter 1994.

Figur 3.2 *Antall brukere av heimebaserte tjenester under og over 67 år 1989-2006.*



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, SSB og beregninger ved NIBR 2009 (tallangivelser 1989, 1995, 1997, 2001, 2002 og 2006).

I 1997 - året før HPE tok til - var det siden 1989 kommet til netto *11.634* brukere av heimebaserte tjenester under 67 år, mens det fant sted en svak reduksjon i eldre brukere.

1998-2001

I 4-års-perioden 1998-2001 - under Handlingsplan for eldreomsorgen - kom det til netto ca. *8.000* nye brukere av heimebaserte tjenester under 67 år.

2002-2005

I de neste 4 åra kommer det til ytterligere vel **10.000 brukere**, jf. figur 3.2. Det til tross for en begrenset årsverksvekst i åpen omsorg i denne perioden (ca. 4.000 årsverk, jf. Del II, kapittel 6.4.5 tabell 6.7). Det kan tyde på at mesteparten av ressursveksten i de

heimebaserte tjenestene i åra 2002-2005 gikk til yngre brukere av disse tjenestene. Det kommer vi tilbake til i del II.

2006 og 2007

I 2006 var det ifølge KOSTRA 55.009 brukere av heimebaserte tjenester under 67. år Og i følge KOSTRA kom det til netto nærmere 5.000 nye brukere under 67 år i 2006.

Da statistikken ble lagt om med bruk av IPLOS f.o.m. 2007, er ikke oppgavene over antall brukere lenger sammenliknbare²¹.

Men beregnet retrospektivt, var det iht. IPLOS, 48.099 brukere under 67 år i 2006 (Garbrielsen et al 2008, tab 4.2)²². Og i følge IPLOS-data var det 54.924 brukere under 67 år i 2007. Således ble det iht. IPLOS netto 6.825 flere brukere under 67 år i løpet av 2007. Den sterke veksten i 2006 er fulgt opp også i 2007. Det har således i følge begge registreringene vært en sterk vekst i yngre brukere i 2006 og 2007.

(2007-2009)

Vår historiske oversikt går av ulike grunner bare fram til 2006, bl.a. pga omlegging av statistikken²³. Men nye data fra SSB viser at antall brukere av heimebaserte tjenester under 67 år vokste fra 54.924 i 2007 til 65.824 i 2009, dvs. med 10.900 brukere. Dette utgjorde samtidig 87 prosent av samlet vekst i antall brukere av heimebaserte tjenester i perioden. Veksten i disse 3 siste åra har vært noe sterkere enn i de 3 foregående. Den kraftige tendensen som vi har observert fram tom. 2006 har mer enn holdt seg.

²¹ Mens det i 2006 var 55.009 brukere under 67 år, var det ut fra beregningen på grunnlag av IPLOS 54.495 brukere under 67 år i 2007. Og totalt sett var det i 2007 160.647 brukere i 2007, mot 171.226 i 2006 iht. til tidligere registreringsmåte.

²² Hvis IPLOS-data er riktige i forhold til KOSTRA, var antall brukere under 67 år registrert med 6910 for mange brukere eller 12,6 prosent. Vi har imidlertid ikke grunnlag for å korrigere KOSTRA-registreringene tilbake på 1990-tallet og er henvist til å nytte KOSTRAs tidsserie slik vi her har gjort. Og IPLOS-data svekker ikke bildet av den sterke veksten i de seinere år. Og i 2007 registrerer SSB antall brukere under 67 år i IPLOS på samme nivå som i KOSTRA i 2006, d.v.s. 54.500 brukere.

²³ F.o.m. 2007 er det brudd i tidsseriene i SSBs pleie- og omsorgsstatistikk. Mens oppgavene tom. 2006 ble innhentet pr summarisk skjema, er de f.o.m. 2007 hentet som individuelle data fra IPLOS-registeret.

Og for samtlige brukere av heimebaserte tjenester fortsetter hele veksten å komme blant brukere av bare hjemmesykepleie (64 %) eller slik pleie kombinert med praktisk bistand (36 %).

Årlig vekst 1998-2006

Økningen i antall yngre brukere har vært nokså jevn, med i gjennomsnitt. 2000 personer årlig under HPE 1998-2001, mens veksten var 2.600 per år i perioden 2002-2005. Og i 2006-2007 har den i følge IPLOS omfattet i gjennomsnitt årlig vel 3.200 brukere under 67 år. Tilveksten av yngre brukere synes m.a.o. å ha *forsterket* seg.

For de 9 åra 1998-2006 under ett kom det til netto til 23.300 nye brukere av heimebaserte tjenester under 67 år, en økning fra 31.700 i 1997 til 55.000 i 2006, eller en relativ økning på 73 prosent i løpet av 9 år.

Men denne utviklingen har også et annet markant særtrekk: alle netto nye brukere under 67 år var mottakere av bare hjemmesykepleie eller dette i kombinasjon med hjemmehjelp.

Relativ andel brukere under 67 år

I 1990, året før HVPU-reformen tok til, utgjorde brukere av heimebaserte tjenester under 67 år 17 prosent av alle brukere av slike tjenester det året. I 1997, året før *Handlingsplan for eldreomsorgen* tok til og *HVPU-reformen* var avslutta, var andel yngre brukere kommet opp i 21 prosent. I løpet av perioden for *Handlingsplan for eldreomsorgen* (1998-2001) steg imidlertid denne andelen til 25 prosent (2001). I 2006 utgjorde personer under 67 år en tredjedel av brukerne av heimebaserte tjenester. Veksttakten i *andelen* yngre brukere har vært *konstant og jevn de 15 siste åra*.

Personer 80 år + sin andel av samlet antall mottakere har på den andre siden jevnt over vært 47 prosent på landsbasis i hele perioden 1993-2006.

Relativ tilvekst av yngre og eldre brukere

Tilvekst i *netto* antall brukere *under 67 år* var forøvrig større både i perioden 1993-2006 og i perioden 1998-2006 enn *samlet netto tilvekst* av brukere av heimebaserte tjenester *i alt*.

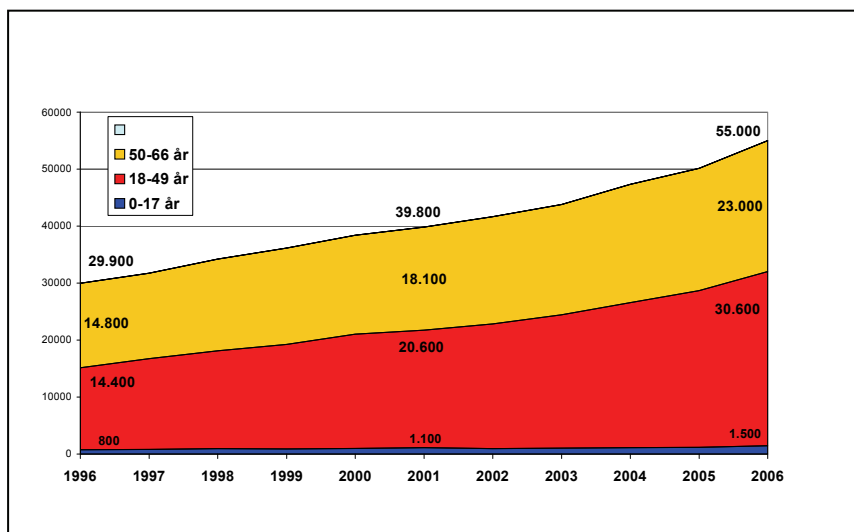
I perioden 1993-2006 sto personer under 67 år for 63 prosent av *brutto* tilvekst i antall brukere i heimebaserte tjenester, mens resten

- 37 prosent - falt på brukere 85 år+. De yngre brukerne inntar en sentral posisjon i tilveksten.

3.1.2 Endring i antall brukere under 67 år etter alder 1996-2006

Vi gir så en oversikt over utviklingen av brukere av heimebaserte tjenester under 67 år *etter alder*. Vi har her pålitelige oppgaver først fra 1996.²⁴

Figur 3.3 *Antall brukere av heimebaserte tjenester 0-66 år etter alder, 1994-2006.*



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, hvert år. Spesialutvalg etter alder for NIBR, SSB, Oslo, jan 2008.

Det er særlig brukere av heimebaserte tjenester i alderen 18-49 år som har vokst sterkt de siste 10 åra. Mens det i aldersgruppene 18-49 år og 50-66 år var like mange brukere i 1996 (14.000-15.000. jf. figur 3.3), var det 10 år seinere dobbelt så mange 18-49 år, eller 30.600 brukere, mens det var 23.000 i alderen 50-66 år.

Den relative økningen i antall brukere i aldersgruppene 18-49 år og 50-66 år var respektive 125 prosent og 55 prosent i årene 1996-2006.

²⁴ SSB gir pålitelige data om brukere under 67 år i tre aldersgrupper først fra og med 1996.

I absolutte tall ble det i perioden 1996-2006 netto flere brukere 18-49 år enn brukere 85 år+. Det viser hvor markant tilveksten i brukere under 50 år har vært i de seinere åra, og særlig de aller siste.

I 2006 var ca. 1.500 brukere 0-17 år. Det må bety at det f.eks. er relativt få utviklingshemmede som bor hos foreldrene, som har heimebaserte tjenester siden det i 2006 var 4.748 utviklingshemmede under 16 år.²⁵

I tillegg til at kommunene følger opp de aller eldste i disse åra - jf. kapittel 2.4 - er det samtidig et stort tilsig av yngre brukere som var relativt få av da kommunene fikk det samlede ansvar for pleie- og omsorgstjenestene i 1988.

3.2 Endring i bruk av type heimebaserte tjenester blant brukere under 67 år

I kjølvannet av HVPU-reformen synes det å inntre et slags hamskifte i den åpne omsorgen, hvor det kommer til unge brukere i stort omfang og det er framfor alt hjelp fra hjemmesykepleie som ytes.

3.2.1 Sterk vekst i bruk av hjemmesykepleie blant unge brukere etter 1995

Det er således ikke bare veksten i bruk av heimebaserte tjenester blant brukere under 67 år som kjennetegner utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene de siste 15 åra. Utviklingen er enda mer karakterisert ved at *hjemmesykepleien*²⁶ har vært involvert i hele veksten. Andelen som mottar bare hjemmesykepleie eller noen ganger slik hjelp i kombinasjon med hemmehjelp, har vært jevnt stigende. Samtidig har disse endringstrekkene i tiltakende grad gjort seg *mest* gjeldende blant *brukere under 50 år*.

²⁵ Vi viser her til Prosjektnotat nr 3, *Utvikling i antall utviklingshemmede brukere i pleie- og omsorgstjenestene 1989-2007*, NIBR, april 2009 (se oversikt over notater i kapittel 1.3).

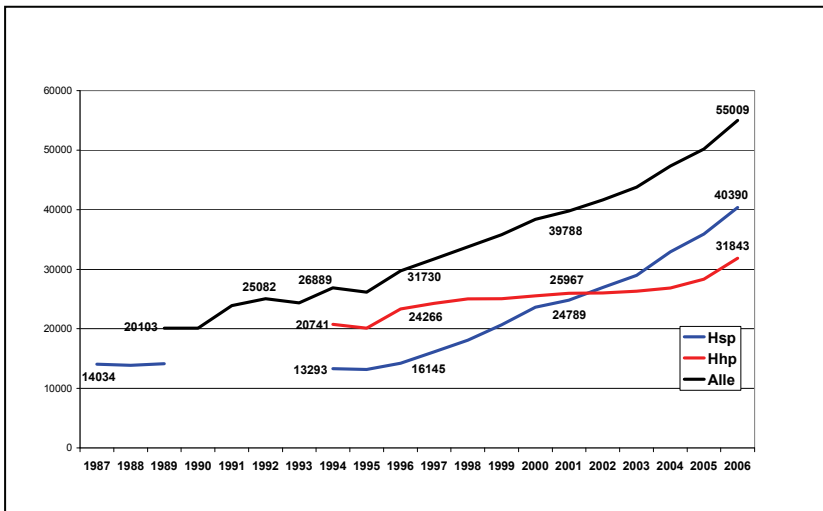
²⁶ Et mer betegnende navngiving er *hjemmesykepleievirksomhet*. Dette fordi på langt nær alt arbeid i denne virksomheten utføres av sykepleiere. Flere andre faggrupper, som f. eks hjelpepleiere og omsorgsarbeidere, utfører tjenester i regi av hjemmesykepleie. Hvilke grupper som samlet inngår og hvordan årsverkene fordeles seg mellom dem, vites ikke.

Det at innretningen av bruken blant nykommerne så klart dreier mot hjemmesykepleie og særlig bare hjemmesykepleie, må utvilsomt ha sammenheng med at de nye brukerne er i en helsemessig situasjon der en medisinsk og mer profesjonsorientert hjelp er hva en ofte har behov for.

Før 1997

Det var en betydelig vekst i antall brukere av heimebaserte tjenester under HVPU-reformen - særlig i årene 1991 og 1992. Men hjemmesykepleien var i liten grad involvert i dette. Men antall brukere av hjemmesykepleie under 67 år tok imidlertid til å vokse etter 1995 og har vokst betydelig og jevnt i alle seinere år og driver fram så og si hele veksten i antall brukere, jf. figur 3.4.

Figur 3.4 *Antall brukere av hjemmesykepleie og hjemmehjelp og brukere i alt. Brukere av begge tjenester er regnet til hver sin særtjeneste (dobbel telling for disse). 1987-2006. Talloppgaver for 1994, 1997, 2001 og 2006.*



Kilde: SSB, Pleie- og omsorgsstatistikk og beregninger ved NIBR 2009.

I perioden 1994-1997, da den sterke veksten under HVPU-reformen var over, kom det netto til 2000 nye brukere av bare hjemmehjelp, 1.400 av bare hjemmesykepleie og 1.600 brukere av begge deler, jf. figur 3.5. Bruken av hjemmesykepleien tiltok, men enda utgjorde hjemmehjelpsbrukerne flertallet i tilveksten.

1997-2001

Mens det var vel 16.000 brukere av hjemmesykepleie under 67 år i 1997, var antallet nærmere 25.000 i 2001, jf. figur 3.4. Og som vi kommer tilbake til, majoriteten var under 50 år.

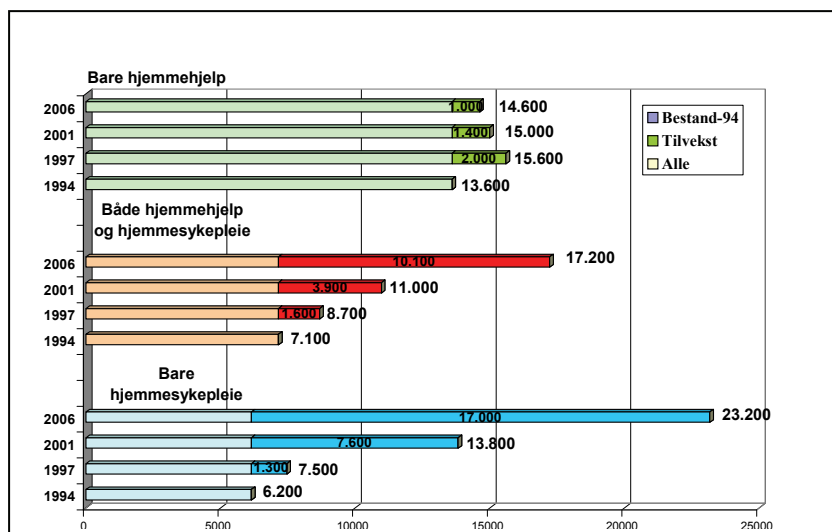
2002-2006

Og veksten har vært særlig sterk etter at *Handlingsplan for eldreomsorgen* var avsluttet i 2001. I 2006 var det 40.000 brukere av hjemmesykepleie under 67 år, mot 13.000 i 1994. Det er en tredobling på 12 år.

Perioden 1998-2006

Tilveksten har således vært sterkest blant brukere med bare hjemmesykepleie. Av en netto økning på 24.245 brukere under 67 år i perioden 1998-2006 med bare hjemmesykepleie eller hjemmesykepleie kombinert med hjemmehjelp, var 15.700 mottakere av bare hjemmesykepleie og 8.500 av begge tjenestene eller respektive 65 prosent og 35 prosent. Den sterke veksten i førstnevnte gruppe går klart fram av figur 3.5.

Figur 3.5 *Antall brukere under 67 år av bare hjemmehjelp, bare hjemmesykepleie og begge tjenestene. Bestand 1994 og tilvekst etter 1994-2006. Talloppgaver for 1994, 1997, 2001 og 2006.*



Kilde: SSB, Pleie- og omsorgsstatistikk.

Og mens 52 prosent av brukerne under 67 år i 1997 var mottakere av hhv *bare hjemmesykepleie* eller dette *kombinert med hjemmehjelp*, var tilsvarende andel 73 prosent i 2006. Og tilsvarende var andelen brukere under 67 år med *bare hjemmehjelp*, redusert fra 48 prosent av alle i 1997 til 27 prosent i 2006.

Endringene er svært omfattende. Tjenester i regi av hjemmesykepleien er blitt *den dominerende tjenesten for yngre brukere*. En noenlunde tilsvarende endring har også funnet sted blant de eldre brukerne, jf. kapittel 2.4.

Bruk av hjemmehjelp

Antall brukere av *hjemmehjelp* under 67 år var i årene 1997-2004 uendret med 24. - 26.000 personer, men har igjen økt betydelig f.o.m. 2005, jf. figur 3.4. Det skyldes imidlertid i sin helhet vekst brukere som *kombinerer* slik hjelp med hjemmesykepleie, jf. figur 3.5.

Blant brukere med *bare hjemmehjelp* har det vært stagnasjon og en liten reduksjon etter 1998, med jevnt over 14.000-15.000, jf. figur 3.5. En betydelig del av disse har vært utviklingshemmede, jf. avsnitt 3.3.4, figur 3.10.

Disse endringene med sterk vekt på hjemmesykepleievirksomhet, har i liten grad vært knyttet til utviklingshemmede. Det reiser så spørsmål om *hvilke hjelpebehov* som i et så vidt tiltakende og omfattende omfang avhjelpes overfor unge brukere i den kommunale hjemmesykepleie. Og er det ofte en annen type hjemmesykepleie som ytes til yngre versus eldre brukere?

På bakgrunn av de nokså fundamentale endringene som har funnet sted, er denne typen spørsmål i henhold til vår kunnskapittel overraskende lite berørt, f. eks i den offentlige debatten, i fagtidsskrift og i forskningen om kommunal pleie- og omsorg.

På den andre sida er det samtidig rimelig å anta at det over tid har funnet sted en endring i innretning av den offentlige innsatsen i forhold til den private, idet det antakelig i tiltakende grad foregår et bytte i oppgavefordeling. Det er således ikke urimelig å anta at det offentlige over tid i økende grad har tilbudt den delen som det private ikke kan stå for, dvs. den medisinske profesjonelle hjelp, mens det private (familiene) til gjengjeld har tatt på seg mer av den praktiske bistanden. I hvor stor grad det er tilfellet, vet vi foreløpig på empirisk grunnlag lite om. Økningen i de yngres bruk av bare

hjemmesykepleie kan imidlertid neppe på langt nær bare tilskrives sykepleiefaglige behov.

Data fra IPLOS gjør det imidlertid mulig å analysere samspillet mellom bruken av hjemmesykepleie og tilgangen på privat hjelp²⁷. Dette er foreløpig ikke gjort fordi IPLOS-data ikke er tilgjengelige for eksterne brukere annet enn tabell-bestillinger til SSB.

3.2.2 Endring i bruken etter type tjeneste blant yngre brukere etter alder

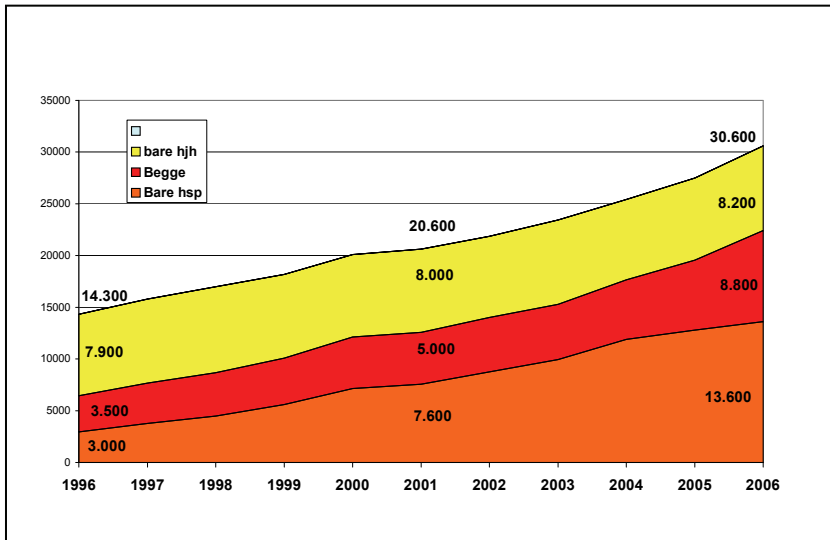
Først fra 1996 forligger det som nevnt pålitelige data fra SSB om yngres bruk av heimebaserte tjenester etter type tjeneste og alder. Vi gjør her rede for utviklingen i fordelingene for aldersgruppene 18-49 år og 50-66 år.

18-49 år

Det ble 15.900 flere brukere 18-49 år av hjemmesykepleie eller hjemmesykepleie pluss hjemmehjelp i denne 10-årsperioden, jf. figur 3.6.

²⁷ Publiserte data fra IPLOS 2008 dokumenterer imidlertid effekten av tilgangen på privat omsorg i forhold til omfang av tildelte heimebaserte tjenester, idet brukere med privat hjelp på ulike nivå for bistandsbehov har færre timer offentlig hjelp per uke enn dem som ikke har slik hjelp. Det gjelder særlig brukere med omfattende bistandsbehov (Gabrielsen et al, 2009, tabell 6.13).

Figur 3.6 *Antall brukere av heimebaserte tjenester etter type tjeneste. 18-49 år. 1996-2006. Pleie- og omsorgsstatistikk, hvert år.*



Spesialutvalg etter alder for NIBR, SSB, Oslo, jan 2008.

Mens det var 6.500 brukere av hjemmesykepleie 18-49 år i 1996, var antallet 22.400 i 2006. - jf. figur 3.6 - dvs. vel en tredobling på 10 år. Disse utgjorde alene 41 prosent av de i alt 55.000 brukere av heimebaserte tjenester under 67 år.

Særlig sterkt vokste antall brukere med *bare hjemmesykepleie*, idet disse økte fra 3.500 i 1996 til 13.600 i 2006, dvs. en økning på 361 prosent.

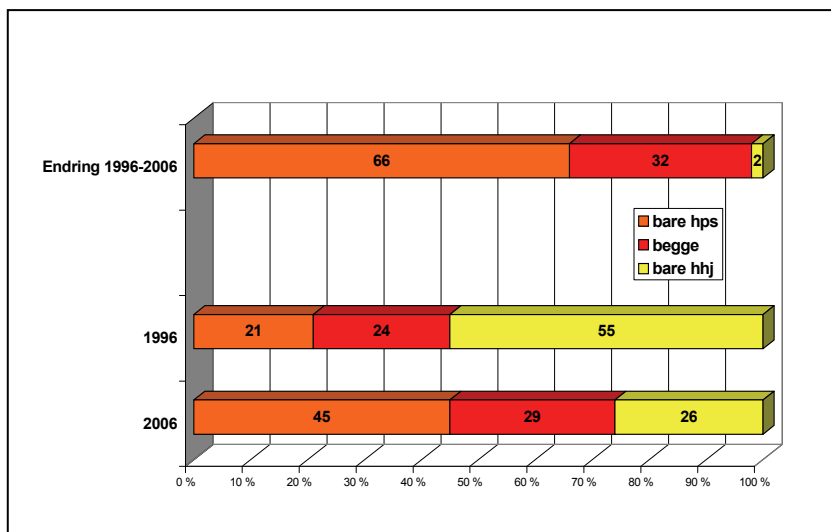
Denne veksten i antall brukere 18-49 år med hjemmesykepleie utgjorde forøvrig *62 prosent av hele økningen i antall brukere under 67 år i 10-års-perioden 1997-2006*, jf. figur 3.6.

Det er framfor alt veksten i bruk av hjemmesykepleie - og særlig bare hjemmesykepleie - som kjennetegner perioden. Antall brukere under 50 år med bare hjemmehjelp har imidlertid holdt seg konstant med 8.000 brukere. Denne brukens *relative* andel har m.a.o. avtatt, jf. figur 3.7.

Mens det ble 6.100 flere brukere av hjemmesykepleie (og hjemmesykepleie + hjemmehjelp) 18-49 år i 5-års-perioden 1997-2001, var tilsvarende tilvekst i perioden 2002-2006 9.800 brukere, fra 12.600 i 2001 til 22.400 i 2006, jf. figur 3.6.

Veksten i antall brukere med hjemmesykepleie 18-49 år var m.a.o. klart sterkest i 5 års-perioden 2002-2006, dvs. etter at den statlige stimuleringen til drift i omsorgstjenestene var avsluttet i 2001.

Figur 3.7 *Andel brukere av heimebaserte tjenester etter type tjenester i 1996 og i 2006 samt endring i antall brukere etter type tjenester. 18-49 år. Prosent*



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, hvert år. Spesialutvalg etter alder for NIBR, SSB, Oslo, jan 2008

Relativ endring i bruken etter tjenestetype blant brukere 18-49 år

Blant brukere av heimebaserte tjenester 18-49 år mottok 45 prosent bare hjemmesykepleie eller hjemmesykepleie pluss hjemmehjelp i 1996. Ti år seinere, i 2006, gjaldt det samme 74 prosent, jf. figur 3.7. Andelen med bare hjemmehjelp var halvert og redusert til hver fjerde bruker. Hjemmesykepleien var m.a.o. involvert i 3 av 4 tilfeller.

Av den samlede tilveksten i antall brukere 18-49 år i tida fra 1996 til 2006 var 2/3-deler av netto vekst knyttet til brukere av *bare hjemmesykepleie*, og omtrent hele resten til brukere av hjemmesykepleie pluss hjemmehjelp. *Hele endringen er ensidig knyttet opp mot hjemmesykepleie*, jf. figur 3.7.

Av de 39.200 brukerne 18-66 år med hhv bare hjemmesykepleie og hjemmesykepleie pluss hjemmehjelp, var 57 prosent 18-49 år i 2006.

Det vi observerer her, er et markant og nesten overraskende trekk ved utviklingen i bruken av heimebaserte tjenester de 10 siste åra. Det er framfor alt unge mennesker som står for hoveddelen i økningen.

Når de relativt unge brukerne med denne typen tjenesteprofiler (oftest både hjemmesykepleie og hjemmehjelp) har en framtrædende plass i det samlede bildet, kan det tyde på at bruken i vesentlig grad må være knyttet til andre forhold enn utskrivning av pasienter fra somatiske sykehus. Og hvis det er slik, vil de mentale lidelsene stå sentralt sammen med somatiske tunge funksjonshemminger, da utviklingshemmede bare utgjøre en begrenset andel av disse brukerne.

Og som våre analyser av Helsetilsynets undersøkelse i 2003 viser, hadde 80-90 prosent av brukerne av hjemmesykepleie under 50 år psykisk lidelser eller somatisk sykdom som hovedårsak til hjelpebehovet når de bodde i ordinær bolig, og 70-80 prosent når de bodde i kommunal bolig til pleie- og omsorgsformål²⁸, jf. avsnitt 3.4.2 og 3.4.3.

Disse relativt store endringer i innretningen av de heimebaserte tjenestene knyttet både til unge brukere og bruken av hjemmesykepleie, må i sin tur være forbundet med at kommunene har tatt nye oppgaver, siden verken utvikling i det allmenne helsepanorama eller utskrivning fra somatiske sykehus, kan ha vært så omfattende at dette aleine kan forklare en så vidt kraftig vekst over relativt moderat tid.

50-66 år

Også blant brukere 50-66 år skjer det mer enn en fordobling av brukere av hjemmesykepleie og hjemmesykepleie pluss hjemmehjelp i denne 10-årsperioden, idet antallet øker fra 7.400 i 1996 til 16.800 i 2006. Også i denne aldersgruppa er veksten størst blant brukere med *bare* hjemmesykepleie, idet denne gruppa økte med 170 prosent i den nevnte perioden.

²⁸ Dette er dokumentert i Brevik 2008a, kapittel 4.3., figur 4.1.

Og tilveksten i brukere av hjemmesykepleie og hjemmesykepleie pluss hjemmehjelp var også i denne aldersgruppa større i 5-årsperioden 2002-2006 enn den var i perioden 1997-2001. Antall brukere av bare hjemmehjelp avtar imidlertid noe i begge periodene.

Relativ endring i bruken etter tjenestetype blant brukere 50-66 år

Utviklingen i sammensetningen av bruken av tjenester i aldersgruppa 50-66 år følger det samme mønsteret som blant de yngste brukerne. Også blant disse var hjemmesykepleien involvert i nærmere 3 av 4 tilfeller i 2006. Og blant brukere 50-66 åra besto *mer enn hele nettotilveksten* i perioden 1997-2006 av brukere der hjemmesykepleien var involvert, mens andelen brukere av hjemmehjelp ble redusert med 12 prosent. Det siste knytter an til utviklingen i neste aldersgruppe, 67-79 år, hvor andelen brukere av bare hjemmehjelp ble betydelig redusert i perioden, jf. kapittel 2.4.

I hovedsak er det de samme utviklingstrekkene som gjør seg gjeldende blant alle under 67 år, med særlig markant vekst i bruken av hjemmesykepleie, dernest hjemmesykepleie pluss hjemmehjelp.

Vi kan konstantere at både absolutt vekst og relativ endring blant brukere under 67 år i 10-årsperioden 1997-2006 *i sin helhet er knyttet opp mot vekst i brukere av hjemmesykepleie*, som samtidig er den gruppa som samlet øker mest i perioden. *Nærmest all endring har vært knyttet til oppgaver som fordrer hjemmesykepleie*. Dette må derfor samtidig utgjøre en rettesnor når vi skal forbinde utviklingen med det som ligger til grunn for den.

Denne utviklingen er etter vår vurdering betydelig underkjent, særlig i den populistiske offentlige debatten, der brukerne som nevnt fortsatt stort sett består av eldre - *'eldreomsorgen'* - og av brukere som ikke har fått plass i institusjon - *'mangel på sykehjem'*.

3.3 Brukere av heimebaserte tjenester under 67 år etter hovedårsak til hjelpebehovet

Hittil har vi gjort rede for utviklingen og status i de heimebaserte tjenestene etter brukernes alder og type tjeneste. I en slik sammenheng er det imidlertid også nødvendig med kunnskap om hva som ligger til grunn for hjelpebehovene.

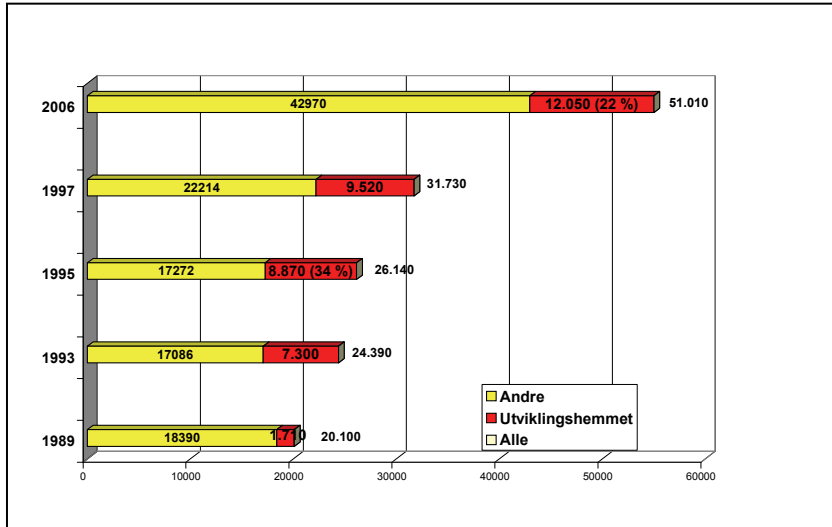
Derfor vil vi også gjøre rede for hva som er hovedårsak til hjelpebehovet samt vise variasjonen i pleietyngde hos brukere målt ved hjelpe- og pleiebehovs-indeks, men også ved hjelp av typer diagnoser og antall timer mottatt heimebaserte tjenester per uke (kapittel 5).

3.3.1 Antall utviklingshemmede brukere av heimebaserte tjenester under 67 år

Det foreligger imidlertid ikke noen systematisk statistikk om brukere av slike tjenester etter om det er *utviklingshemming*, *psykiske lidelser* eller *somatiske sykdommer* som ligger til grunn for hjelpebehovet. Så langt har det ikke foreligget oversikt over disse brukerne på landsomfattende empirisk grunnlag. Vi har imidlertid bygget opp en oversikt over antall utviklingshemmede med heimebaserte tjenester i perioden 1989-2007.²⁹

²⁹ Ved hjelp av ulike kilder og enkeltundersøkelser samt rundskriv fra Sosialdepartementet, har vi bygget opp en oversikt over utviklingen i antall utviklingshemmede i perioden 1989-2007 med vekt på type oppholdssted, alder og bruk av heimebaserte tjenester samt utviklingshemmedes andel av brukerne av slike tjenester. Arbeidet med dette og dokumentasjonen er gjort detaljert rede for i prosjektnotat nr 3, *Utvikling i antall utviklingshemmede brukere i pleie- og omsorgstjenestene 1989-2007*, NIBR, april 2009. På bakgrunn av de nevnte opplysningene har vi for de fleste årene i perioden 1989-1998 lyktes i å beregne det samlede *antallet utviklingshemmede brukere av heimebaserte tjenester under 67 år*. Resultatet går fram av tabell 5 i ovennevnte prosjektnotat.

Figur 3.8 *Antall brukere av heimebaserte tjenester under 67 år og derav antall utviklingshemmede. 1989, 1993, 1995, 1997 og 2006.*



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, SSB og beregninger ved NIBR 2009.

I løpet av åra 1990-1995 kom det til 7.170 utviklingshemmede brukere av heimebaserte tjenester i tillegg til omlag 1700 brukere per 1.1. 1990. Ved utgangen av 1995 - da HVPU-reformen formelt var avsluttet - var det i alt 8.870 utviklingshemmede brukere av heimebaserte tjenester under 67 år, jf. figur 3.8.

3.3.2 Brukere av heimebaserte tjenester under 67 år i 2002 etter hovedårsak til hjelpebehovet

Vi mangler oppgaver over brukere av heimebaserte tjenester etter hovedårsak til hjelpebehovet ut over de brukere som er utviklingshemmet. Det eneste empiriske inntaket til slik kunnskap finnes så langt i Helsetilsynets store og landsomfattende undersøkelse av brukere og bruk av pleie- og omsorgstjenester i kommunene fra 2003. Den står sentralt i flere sammenhenger i denne rapporten. Og vi nytter data herfra når vi dokumenterer bruken av heimebaserte tjenester etter hovedårsak til hjelpebehovet.

Om beregningsgrunnlaget for fordeling av brukere av heimebaserte tjenester etter hovedårsak til hjelpebehovet

Vi har i tilknytning til arbeidet med denne rapporten foretatt omfattende analyser av Helsetilsynets store landsomfattende under-

søkelse av 13.120 brukere i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene i januar 2003. Den har vi alt gjort nærmere rede for i kapittel 1.

For å sikre en så riktig fordeling som mulig, tok vi utgangspunkt i oppgavene fra *Pleie- og omsorgsstatistikk*, som viser de *statistiske* fordelingene av brukere av heimebaserte tjenester etter alder og type tjenester for året 2002.

Deretter beregnet vi antallet brukere i kommunale boliger etter type tjeneste på grunnlag av fordelingene av brukerne slik de gikk fram av Helsetilsynets undersøkelse. Antallet brukere etter type tjeneste i ordinære private boliger framstår da ved *differensen* mellom oppgavene over alle brukere og antall brukere i kommunale boliger.

På grunnlag av Helsetilsynets undersøkelse 2003, har vi også beregnet antall brukere av heimebaserte tjenester i *kommunale* og i *ordinære private boliger* etter *hovedårsak til hjelpebehov*³⁰.

Disse beregningene gir oss en nokså sikker fordeling av brukerne etter alder, type oppholdssted og type tjeneste. De har vi lagt til grunn for alle beregninger av fordeling av brukere og bruk av heimebaserte tjenester i våre analyser i denne rapporten.

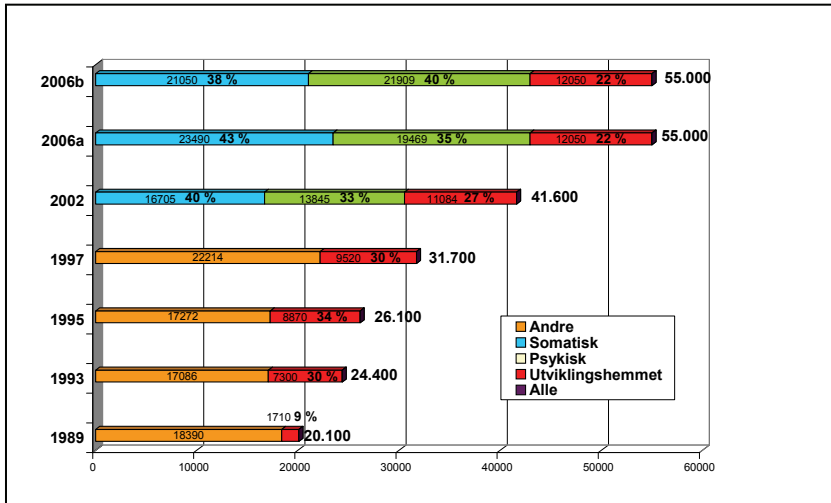
3.3.3 Brukere av heimebaserte tjenester etter hovedårsak til hjelpebehovet 1989-2006

Våre beregninger av antall utviklingshemmede i perioden 1989-2006 viste at det i 2002 var 11.084 utviklingshemmede under 67 år med heimebaserte tjenester i 2002. De øvrige 30.550 brukerne fordelte seg slik det går fram av figur 3.9.

Av de 41.600 brukerne under 67 år i 2002, var i følge Helsetilsynets undersøkelse 40 prosent personer med somatiske sykdommer, mens 33 prosent hadde psykiske lidelser som hovedårsak til hjelpebehovet. Resten, 27 prosent, var utviklingshemmede.

³⁰ Grunnlaget for beregninger av fordeling av brukere av heimebaserte tjenester under 67 år etter type oppholdssted, type tjenester og hovedårsak til hjelpebehovet er gjort utførlig rede for i prosjektnotat nr 6b, *Kjennetegn ved brukere av heimebaserte tjenester med vekt på yngre brukere. Analyse av Helsetilsynets undersøkelse 2003*, NIBR, mai 2009, avsnitt 4.2.3 og 4.3.1.

Figur 3.9 Brukere av heimebaserte tjenester under 67 år fordelt etter hovedårsak til hjelpebehovet. Absolutte tall og prosent. 1989-2006.



Kilde: Beregninger ved NIBR 2009

Vi kjenner antallet utviklingshemmede brukere i 2006, men ikke fordelingen mellom brukere med somatiske sykdommer og psykiske lidelser. I 2002 fordelt disse seg imidlertid innbyrdes med respektive 55 prosent og 45 prosent.

Om vi legger denne fordelingen til grunn også for 2006, får vi det resultatet som går fram av figur 3.9, alternativ 2006a.

I en undersøkelse i et utvalg kommuner fant en i 2006 at mottakere av heimebaserte tjenester under 67 år fordelte seg innbyrdes med 49 prosent med somatiske sykdommer og 51 prosent med psykiske lidelser som hovedårsak til hjelpebehovet³¹.

Data fra IPLOS for 2007 vil neppe gi et mer sikkert svar på den innbyrdes fordelingen mellom brukere med psykiske lidelser og somatiske sykdommer som hovedårsak til brukernes hjelpebehov da en ikke disponerer data om hovedårsak i forhold til hjelpebehov, bare medisinske diagnoser.

³¹ Dette går fram av en undersøkelse i NORLAG-kommunene (32 kommuner) ved NOVA der en har kartlagt bl.a. bruken av heimebaserte tjenester etter hovedårsak til hjelpebehovet. Der fant en at 39 prosent av brukerne under 67 år hadde psykiske lidelser, mens 37 prosent hadde somatiske sykdommer. Det gir det innbyrdes forholdet 51/49 prosent (Romøren 2007, tabell 2).

Vi legger derfor de nevnte data fra NORLAG-kommunene til grunn for vår beregning av fordelingen av brukere av heimebaserte tjenester i 2006, jf. alternativ 2006b i figur 3.9.

Slik det går fram av figur 3.9, har de utviklingshemmedes andel av brukerne under 67 år gradvis avtatt, fra å utgjøre 34 prosent i 1995 da HVPU-reformen ble avsluttet, til 22 prosent i 2006.

Og mens utviklingshemmede brukere vokste med ca. 2.500 personer fra 1997 til 2006, vokste de øvrige med vel 20.000 personer, fra 22.200 i 1997 til 42.950 i 2006. Tidligere - i perioden 1989-1997 - lå disse brukerne noenlunde stabilt på 17.-18.000 personer, jf. figur 3.8. Disse brukeren er blitt radikalt flere, og denne økningen på relativt kort tid er svært markant.

Mens personer med somatiske sykdommer var flest i 2002, utgjorde disse 38 prosent *av alle* i 2006, mens brukere med psykiske lidelser sto for 40 prosent av brukerne. I følge våre beregninger synes disse to brukergruppene å være jevnstore i 2006, med respektive ca. 22.000 og 21.000 brukere under 67 år, jf. figur 3.9.

Av en *tilvekst* på 12.400 brukere med somatiske sykdommer og psykiske lidelser som hovedårsak til hjelpebehovet fra 2002 til 2006, falt 65 prosent på dem med *psykiske lidelser*. Som vi kommer tilbake til (kapittel 7), må denne økningen ha en viss sammenheng med *Opptrappingsplanen for psykisk helse*.

Men samtidig har det i de seinere åra funnet sted en betydelig vekst i antall brukere med *somatiske sykdommer*, anslagsvis i underkant av ca. 7.000 i perioden 1997-2006³². Denne tilveksten kan vanskelig forklares med f. eks statlige handlingsplaner eller *politiske styrte tiltak*.

3.3.4 Hovedårsak til hjelpebehov etter type oppholdssted i 2003

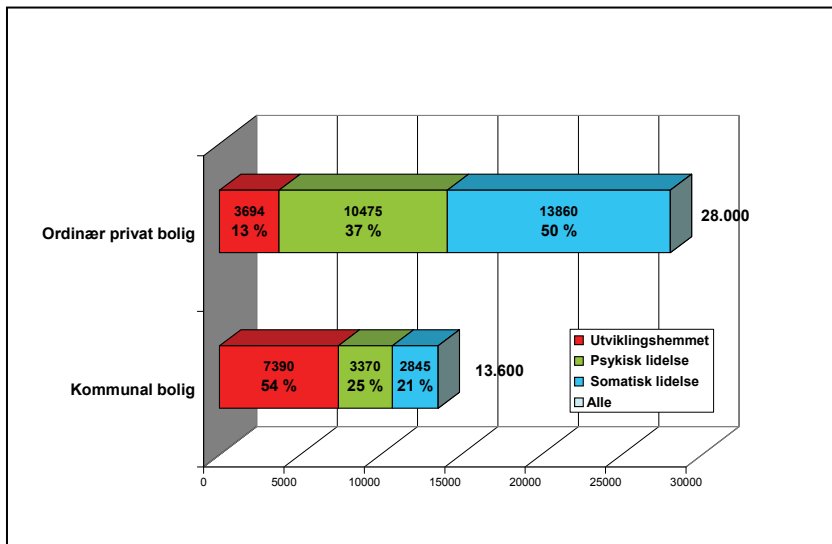
Det er betydelige forskjeller i sammensetningen av brukerne etter hovedårsak til hjelpebehovet etter om en bor i kommunal bolig til pleie- og omsorgsformål eller ikke. Blant brukere bosatt i *kommun-*

³² Vi har vist at i 2002 utgjorde brukere med somatiske sykdommer 55 prosent i forhold til alle med somatiske+psykiske lidelser som hovedårsak til hjelpebehovet. Siden det i 1997 ikke var satt i gang særskilte statlige tiltak i forhold til personer med psykiske lidelser, er det ikke urimelig å anta at brukere med somatiske sykdommer i 1997 utgjorde 60 prosent av disse to brukergruppene. Det gir 13.300 slike brukere i 1997, og en økning på 6.750 fram til 2006.

nale boliger i 2003, var 54 prosent utviklingshemmet. Personer med psykiske lidelser og somatiske sykdommer, utgjorde respektive 25 prosent og 21 prosent, jf. figur 3.10.

Blant yngre brukere som bor i *ordinære private boliger*, ligger psykisk lidelse til grunn for hjelpebehovet hos 37 prosent av brukerne, mens brukere med somatiske sykdommer som hovedårsak utgjør 50 prosent. Det er på den andre siden relativt få utviklingshemmede brukere i ordinære boliger.

Figur 3.10 *Brukere av heimebaserte tjenester under 67 år i kommunale og ordinære private boliger fordelt etter hovedårsak til hjelpebehovet i 2003.*



Kilde: Helsetilsynets undersøkelse 2003 og SSB 2003

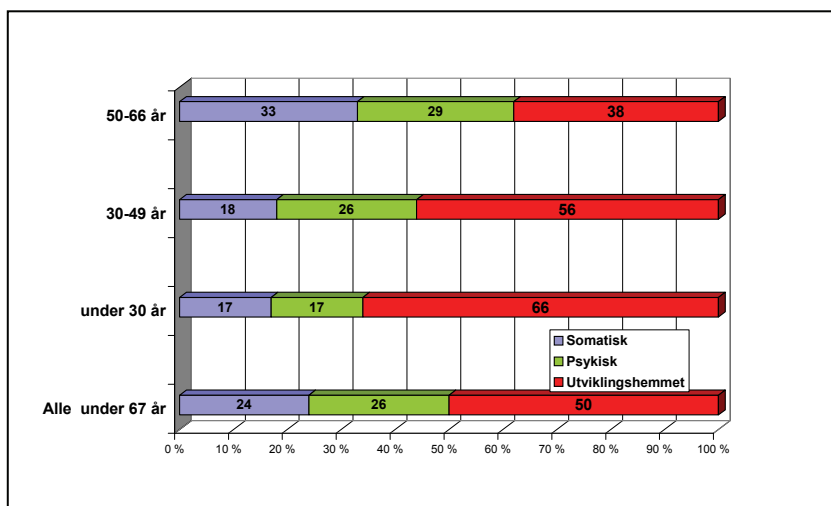
Om vi snur på det og tar utgangspunkt i *hovedårsaken til hjelpebehovet*, er det slik at *majoriteten* av brukere med somatiske sykdommer og psykiske lidelser bor i *ordinære private boliger*. Dette er et svært markant trekk i bildet av fordelingen av brukerne etter type oppholdssted. Således bodde 83 prosent av brukerne med somatiske sykdommer som hovedårsak til hjelpebehovet slik og 76 prosent av dem med psykiske lidelser. Majoriteten - eller 2/3-deler - av de utviklingshemmede med heimebaserte tjenester bor imidlertid i kommunale boliger.

3.3.5 Hovedårsaker til hjelpebehovet blant beboere i kommunale boliger etter alder

Utviklingshemmede er den største gruppen blant beboere³³ under 67 år i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål, og utgjorde halvparten i slike boliger ved årsskiftet 2002/2003, jf. figur 3.11. Den andre halvdelene hadde ulike somatiske sykdommer eller psykiske lidelser, tilnærmet fordelt med halvparten på hver.

Andelen utviklingshemmede i kommunale boliger er særlig mange blant de yngste brukerne, men andelen avtar betydelig med tiltakende alder, jf. figur 3.11. Det betyr igjen at andelen med psykiske og somatiske lidelser tiltar gradvis med alder, fra 34 prosent i alderen 0-29 år til 62 prosent i aldersgruppa 50-66 år. jf. figur 3.11. Og andelen med somatiske lidelser øker fra 17 prosent blant beboere under 30 år til 33 prosent i alderen 50-66 år.

Figur 3.11 *Beboere under 67 år i kommunale boliger etter hovedårsak til hjelpebehovet i tre aldersgrupperinger i 2003. Prosent.*



Kilde: Helsetilsynets undersøkelse 2003

³³ Figur 3.10 gjelder brukere av heimebaserte tjenester i kommunale bolig. Da 6 prosent som bodde i slike boliger i 2003, ikke var brukere av heimebaserte tjenester, - og omtrent samtlige var personer med psykiske lidelser og somatiske sykdommer - gir oversikten i figur 3.11 over alle beboere en liten endret fordeling.

Sammensetningen av beboerne etter hovedårsak til hjelpebehovet varierer svært mye etter alder som igjen synes styrt av fallende andel utviklingshemmede med stigende alder. I kapittel 4.5.4 vil vi vise hvordan den faktiske sammensetningen er målt i absolutte tall.

3.4 Brukere av heimebaserte tjenester etter type tjeneste og hovedårsak til hjelpebehovet etter type oppholdssted i 2002

Vi har alt gitt en oversikt over utviklingen i bruk av ulike typer heimebaserte tjenester (kapittel 3.2). Vi vil nå vise hvordan bruken av ulike typer tjenester - og særlig framveksten i bruken av hjemmesykepleie - fordeler seg i forhold til hovedårsak til hjelpebehovet og dette etter om en bor i kommunal eller egen ordinær bolig.

Først gir vi innledningsvis en generell oversikt sammenhengen mellom type oppholdssted og bruken av typer tjenester.

3.4.1 Bruk av type heimebaserte tjenester etter om en bor i ordinær eller kommunal bolig

Fordeling av antall brukere av heimebaserte tjenester i kommunale og ordinære boliger etter type tjenester

Slik det går fram av figur 3.12 var en ikke ubetydelig del av brukeren av heimebaserte tjenester under 67 år i 2002 bosatt i kommunale boliger, 13.600 personer eller 33 prosent. Det betyr imidlertid likevel at 2 av 3 brukere bodde i ordinære private boliger.

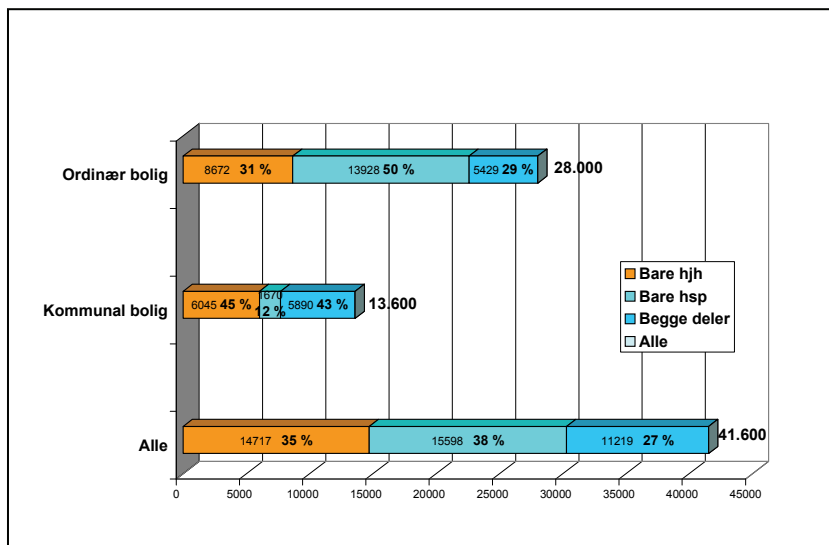
Slik vi tidligere har vist (kapittel 3.2), var flertallet - eller 65 prosent - brukere av *bare hjemmesykepleie i 2002*, jf. 3.12, enten bare hjemmesykepleie eller hjemmesykepleie og hjemmehjelp.

Ulik bruk av hjemmesykepleie og hjemmehjelp er imidlertid betydelig påvirket om en bor i ordinær privat eller i kommunal bolig. Og her vil vi vise hvordan bruk av ulike typer tjenester er fordelt i forhold til hvor brukerne bor. Vi har så langt (før publisering av IPLOS-data om slike forhold) ikke hatt tilgang til andre data som viser en slik fordelingen.

I kommunal bolig

Blant brukerne i kommunal bolig - som aller oftest må antas å bo aleine og med mindre tilgang på privat omsorg enn dem som bor i ordinære private boliger - er det svært få (12 %) som bare mottar bare hjemmesykepleie.

Figur 3.12 *Antall brukere under 67 år med heimebaserte tjenester etter type tjeneste og type oppholdssted. 2002.*



Fordeling etter Pleie- og omsorgsstatistikk 2002 og Helsetilsynets undersøkelse 2003. Absolutte tall og prosent.

Andelen som har *begge* tjenestene er imidlertid betydelig, jf. figur 3.12. Og den er - slik vi alt har vist i figur 3.10 - særlig knyttet opp mot brukere med somatiske sykdommer og psykiske lidelser. Det at en betydelig andel (45 %) bare har ulike typer tjenester som sorterer under hjemmehjelpa, henger vesentlig sammen med det store innslaget av utviklingshemmede i kommunale boliger blant brukere under 67 år, jf. figur 3.10.

I ordinær privat bolig

Bruken av heimebaserte tjenester har et høyst ulikt profil etter om en er bosatt kommunal eller i ordinær privat bolig. Blant brukerne i *ordinære* private boliger, mottok 8 av 10 *hjemmesykepleie*, enten kombinert med hjemmehjelp eller bare hjemmesykepleie, jf. figur 3.12.

Og av *samtlig*e med *bare hjemmesykepleie*, var nærmere ni av ti (13.900 av 15.6000) bosatt i ordinære boliger. Denne store andelen har - som tidligere understreket - utvilsomt betydelig sammenheng med at pårørendes bidrag til de praktiske oppgavene utgjør et vesentlig supplement. Like fullt har disse brukerne behov for hjemmesykepleiens tjenester.

Den nevnte fordelingen viser igjen til en rekke forhold, bl.a. at det er mange yngre i ordinære boliger som helsemessig er i en situasjon hvor de er i bero av det mangfold av tjenester som i dag ytes gjen- nom det som formelt benevnes som 'hjemmesykepleie'. Men sam- tidig kan det ikke være tvil om at denne tjenesten ofte fungerer som et supplement til privat omsorg, der den praktiske delen av hjelpebehovene sannsynligvis dekkes av pårørende.

Hvis alle behov i disse tilfellene skulle ha vært dekket av det off- entlige, ville andelen med bruk av *både* hjemmehjelp og hjemme- sykepleie, måttet ha vært høyere. Derfor bør vi være forsikt å tolke den høye andelen med bare hjemmesykepleie som et genuint ut- trykk for bare sykepleiefaglige behov sjøl om bruken av hjemme- sykepleie er reell nok. Det kommer vi tilbake til.

3.4.2 Bruk av ulike typer heimebaserte tjenester etter hovedårsak til hjelpebehovet etter oppholdssted

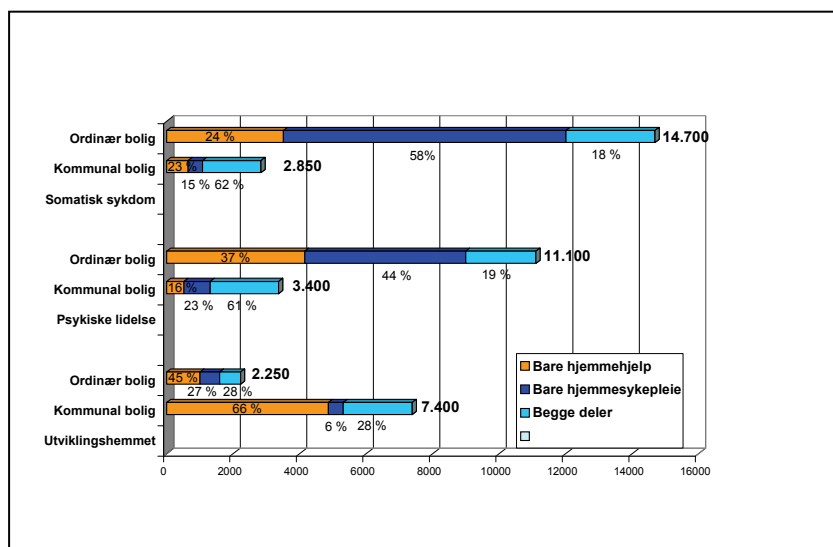
Vi har allerede (kapittel 3.2) gjort rede for utviklingen og endringene i bruken av heimebaserte tjenester etter type tjeneste. Hvordan bruken av type tjenester fordeler seg i de sentrale bruker- gruppene etter hovedårsak til hjelpebehovet, vet vi mindre om. Så langt er det bare Helsetilsynets landsomfattende undersøkelse i 2003 som gir landsrepresentative opplysninger om dette. Siden bruken av heimebaserte tjenester nettopp etter hovedårsak til hjelpebehovet, er en svært sentral dimensjon i vår analyse av utviklingen i bruken blant de yngre brukere, har vi valgt å gjengi den kunnskap den nevnte undersøkelsen gir om dette, sjøl om data gjelder for ett enkelt år og noe tilbake i tid. På den andre siden er det ikke vesentlige grunner å tro at sjølv bruksprofilen mellom de ulike hovedgruppene har endret seg vesentlig de siste 5 åra, ut over at det jevnt over har blitt flere brukere av hjemmesykepleie både absolutt og relativt sett, slik vi gjorde rede for i kapittel 3.2.

Somatisk sykdom

Brukere med somatiske sykdommer som hovedårsak til hjelpebehovet, bor framfor alt i *ordinære private boliger*, slik som alt vist i figur 3.10.

Her har 3 av 4 hjemmesykepleie, idet 58 prosent har bare hjemmesykepleie og 18 prosent har hjemmesykepleie i kombinasjon med hjemmehjelp. Hjemmesykepleie er den sentrale hjelpa i denne dominerende brukergruppa, jf. figur 3.13.

Figur 3.13 *Oversikt over alle under 67 år etter bruk av type tjeneste etter type hovedårsak til hjelpebehovet og etter om en bor i ordinær eller kommunal bolig, 2003. Absolutte tall og prosent.*



Kilde: Helsetilsynets undersøkelse 2003 og SSB 2003

Også blant brukere med somatiske sykdommer i kommunale boliger er det 3 av 4 med hjemmesykepleie. Men til forskjell fra dem i ordinære boliger, har 6 av 10 både hjemmehjelp og hjemmesykepleie, mens tilsvarende færre har bare hjemmesykepleie.

Denne forskjellen i bruk av type tjenester mellom samme brukergruppe i ordinære og private boliger illustrerer særlig to forhold. For det første at de 'somatiske' brukerne i kommunale boliger ofte har omfattende hjelpebehov, jf. kapittel 5. Og for det andre at hjemmehjelpa delvis må kompensere for manglende privat omsorg. Den lave andelen med begge tjenestene i ordinær bolig må

antakelig særlig tilskrives bedre tilgangen på privat omsorg når en bor slik.³⁴

Psykiske lidelser

Blant brukere med psykiske lidelser i *kommunale boliger* følger bruken av heimebaserte tjenester mønsteret for personer med somatiske sykdommer. Om lag 6 av 10 har både hjemmehjelp og hjemmesykepleie, jf. figur 3.13.

I ordinære boliger er mønsteret mer sammensatt, med om lag 4 av 10 med bare hjemmesykepleie og 4 av 10 med bare hjemmehjelp. Det kan sammenheng med et mer variert hjelpebehov i denne gruppa både ut fra i hvilken grad psykiske problemer medfører praktiske hjelpebehov og ut fra antagelsen om at disse brukerne oftere bor aleine i private hushold.

De heimebaserte tjenestene for brukere under 67 år er rent antallsvis i betydelig grad *hjemmesykepleie i privat ordinære bolige*, hvor mer enn 9 av 10 har somatiske sykdommer eller psykiske lidelser som hovedårsak til hjelpebehovet.

Utviklingshemming

Utviklingshemmede bor aller oftest i kommunale boliger. Og 2 av 3 har kun tjenester som sorterer under hjemmehjelpa. Resten har hjemmesykepleie, oftest kombinert med hjemmehjelp. Noenlunde det samme mønsteret gjentar seg for de relativt få som bor i egne ordinære boliger, jf. figur 3.13.

I kommunale boliger står ulike og omfattende tjenester under hjemmehjelpa til utviklingshemmede sentralt. Og til slutt: begge disse tjenestene går her til jevnt over tunge og krevende brukere med somatiske sykdommer og psykiske lidelser. Det kommer vi tilbake til i kapittel 5.

³⁴ Ved hjelp av data fra IPLOS vil en gjennom regresjonsanalyser kunne beregne og belegge hvordan og i hvilken grad både omfang og innretning av heimebaserte tjenester er påvirket av tilgangen på privat omsorg, siden de fleste sentrale variablene for en slik analyse foreligger i ett og samme datasett, dvs. i IPLOS.

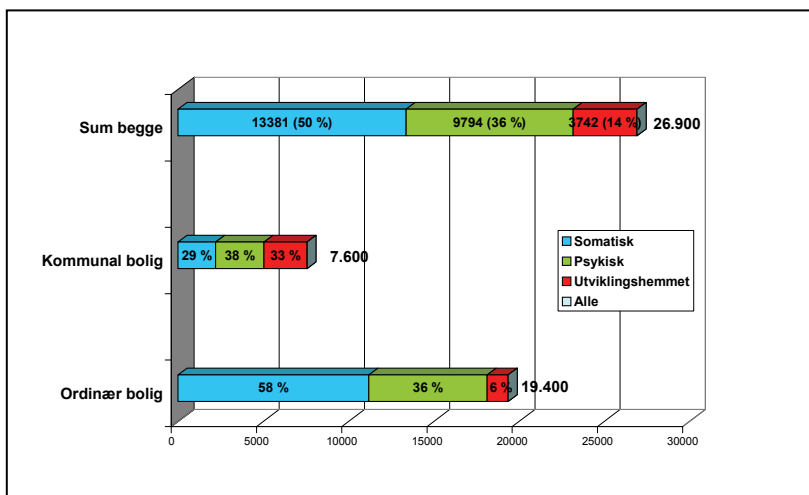
3.4.3 Brukere av hjemmesykepleie etter hovedårsak til hjelpebehov

I 2002 var det slik at 65 prosent eller 26.900 brukere under 67 år var brukere av hjemmesykepleie, enten bare hjemmesykepleie eller i kombinasjon med hjemmehjelp. Det gjaldt 79 prosent av alle i ordinære private boliger og 54 prosent av dem som bodde i kommunale boliger, jf. figur 3.12.

I 2002 hadde 50 prosent av samtlige brukere under 67 år med hjemmesykepleie *somatiske sykdom* som hovedårsak. Og 36 prosent hadde ulike psykiske lidelser som hovedårsak. Resten, eller 14 prosent av disse brukerne, var utviklingshemmede, jf. figur 3.14. Det er framfor alt somatiske problemer hjemmesykepleien tar seg av blant de unge. Men innslaget av psykiske lidelser synes å være betydelig i arbeidet.

Av brukerne av hjemmesykepleie i ordinære private boliger var 94 prosent personer med somatiske sykdom eller psykisk lidelse som hovedårsak til hjelpebehovet. Av brukerne av hjemmesykepleie i kommunale boliger gjaldt dette 2/3-deler.

Figur 3.14 *Brukere av hjemmesykepleie (bare hsp eller hsp+bhj). Antall og andel brukere bosatt i ordinære private boliger og i kommunale boliger etter hovedårsak til hjelpebehovet 2002. Absolutte tall og prosent.*



Kilde: Helsetilsynet 2003

Regnet om, betyr det at nesten 8 av 10 av brukerne av hjemme-sykepleie med somatiske sykdommer og psykiske lidelser befant seg i ordinær privat bolig i 2002. Det gjaldt 84 prosent blant dem med somatiske sykdommer som hovedårsak til hjelpebehovet og 71 prosent av dem med psykiske lidelser.

Men sjøl om det er vesentlig færre slike brukere i kommunale boliger, er de her til gjengjeld ofte vesentlig mer hjelpetrengende, særlig brukere med somatiske sykdommer. Det gjør vi rede for i kapittel 5. Men først skal vi vise utviklingen i byggingen av kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål de 20-30 siste åra.

4 Kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål. Utvikling 1980-2006

4.1 Innledning

Parallelt med avtakende dekningsgrader i institusjon, vokste det allerede ut over i 1980-åra fram alternative boformer. I forlengelsen av den boligsosialpolitiske tradisjon som aldershjemmene hadde representert, tok kommunene fatt på byggingen av serviceboliger samtidig som skrøpelig eldre forble i trygdeboligene i stedet for i aldershjem. En ikke ubetydelig del av de kommunale boligene til pleie- og omsorgsformål fikk sannsynligvis etter hvert en viss pleie- og omsorgsfunksjon.

Når dekningsgraden i eldreinstitusjoner (syke- og aldershjem) kontinuerlig ble redusert siden slutten av 1970-åra - slik vi viste i kapittel 2.2³⁵ - hang det nøye sammen med to fundamentale endringstrekk i kommunenes satsing i omsorgstjenestene - særlig etter 1988 - nemlig *hjemliggjøringen* og *boliggjøringen* av pleie- og omsorgstjenestene gjennom utbyggingen av et kommunalt boligtilbud for eldre og funksjonshemmede.

Byggingen av kommunale boliger *til pleie- og omsorgsformål* tok imidlertid allerede til på 1960-tallet, og ble videreført i 1970- og 1980-åra. Da tok kommunene til å bygge såkalte 'serviceboliger'. Og de tok i bruk den svenske betegnelsen. Tanken bak en del av dette boligtilbudet var å tilby samme trygghet og tilnærmet samme om-

³⁵ Slik vi viste i kapittel 2.3 var institusjonsdekningen f.o.m. 1975 på topp i 1980 med 35,5 institusjonsplasser pr 100 pers 80 år+. I 2006 var denne dekningsgraden nesten halvert, og det var 18,8 institusjonsplasser pr 100 pers 80 år+.

sorg/service som i institusjon, men innenfor en sjølstendig boform med god og egnet standard. Det var denne ideologi som lå til grunn for Gjærevoll-utvalgets arbeid ved inngangen til 1990-åra.

Ønsket om boliggyøring av omsorgstjenestene ble gjort særlig tydelig i Gjærevoll-utvalgets innstilling, *NOU 1992:1, Trygghet- verdighet - omsorg*, kapittel 14, om Boligens/hjemmets plass i omsorgstjenestene. I denne utredningen tok en utgangspunkt i en helse- og sosialpolitikk som bygger på at:

mennesker med hjelpebehov eller funksjonshemninger vil få et kvalitativt bedre liv dersom de kan bli boende i egen, selvstendig bolig i stedet for institusjon. Det legges derfor til grunn at institusjonsomsorgen for eldre og funksjonshemmede bør nedbygges og erstattes av en økt satsing på åpen, boligbasert omsorg (op cit s. 227).

Det som har kjennetegnet utviklingen i Norge på den kommunale boligsida i pleie- og omsorgssammenheng de 15 siste åra, er utbyggingen av såkalte *omsorgsboliger*. Kommunene fikk en betydelig drahjelp gjennom Husbankens tilskudd til bygging av omsorgsboliger fra 1994 og utover (Brevik 2001). Denne byggingen ble hovedelementet i statens *Handlingsplan for eldreomsorgen*. Og i perioden 1994-2006 ble det bygget 26.400 omsorgsboliger (Brevik 2007a).

4.2 Funksjonell avgrensning

4.2.1 Funksjonell avgrensning ut fra nordisk begrepsbruk - beskyttede boliger

Uavhengig av at kommunale boliger til eldre og funksjonshemmede oftest har vært samlet under felles statistikk-betegnelser som 'trygdeboliger' eller 'serviceboliger' - vil vi først vise til avgrensninger som har vært nyttet i våre nærmeste naboland. Dette som innledning til vårt forsøk på å etablere en bedre forståelse av hvilke funksjoner disse ulike boligtypene har hatt og har.

I Sverige og Danmark vokste det fra slutten av 1960-årene og i de tidlige 1970-årene fram nye boformer - noe mellom tradisjonelle institusjoner og vanlige boliger – herunder de ordinære pensjonistboligene. Dette var boformer med større eller mindre grad av inte-

grerte servicetilbud. Tanken var å tilby samme trygghet og tilnærmet samme omsorg/service som i institusjon, men innenfor en sjølstendig boform med god og egent standard. Disse nye boformene ble til dels lansert som alternativer til institusjoner, først og framst aldershjem, og framsto i noen grad som 'moderne aldershjem', men samtidig som 'selvstendige boformer' (Daatland 1997, s 48-49).

Denne typen integrerte bo- og omsorgsformer ble i Sverige betegnet 'serviceboende', ofte innenfor store serviceboliganlegg. I Danmark nyttet en betegnelsene 'beskyttede boliger' og 'lette kollektivboliger' – der de første lå nær opp til pleiehjem. I Danmark ble det etter 1987 slutt på å bygge både pleiehjem og beskyttede boliger³⁶. Byggingen av nye eldreboliger måtte derfor framstå som alternativ til pleiehjem/institusjon - boliger med fullverdig standard og tilrettelagt for funksjonshemmede (Daatland 1997). Disse boligene var ofte 2-roms med bad, frittliggende eller tilknyttet fellesareal anlagt nær pleiehjem eller spredt beliggende. Det ble bygget tilsvarende boliger i Norge ut over i 1980-åra, ofte benevnt som serviceboliger (Lauvli 1991).

Felles for ulike typer av 'beskyttede boliger' var at de var sjølstendige boliger, og dermed del av den åpne omsorgen. En skilte mellom bolig og tjenester, der brukeren er ansvarlig for boligen og kommunen for tjenestene. Tjenestene ble ytt etter behov og ikke etter boform, slik som i institusjon. Det var denne ideologi som lå til grunn for arbeidet i den danske eldrekommisjonens tidlig på 1980-tallet, for Gjærevoll-utvalgets arbeid i Norge 10 år seinere og for den svenske *Ådel-reformen* (1992). De var motivert ut fra prinsippet om *normalisering*. Men det lå også økonomiske hensyn til grunn. Og de var del av en trend som i Norge på 1980-tallet også omfattet psykisk utviklingshemmede og psykiatriske pasienter (Daatland 1997).

³⁶ Dette har enkelte ganger blitt utlagt som at det ble 'forbudt'. Det var imidlertid de statlige låneordningene som opphørte. Og det førte i sin tur at slik bygging stoppet opp.

4.2.2 Ulike typer og betegnelser på kommunale boliger til eldre og funksjonshemmede og til pleie- og omsorgsformål i Norge

1. Trygdeboliger

I 1960-åra hadde vi i Norge i en tid bygget *trygdeboliger* og seinere ut over i 1980-åra tok vi fatt på byggingen av *serviceboliger*, i forlengelsen av den sosial boligpolitiske tradisjon som aldershjemmene hadde representert. De opprinnelige trygdeboligene ga eldre og uføre ofte med uhensiktsmessig bolig og dårlig økonomi, et godt og rimelig boligtilbud. Trygdeboligene var i utgangspunktet boligtiltak for økonomisk vanskeligstilte pensjonister og trygdede, ikke et omsorgstilbud (Daatland 1997). Allerede i 1958 var det registret 3.500 trygdeboliger, og i 1986 var det f. eks 23.000 slike boliger, jf. avsnitt 4.3.

Og noen trygdeboliger hadde tilknyttet fast personell, f.eks. i Oslo (Lauvli 1992). Etter hvert som eldre i slike boliger ble skrøpeligere og tilgangen på sykehjemsplasser var knapp, ble noe av disse gjort om og f.eks. kalt servicehjem, med personell i turnus. Et økende antall ordinære trygdeboliger fikk ut over i 1980 åra integrerte personell og service. Slike boliger - spesielt innrettet og tilrettelagt med servicetilbud - vil i noen grad kunne betegnes som 'beskyttede boformer' i den forstand vi har omtalt ovenfor (Daatland 1997). I en del tilfeller fant det sted en glidning mot det vi nedenfor betegner som serviceboliger.

2. Serviceboliger

I løpet av 1980-åra utviklet en del kommuner ideologien om at den enkelte burde få dekket sine hjelpebehov på individuelt grunnlag, uavhengig av boform. Samtidig erfarte kommunene institusjonene som kostnadskrevenende og søkte alternativer ved å satse på andre bo- og servicetilbud. En tok til å bygge såkalte serviceboliger. Og ut over i 1980-åra og særlig på slutten fant det sted en betydelig utbygging av serviceboliger, sjøl om de første ble oppført tidlig i 1970-åra. Vi tok i bruk den svenske betegnelsen. Ofte hadde disse boligene tilknyttet eget personale og ga oftest utvidede hjelpetilbud, hadde fellesarealer og fungerte noen ganger som moderne aldershjem med høy fysisk standard.

Begrepet serviceboliger dekker imidlertid over et nokså vidt spenn av ulike boformer der innslaget av service varierer nokså mye. I

forhold til vanlige private boliger eller trygdeboligene har serviceboligene ytt service ut over det som har vært vanlig i slike boliger, på organisert måte, ofte ved fast bemanning og hel eller delvis døgnservice³⁷. Men det var ikke alltid heldøgnservice som i de lovhjemlede serviceboligene ('kommunale boliger med heldøgns pleie og omsorg' (Lauvli 1992)³⁸, idet en i serviceboligene oftest ytte et mindre omfang tjenester enn i de heldøgnsbaserte boformene. Beboerne i slike boliger har imidlertid jevnt over hatt lettere tilgang på tjenester enn andre heimeboende brukere (Lauvli 1992). I forhold til institusjonene har serviceboligene representert en sjølstendig boform, med råderett over bolig og egen økonomi. Videre har tjenestene vært individuelt tilpasset, idet hver enkelt får den hjelp en til enhver tid har behov for.

Boliganleggene har fysisk variert fra å være 'urbane boligblokker' (Saglie 1992) til å nærme seg institusjoner. Serviceboligene har oftest vært rasjonelle i drift ved at flere er samlet på ett sted. Disse har også gått under ulike betegnelser, som f.eks. servicehjem, alderspensjonater, alderssentre, vernede trygdeboliger o. l. (Lauvli 1991).

3. Omsorgsbolig

Omsorgsbolig er en fysisk tilrettelagt og tilgjengelig sjølstendig bolig for eldre og funksjonshemmede. I prinsippet er beboerne ansvarlige for boligen. Den er beboerens eget hjem. En er herre i eget hus, men er imidlertid uten de særskilte rettighetene som sykehjemmet gir.

Om en eier eller leier, skal en i prinsippet betale ordinær husleie, eventuelt med bostøtte. Omsorgsboligen gir som privat bolig rett til bostøtte og huslovsbeskyttelse. I motsetning til beboere i f. eks. sykehjem, har en rett til refusjoner og tilskudd i Folketrygden for bruk av lege, fysioterapeut og medisiner m.m.

Omsorgsboliger kan være selvstendige boliger eller selvstendige boliger med fellesarealer (f.eks. felles oppholdsrom, spisekjøkken,

³⁷ En undersøkelse fra 1988 av vel 5000 serviceboliger viser at 70 prosent av anleggene har eget personale og 4 av 10 anlegg har personale til stede på døgnbasis (Lauvli 1992, s. 30).

³⁸ Tidlig på 1990-tallet innførte SSB en statistisk innsnevret kategori: 'kommunale boliger med heldøgns pleie- og omsorg'. Det var lovhjemlede boliger med personale og tjenester på døgnbasis, som kunne plasseres nærmere danske 'beskyttede boliger'. Det var imidlertid få slike boliger sammenliknet med i Danmark og i Sverige (Daatland 1997).

vaskerom). Eller de kan være fellesskapsboliger i bofellesskap eller bokollektiv (med felleshusholdning). De er ulike i størrelse og utforming, men oftest på 55 m² eller mer. Alle er bygd i henhold til Husbankens retningslinjer og med statelig finansiering. Qua boliger er disse hjemlet i *Lov om sosiale tjenester*.

Det er ingen særskilte kjennetegn ved slike boliger ut over de nevnte spesifikasjonskravene. Slik vi alt har vist, ble det også tidligere bygd en rekke boliger som oppfylte disse kravene. Egentlig henviser navnet mest til en statlig finansieringsordning i regi av Husbanken som var virksom i perioden 1994-2006.

I omsorgsboligene skiller en mellom bolig og service. Tjenester tildeles individuelt gjennom de ordinære hjemmetjenestene, som for øvrige heimeboende. Tjenestene skal tilpasses den enkeltes behov gjennom hele døgnet. Boligene er jevnt over ikke fast bemannet, men kan være det.

Kommunen er ansvarlig for tilførsel av hjemmetjenester. Kravet om nødvendige hjelpe- og pleietjenester er uansett boform, hjemlet i Kommunehelsetjenesteloven. Omsorgsboligene er del av *den åpne omsorgen* og er så langt å regne som en mellomløsning mellom opprinnelig privat bolig og en institusjonsplass.

4.3 Kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål. Antall enheter

4.3.1 Omfang av kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål før 1994

Antall trygdeboliger og serviceboliger

I 1980 var det i overkant av 20.000 trygdeboliger, og vi går ut fra at de aller fleste var et rent boligtilbud. Og 1988, da sykehjemsutbyggingen hadde avtatt betydelig og nedbyggingen av aldershjemmene var i emning, var antallet økt til 27.600.

Mesteparten av denne tilveksten etter 1980 kom sannsynligvis i form av ulike serviceboliger, idet en særskilt undersøkelse det året viste at det var om lag 5.800 serviceboliger i 1988 (Lauvli 1991)³⁹.

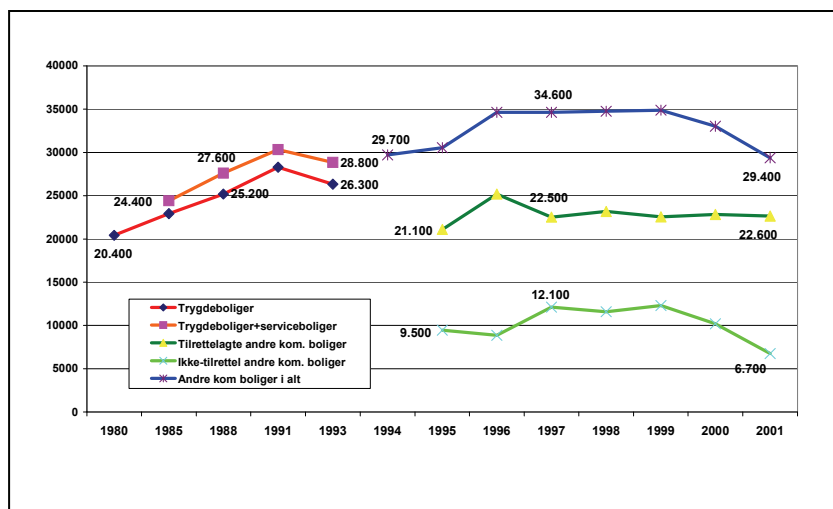
³⁹ En særskilt undersøkelse det året viste at det var om lag 5.800 serviceboliger i 1988 (Lauvli 1991). Disse ble imidlertid statistikkført i *Sosialstatistikk* som trygde-
NIBR-rapport:2010:2

Det tilsvarte ca.1/5-del av det som var statistikkført som trygdeboliger den gangen.⁴⁰ I figur 4.1 har vi gitt en historisk oversikt over utviklingen i antall slike boliger.

I åra etter 1988 og fram til 1993 var det bare registrert en svak tilvekst av slike boliger på tross av en betydelig nybygging i tilknytning til HVPU-reformen.

Samlet var det således nærmere 29.000 trygde-/serviceboliger i 1993. At dette antakelig er en nokså korrekt oppgave, bekreftes gjennom den nye statistiske oversikten av 'kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål fore eldre og uføre' fra og med året 1994, som viser at var 29.700 slike boliger det året, jf. figur 4.1.

Figur 4.1 Trygdeboliger 1980-1993, Trygdeboliger og serviceboliger 1986-1993 og Kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål 1994-2001. Utvalgte år. Antall.



Kilde: Daatland 1997, tab A.6 og Toresen 2003, tab 5.1. og 5.4

boliger, dvs. slått sammen med øvrige kommunale boliger, til 'trygdeboliger'. Det tilsvarte ca 1/5-del av det som var statistikkført som slike boliger den gangen.

⁴⁰ Alle disse ulike typene av kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål var fram til og med 1993 registrert i SSBs sosialstatistikk som 'trygdeboliger' uten nærmere spesifisering.

Øvrige boliger til pleie- og omsorgsformål 1994-2001

Av figur 4.1 kan vi avlese utviklingen i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål for eldre og uføre i perioden 1994-2001. Her er de såkalte *'omsorgsboligene'*⁴¹ holdt utenfor. I de tre årene fra 1994-96 kom det til noen flere kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål, sjøl om omsorgsboligbygginga etter nye retningslinjer og finansiering av Husbanken var kommet i gang, jf. avsnitt 4.3.2. De var sannsynligvis mest resultat av realisering av tidligere vedtatte prosjekter.

Fra 1996 av og fram til 1999 var omfanget av denne kommunale boligformen konstant. Deretter bygges tilbudet gradvis ned eller endrer karakter.

Omfanget av øvrige kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål var m.a.o. noenlunde konstant i hele perioden 1994-2001. I 2001 var det 29.400 slike boliger eller like mange som 10 år tidligere, jf. fig 4.1.

4.3.2 Bygging av omsorgsboliger 1994-1997

Om omsorgsboliger – forhistorie og ideologisk grunnlag

Ved inngangen til 1990-åra utgjorde aldershjemmene fortsatt en betydelig andel av institusjonstilbudet. Og vi manglet i betydelig grad moderne alternativer til institusjonene. Ut over på 1980-tallet var det riktignok som tidligere nevnt bygget en del såkalte serviceboliger, hvor noen hadde fast personell. Men boformer i betydningen tilrettelagte boliger med mulighet for heldøgns pleie og omsorg i noe vesentlig omfang, manglet fortsatt.

Men som motvekt til avvikling av aldershjems plassene fra slutten av 1980-tallet, kan det skimtes framvekst av ulike type kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål (jf. avsnitt 4.2). Omsorgsboligkonseptet var påbegynt og utviklet⁴² da en i 1994 tok til å bygge

⁴¹ Dette er som tidligere nevnt, tilrettelagte boliger med utforming, tilgjengelighet, standarder og størrelser i henhold til Husbankens retningslinjer, og som er bygd med statlige tilskudd etter en særskilt ordning som tok til i 1994. Se eget avsnitt om disse under pkt 4.2.

⁴² Omsorgsboligtankegangen ble gradvis nedfelt i offentlige dokumenter i perioden 1988-1993, bl.a. i arbeidet med St meld nr 34 (1988-89), Boligpolitikk for 90-årene. Disse forarbeidene har vi gjort rede for i Brevik I, Aall Ritland A: *Funksjonshemmede og boligpolitikken. Gjennomgang av boligpolitiske dokumenter 1970-1998*, Prosjektrapport 1999:6, NIBR, Oslo 1999.

såkalte omsorgsboliger etter retningslinjer fra og med finansiering fra Husbanken. Det avgjørende politiske skrittet ble tatt gjennom St. meld. nr 50 (1996-97) *Handlingsplan for eldreomsorgen*, med undertittelen *Trygghet - respekt - kvalitet*⁴³ ble lagt fram i mai 1997. Her ble det lagt opp til å bygge ut omsorgsboliger i stort omfang.

Men hovedgrunnlaget for en slik utbygging var lagt gjennom Gjærevoll-utvalgets utredning *Trygghet- verdighet – omsorg* i 1992⁴⁴ Både hovedprinsipp og hovedmål er å opprettholde og om mulig styrke mottakerens opplevelse av egen kontroll, sjølbestemmelse og dermed verdighet. Det synet er senere både eksplisitt og implisitt gjort til offentlig politikk.

Det var Gjærevoll-utvalget som ga omsorgsboligbegrepet gjennomslag i Norge og utvalget foreslo også økt utbygging av boliger tilpasset heldøgns omsorgstjenester. Prinsippet om *boliggjøring* av eldreomsorgen forsterkes og tydeliggjøres i utvalgets arbeid. Deler av boligpolitikken gjøres til del av omsorgspolitikken. Boliger er også omsorgsarenaer. Og det blir lagt til grunn at institusjonsomsorgen bør bygges ned og erstattes av en åpen, boligbasert omsorg.

Omfattende bygging av omsorgsboliger fra 1994 i regi av Husbanken

Og slik vi viste i kapittel 2.2.3 er det bygget omsorgsboliger etter utvalgets resonnementer siden 1994 da Husbanken ga målretta tilskudd til omsorgsboliger. Kommunene fulgte opp statens intensjoner om å føre opp omsorgsboliger. Byggingen av omsorgsboliger skjøt raskt fart. Ved utgangen av 1997 var det i følge Husbankens oppgaver bygd 4.500 omsorgsboliger.

Denne nye innretningen av omsorgstjenestene bekreftes også i *Velferdsmeldingen*, St meld nr 35 (1994-95), som vier et eget betydelig kapittel til omtale av tjenester og tiltak særlig for eldre og funksjonshemmede. Her foreslås bl.a. styrking av midler til oppstartning av omsorgsboliger (op.cit. s.157).

⁴³ Hovedtittelen i Gjærevollutvalgets innstilling (NOU 1992:1) var *Trygghet – verdighet - omsorg*. Det er for så vidt også den innholdsmessige tittel for St meld nr 50 (1996-97), der bare ordet “omsorg” nå er byttet ut med “kvalitet”. Det siste kan tolkes som en utvidet forståelse av hva en antar det mest vil stå om i omsorgstjenestene ved inngangen til et nytt århundre.

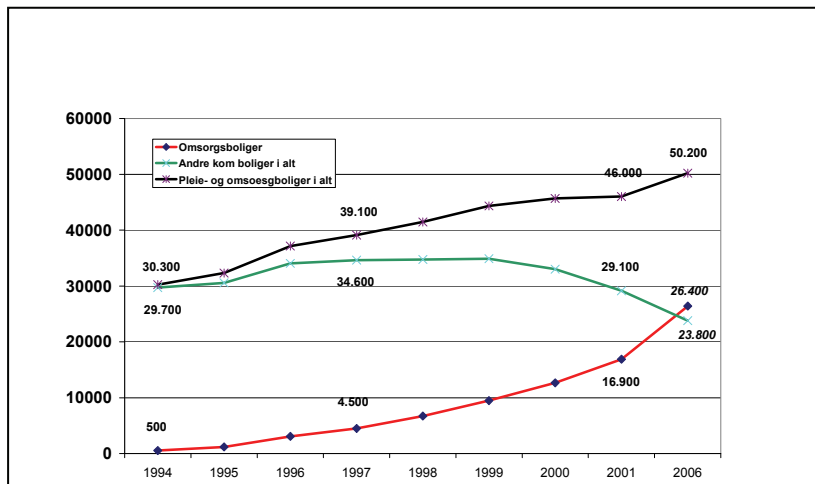
⁴⁴ Utvalget tar utgangspunkt i en helse- og sosialpolitikk som bygger på at *“mennesker med hjelpebehov eller funksjonshemninger vil få et kvalitativt bedre liv dersom de kan bli boende i egen, selvstendig bolig isteden for institusjon. Det legges derfor til grunn at institusjonsomsorgen for eldre og funksjonshemmede bør nedbygges og erstattes av en økt satsing på åpen, boligbasert omsorg”* (NOU 1992:1, Del III, Tiltak og tilråding, s. 227).

4.3.3 Omsorgsboligbyggingen under Handlingsplan for eldreomsorgen

Handlingsplan for eldreomsorgen (HPE) representerer i sin tur et vesentlig grep for *boliggjøring* av norsk omsorgspolitik. Her var det indirekte lagt inn føringer på kommunene om å bygge omsorgsboliger, i det en i St meld nr 50(1996-97) *beregningsmessig* (som grunnlag for statens bevilgninger over statsbudsjettet) la til grunn at $\frac{3}{4}$ -deler av kapasitetsveksten ville komme i form av omsorgsboliger.

Departementet hadde således i utgangspunktet lagt opp til at HPE på byggesida i stor grad skulle være et omsorgsboligprosjekt. Resultatet i form av ferdigstilte enheter i perioden 1998-2001 viste at nærmere 80 prosent av kapasitetsøkningen falt på omsorgsboliger (Brevik 2003c).

Figur 4.2 *Antall omsorgsboliger og øvrige kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål og pleie- og omsorgsboliger i alt. 1994-2006.*



Kilde: Toresen, NIBR 2003, tab 5.1, 5.7 og 11.24/SSB/Husbanken

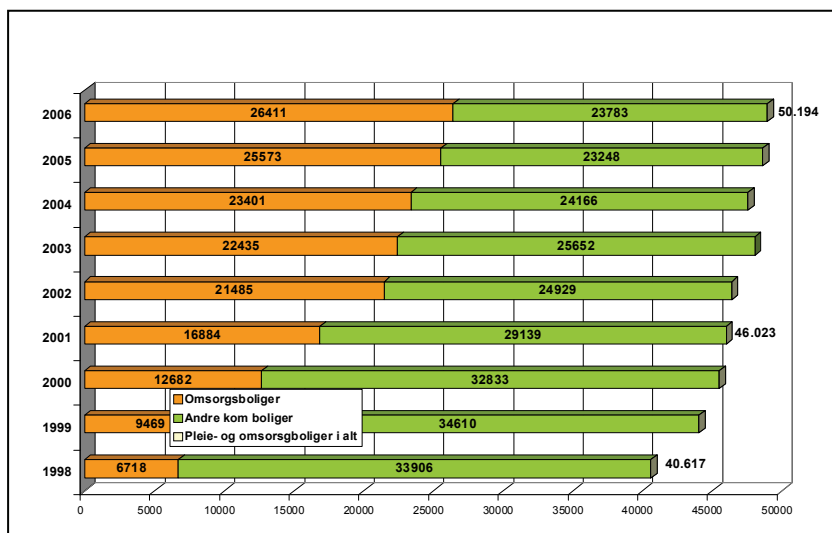
Opprinnelig var målgruppen eldre og andre med pleie- og omsorgsbehov. Fra 1998 ble det gitt oppresentartingstilskudd til omsorgsboliger for personer med sykdom og funksjonshemming, dvs. boligene kunne gå til f.eks. psykisk utviklingshemmede og pasienter i psykiatrien, jf. St prp nr 1 (1997-98), SHD.

I første del av HPE-perioden (1998-2001) ble det ytterligere ferdigstilt vel 12.000 omsorgsboliger. I perioden 1994-2001 ble det i alt

bygd om lag 16.900 slike boliger eller like mange som det var aldershjems plasser 12 år tidligere.

Det var som tidligere nevnt, om lag like mange *øvrige* kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål i 2001 som i 1994. Slik det går fram av figur 4.2, ble det fra 1997 til 2001 vel 5.000 færre andre kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål. Denne reduksjonen tok til et par år ut i HPE-perioden og var i sin helhet knyttet til nedlegging eller overføring til annen bruk. Reduksjonen var antakelig i betydelig grad knyttet til kommunenes manglende midler til å drive de nyoppførte omsorgsboligene, slik at driften måtte 'internfinansieres' ved å ta øvrige kommunale boliger ut av pleie- og omsorgstjenestene.⁴⁵

Figur 4.3 *Antall kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål til eldre og funksjonshemmede. Antall av disse som er omsorgsboliger og som er øvrige slike kommunale boliger. 1998-2006. Antall boliger:*



Kilde: Statistikkbanken, SSB, Oslo 2007

Det er således alene omsorgsboligbyggingen som sørget for netto samlet vekst på vel 7.000 kommunale boliger til pleie- og omsorgs-

⁴⁵ En analyse av dette ved NIBR (Tøresen 2003) tyder på at 3 av 4 nye omsorgsboliger den gangen driftsmessig ble finansiert ved erstatningsinvesteringer, dvs ved at andre kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål ble nedlagt eller overført til annen driftssektor.

formål i årene 1997-2001, fra 39.100 i 1997 til 46.000 i 2001, jf. figur 4.2.

Ved utgangen av første året av Handlingsplanperioden, i 1998, var det 6.718 omsorgsboliger, jf. figur 4.3. Disse representerer imidlertid effekten av tidligere vedtak. Ved utgangen av 2006 var det 26.411 omsorgsboliger, eller i underkant av 22.000 flere slike boliger enn da *Handlingsplan for eldreomsorgen* tok til.

Men på den andre sida fant det sted en reduksjon i øvrige kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål med 10.800 enheter, jf. fig. 4.2. Omlag halvparten av tilveksten av omsorgsboliger ble m.a.o. 'spist' opp ved avgang i øvrige boliger.

Avsluttende betraktninger

Aldershjemmene var lenge knyttet til gamlehjemstradisjonen der omsorgen ofte hadde et element av forsorg, dvs. at det ofte var sosiale grunner til at en fikk slik plass - fattigdom, dårlige boforhold, mangel på familie, avviksproblemer og lignende. Den sosialpolitiske tradisjon som aldershjemmene representerte, avvikles og blir erstattet, først gjennom serviceboligene og seinere ved omsorgsboligene og som er egne sjølstendige private boliger og ikke institusjoner. De bryter med forsorgstradisjonen.

Disse nye boformene setter imidlertid i prinsippet ikke grenser for hvor i hvor stor grad de kan ha pleie- og omsorgsfunksjoner. Slik sett representerer de ikke noe nytt i pleie- og hjelpesammenheng. Men de står for noe vesentlig nytt i den forstand at representerer normalisering, idet eldre og yngre på tross av skrøpelighet ansees som folk flest uten å bli tatt mer vare på enn det som springer ut av hjelpebehovene. Omsorgsboligene er framfor alt en sjølstendig boform.

4.4 Brukere under 67 år i kommunale boliger og institusjoner

4.4.1 Yngre beboere i kommunale boliger og institusjon.

Avgrensningen av 'yngre' i en sammenheng som går på kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål og eldreinstitusjoner (aller

oftest sykehjem), har vi valgt å sette ved 67 år. Institusjonene har gjennom en årrekke vært utformet og bygget for eldre og bruken av dem regnes f. eks i forhold til befolkningen 67 år+ eller 80 år+. Noe som er rimelig når 95 prosent av dem med plass, er 67 år+. Også i de kommunale boligene til pleie- og omsorgsformål er de eldre i flertall, idet 65 prosent i slike boliger var 67 år+ i 2006. Men disse boligene har hele tida vært rettet mot eldre og funksjonshemmede, dvs. har vært *'kommunale boliger med pleie- og omsorg for eldre og funksjonshemmede'*.

Her gjør vi så rede for fordelingen etter alder for personer under 67 år i 'eldreinstitusjoner' og kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål. Resultatene går fram av figur 4.4 nedenfor.

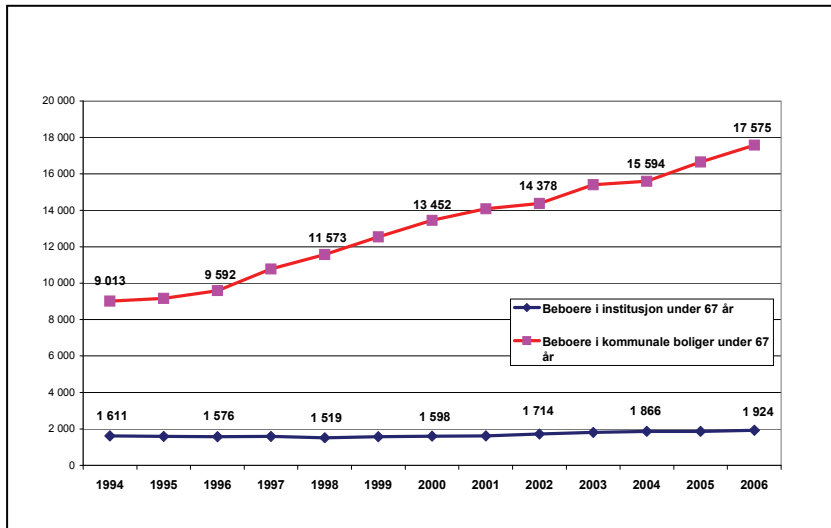
Antallet personer under 67 år i eldreinstitusjoner i perioden 1994-2000 lå stabilt på ca. 1.600 personer hvert år. Men siden har det steget. I 2006 var det ca. 1.900 personer under 67 år i slike institusjoner.

Av i alt ca. 50.000 kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål i 2006, tilfalt 35 prosent eller 17.575 boliger personer under 67 år, jf. figur 4.4. Det var en økning på 8.600 beboere siden 1994.

Av disse har igjen relativt få gått til utviklingshemmede siden det vesentlige av HVPU-reformen var så godt som fullført i 1995 og veksten i antall registrerte utviklingshemmede har vært beskjeden.⁴⁶ Majoriteten av disse boligene har således gått til andre brukere, dvs. yngre personer med ulike somatiske sykdommer eller psykiske lidelser.

⁴⁶ Samtlige utviklingshemmede økte totalt fra 18.611 personer i 1995 til 21.244 personer i 2006, eller med i alt 3.000 personer i perioden 1997-2006 (Prosjektnotat nr 3, tabell 8, NIBR, april 2009). Se kapittel 1.3 for oversikt over slike notater.

Figur 4.4 *Antall personer under 67 år i syke- og aldershjem og i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål til eldre og funksjonshemmede. 1994-2006*



Kilde: SSB, Pleie- og omsorgsstatistikk.

Dette er den dominerende boformen i kommunal regi for personer under 67 år idet forholdstallet mellom personer under 67 år i institusjon og kommunal pleie- og omsorgsbolig er omlag 1:10.

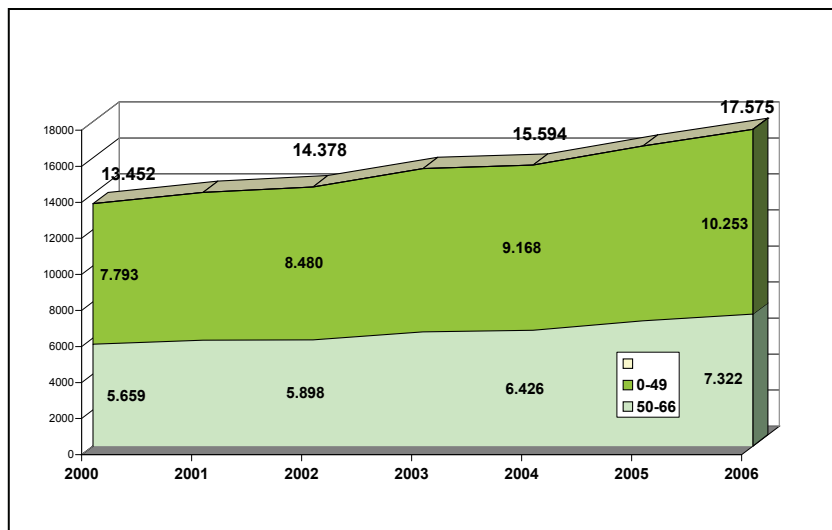
De kommunale boligene har samtidig blitt en vesentlig del av det kommunale tjenestetilbudet også til andre enn utviklingshemmede i løpet av de 10 siste åra, jf. kapittel 3.3.5 som viste at allerede i 2002 var 50 prosent av beboerne her personer med somatiske sykdommer eller psykiske lidelse. Det kommer vi tilbake til i avsnitt 4.5.4.

Slik vi har vist i kapittel 3.1 har all vekst blant brukere av heimebaserte tjenestene de 10 siste åra falt på brukere under 67 år Og en vesentlig del av denne tilveksten har gått til yngre brukere i kommunale boliger.

Personer under 67 år i kommunale boliger etter alder

Flertallet (58 prosent) av beboerne under 67 år i kommunale boliger i 2006 var bebodd av personer under 50 år, eller vel 10.000 personer, jf. figur 4.5.

Figur 4.5 *Antall personer under 67 år i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål. Gruppene 0-49 år og 50-66 år. 2000-2006.*



Kilde: Oppgaver fra SSB for NIBR 2008.

Økningen i antall slike beboere har vært betydelig i perioden 2001-2006, idet det var 4000 eller ca. 30 prosent flere beboere under 67 år i kommunale boliger i 2006 sammenliknet med år 2000. Den relative økningen har vært den samme i gruppene 0-49 år og 50-66 år.

4.4.2 Personer under 67 år i kommunale boliger og med heimebaserte tjenester 1989-2007

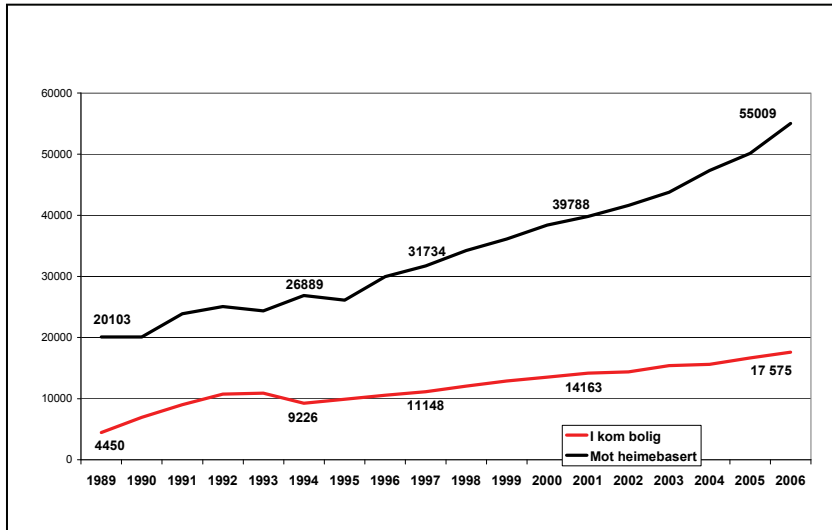
Personer under 67 år i kommunale boliger 1989-2007

For 1989 har vi beregnet at det var 4.450 beboere under 67 år i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål. I 1994 var det 9.200 og i 1996 10.500 eller 6.000 flere enn i 1989, jf. figur 4.6.

Samtidig vet vi at det i perioden 1990-1996 ble omlag 7.000 flere utviklingshemmede med heimebaserte tjenester i *egen bolig* i denne perioden. Det er derfor rimelig å anta at nærmest hele nettotilveksten i kommunale boliger av beboere under 67 år tom 1996 falt på utviklingshemmede⁴⁷.

⁴⁷ Vi viser her til Prosjektnotat nr 3, Utvikling i antall utviklingshemmede brukere i pleie- og omsorgstjenestene 1989-2007, NIBR, april 2009, tabell 5.

Figur 4.6 *Antall personer under 67 år med heimebaserte tjenester samt beboere under 67 år i kommunale boliger. Talloppgaver for 1989, 1997, 2001 og 2006.*



Kilde: SSB og beregninger ved NIBR 2009

I perioden 1997-2006 kom det til ytterligere 7.000 boliger til personer under 67 år. De aller fleste av disse vil sannsynligvis i stor grad være andre brukere enn utviklingshemmede.

Beboere og brukere under 67 år med heimebaserte tjenester.

Siden så og si samtlige under 67 år i kommunale boliger er brukere av heimebaserte tjenester med en nokså omfattende bruk, jf. kapittel 5, ønsker vi her å se noe nærmere på sammenhengen mellom utviklingen i boliger og brukere av heimebaserte tjenester.

Utviklingen i antall brukere av heimebaserte tjenester under 67 år og beboere i kommunale boliger, viser at det var en betydelig positiv sammenheng i denne utviklinga fram til 1997. Men seinere har tilstrømmingen av brukere under 67 år til de heimebaserte tjenestene i ordinære private boliger langt større. Mens vi som nevnt fikk 7.000 nye beboere under 67 år i kommunale boliger i perioden 1997-2006, ble det samtidig tilsvarende 25.000 flere brukere av heimebaserte tjenester under 67 år, jf. figur 4.6.

Etter at HVPU-reformen var over, fikk vi i åra som følger en utvikling i to hovedløp. En betydelig, men mindre andel til dels

sterkt funksjonshemmede flytter inn i kommunale boliger. Og på den andre sida finner det sted en svært stor økning av brukere i ordinær bolig.

4.5 Ulike mål for de kommunale boligenes funksjon

4.5.1 Om funksjonell avgrensning av heldøgns pleie og omsorg

Disse boligene/boformene er i SSBs statistikk siden 1994 registrert som *'boliger som kommunene disponerer til pleie- og omsorgsformål for eldre og funksjonshemmede'*⁴⁸. Disse representerer imidlertid hele skalaen fra 'trygdeboliger' dvs. rene boligtilbud til 'serviceboliger' med ulikt innslag av fellesarealer og service, til slike boformer med nok-så omfattende service på linje med aldershjem.

Mye tyder på gruppen 'kommunale boliger til pleie og omsorgsformål' fortsatt eksisterer som en sterkt blandet tilbudsform. Vi mangler imidlertid på direkte statistisk grunnlag så langt vesentlig kunnskap om deres funksjon i pleie- og omsorgssammenheng.

I kapittel 2.2.4 gjorde vi rede resultatene av flere undersøkelser som har tatt opp spørsmålet om kommunale boliger til eldre og funksjonshemmede med heldøgns pleie- og omsorg. Og vi viste til at Statistisk sentralbyrås registreringer for året 2006 tilsa at 34 prosent av disse boligene i følge faglige vurderinger i kommunene var bebodd av personer med heldøgns pleie- og omsorg.

Det er imidlertid fortsatt en viss usikkerhet knyttet til hvem som er inkludert under 'heldøgns pleie- og omsorg', samt hva som er spennvidden i begrepet. Når det blir mulig å analysere resultatene fra det landsomfattende IPLOS-systemets registrering av pleie-tyngde og hjelpebehov foreligger i 2008, vil vi imidlertid være langt bedre rustet til å besvare dette spørsmålet.

⁴⁸ SSB understreker at disse boligkategoriene *"også omfatter boliger for psykisk utviklingshemmede, psykiatriske pasienter og funksjonshemmede som kommunen disponerer, og ikke bare boliger for eldre. De boligtypene som registreres kan være nokså forskjellige og lokalt gå under mange betegnelser ... Boligene kan være teknisk og bygningsmessig tilrettelagt for bevegelsehemmede og/eller beboere som trenger heldøgns pleie og omsorg"*.

4.5.2 Samlet antall enheter i institusjon og omsorgsboliger

Vi ønsker imidlertid å vite hvor mange av brukerne under 67 år som bor med heldøgns pleie og omsorg i følge registreringene i SSB. Det går fram av tabell 4.1.

Personer under 67 år utgjør en mindre (35 %), men vesentlig del av beboere av kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål.

Tabell 4.1 *Beboere i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål i alt samt slike boliger med heldøgns pleie- og omsorg fordelt på aldersgrupper. 2006. Absolutte tall og prosent.*

Fordeling av beboere i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål etter alder				Fordeling av beboere i slike boliger med heldøgns pleie og omsorg			Andel i boliger med heldøgns pleie og omsorg	
Under 67 år	67-79-år	80 år+	Alle	Under 67 år	Over 67 år	Alle	Under 67 år	Over 67 år
24	9.629	22.229	48.982	8.425	8.397	16.822		
35,0	19,7	45,3	100	50,1	49,9	100	49,2	26,4

Kilde: SSB, 2007.

I 2006 bodde halvparten av de yngre eller 8.425 personer i slike boliger med heldøgns pleie og omsorg, jf. tabell 4.1. Og de utgjorde faktisk halvparten av dem som bodde slik. Blant disse er imidlertid en betydelig del utviklingshemmede, slik vi vil vise i avsnitt 4.5.4.

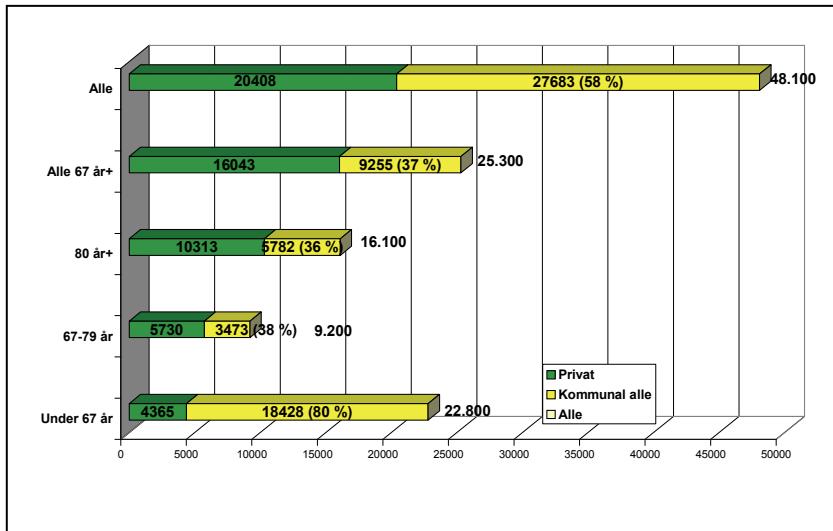
4.5.3 Pleie- og omsorgsboligenes funksjon målt ved omfang av heimebaserte tjenester i slike boliger

En annen måte å betrakte omsorgsboligenes pleie- og omsorgsfunksjon på er å se på samlet antall årsverk i de heimebaserte tjenestene som ytes i disse boligene. Deres funksjon vil m.a.o. i betydelig grad reflekteres i de antall årsverk kommunale hjemmetjenester som ytes til beboere i slike boliger.

Det er således ikke aleine den fysiske kapasiteten i kommunale boliger som vil være det avgjørende for den omsorgskapasitet

utbyggingen i perioden 1994-2006 har tilført. Det er omfanget av de årsverkene som er tilført i de heimebaserte tjenestene til drift av den etablerte bygningsmessige kapasiteten, som utgjør det avgjørende moment når vi skal vurdere hva resultatet av de store og langvarige satsingene på bolig har ført med seg, særlig i forhold til kommunenes samlede tilbud i heldøgns pleie- og omsorg.

Figur 4.7 *Antall årsverk i hjemmetjenestene etter om brukerne bor i kommunal eller egen ordinær bolig etter alder. Hele landet 2001.*



Kilde: Toresen, NIBR 2003

For året 2001 foreligger det beregninger av fordelingen av de heimebaserte tjenestene etter om mottakerne bodde i ordinære bolig eller i kommunal bolig til pleie og omsorgsformål (Toresen, NIBR 2003). Vi har på grunnlag av disse beregningene fordelt årsverkene i disse tjenestene etter hvor brukerne bor.

Disse boligenes omsorgsfunksjon er betydelig, i det nærmere 6 av 10 (58 %) årsverk i hjemmetjenestene gikk til beboere i slike boliger i 2001, jf. figur 4.7. Disse utgjorde igjen 57 prosent av årsverkene som ble ytt i institusjon i 2001.

For brukere av hjemmetjenester under 67 år gikk 8 av 10 årsverk i 2001 til brukere i kommunale boliger, jf. figur 4.7. Men også for

personer 67-79 år og 80 år + falt 36-38 prosent av de heimebaserte tjenestenes årsverk på dem som bodde i slike boliger⁴⁹.

Sjøl om det er behovene og ikke boformen som primært avgjør hvilket tjenestetilbud en mottar, viser disse data at de kommunale boligene til pleie- og omsorgsformål - fysisk tilrettelagt eller ikke - spiller en nokså sentral rolle i den åpne omsorgen. Dermed blir også utviklingen i antall slike boliger av tilsvarende interesse, sjøl om det er omfanget av tjenestetilførselen som er av primær betydning.

De kommunale boligenes pleie- og omsorgsrolle synes også styrket over tid i tråd med ideologien og målsettingen i kommunene om å bolig- og hjemliggjøre omsorgstjenestene som alternativ til institusjon. Det er bl. a. vist for perioden 1991-1998⁵⁰.

De kommunale boligene spiller en omfattende rolle i omsorgstjenestene, men som lenge har vært betydelig underkjent. I del II, kapittel 6, kommer vi tilbake med en utførlig redegjørelse for hvordan årsverksbruken fordeler seg.

Det har imidlertid utvilsomt funnet sted en intensivering og en boliggingjøring av omsorgstjenestene de siste 15 åra, særlig ved at ulike boligbaserte tilbudsformer gradvis har ivaretatt mer krevende oppgaver ved en mer intensiv bruk av personell - noe som sannsynliggjøres av en mer omfattende og intensiv bruk av hjemmetjenester, jf. del II, kapittel 7.5.

Dagens omsorgsboliger representerer imidlertid et vesentlig større fysisk potensial for omsorg enn det som 'tas ut' gjennom dagens

⁴⁹ Seinere analyser ved NIBR av Helsetilsynets undersøkelse 2003 tyder imidlertid på at disse anslagene stemmer godt for brukere 67 år+, idet vi for 2002/2003 finner at 39,5 prosent av samlet timeinnsats i de heimebaserte tjenestene blant eldre gikk til brukere bosatt i kommunale boliger. Blant brukere av heimebaserte tjenester under 67 år, fant vi at 70 gikk til brukere i kommunale boliger, dvs. noe mindre enn hva som følger av tidligere beregningene ved NIBR for året 2001. Mest sannsynlig befinner de yngre brukernes andel seg sannsynligvis midt i mellom dette. Hva som er den faktiske situasjonen i 2007, vil IPLOS-data kunne gi nærmere informasjon om.

⁵⁰ Beregninger foretatt av SSB (Brathaug et al 2001) viste at det i perioden 1991-1998 var en viss større *relativ* vekst i hjemmetjenesteårsverkene blant brukere som bodde i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål i forhold til brukere som bodde i egne ordinære boliger i alle aldersgrupper. For de siste var den relative veksten ikke riktig så stor, bortsett fra blant brukere under 67 år, som også økte sitt tilbud når de bodde i egen ordinær bolig.

drift. Det vil bl.a. si at det er flere omsorgsboliger som tilgjengelighets-, arealmessig og organisatorisk er lagt til rette for en mer omfattende pleie- og omsorg, enn den som ytes gjennom de faktiske driftsopplegg i dag. Om lag to tredjedeler av dem inngår som del av bl.a. ulike fellesskapsboliger eller boliger med fellesarealer. Omsorgsboligene har således en variert og stor fysisk kapasitet som ligger fast uavhengig av tjenestetilførselen.

4.5.4 Personer under 67 år i eldreinstitusjoner og kommunale boliger etter hovedårsak til hjelpebehovet

Vi har alt gjort rede for den *relative* fordelingen av personer under 67 år i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål etter hovedårsak til hjelpebehovet, jf. kapittel 3.3.4. Her vil vise *hvor mange* som i absolutte tall inngår i disse årsaksgruppene både etter type oppholdssted og etter alder i dag (2006).⁵¹ Slik vil vi gi bidrag til å konkretisere de kommunale boligenes funksjon i forhold til de yngre brukergruppene.

Vi nytter her oppgavene over fordelingen *mellom årsaksgruppene* slik de går fram av Helsetilsynets undersøkelse fra 2003⁵² og *fordeler alle beboere i eldreinstitusjoner og kommunale boliger i 2006 på samme måte som i 2003*. Vi forutsetter m.a.o. at fordelingen eller andelen personer i de ulike årsaksgruppene er den samme i 2006 som i 2003. Sjøl om det mest sannsynlig vil være noen mindre endringer i forhold til 2006, vil disse neppe endre hovedbildet.

Vi tar *utgangspunkt i boformene* for så å vise hvordan beboerne er fordelt etter hovedårsak til hjelpebehovet, dvs. etter om de bor i kommunale boliger eller eldreinstitusjoner. Her følger fordelingen i

⁵¹ Vi nytter året 2006 som er det siste året hvor registreringene av antall beboere i kommunale boliger og i institusjoner er basert på summariske skjema og sammenliknbare med tidligere år. Fra og med 2007 er de samme oppgavene basert på IPLOS (individbaserte data) og gir for boliger oppgaver som ikke er sammenliknbar med tidligere år, jf. kommentarer til statistikk om Pleie- og omsorgstjenester, tab 4, *Beboer i bustader til pleie- og omsorgsformål etter alder. 1994-2007*, SSB 2008.

⁵² Denne relative fordelingen er delvis gjort rede for i kapittel 3.3.4. Fullstendig oversikt samt omtale av beregningene foreligger i Prosjektnotat nr 4, pkt 2.3 og i tabell 1 der.

absolutte tall ut fra de relative fordelingene i 2003 overført på beboerne under 67 år i 2006. Resultatet går fram av figur 4.8.⁵³

I kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål

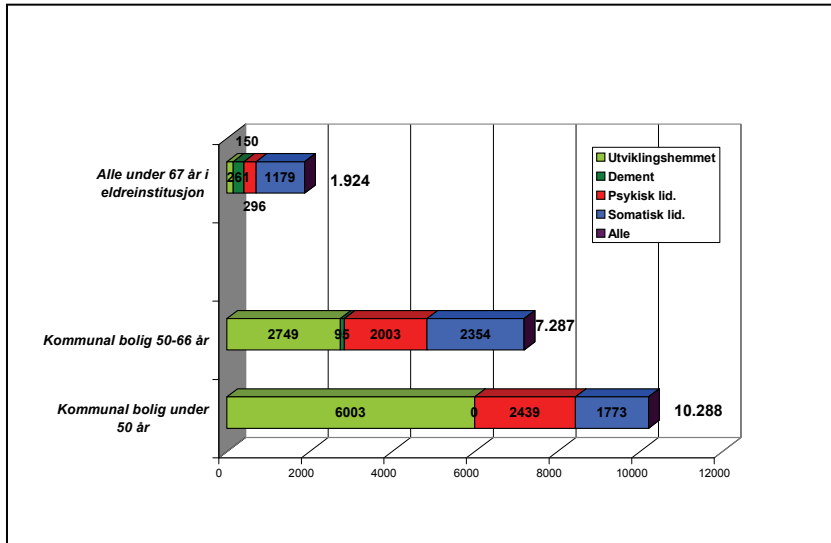
I de kommunale boligene til pleie- og omsorgsformål dominerer de *utviklingshemmede* som beboergruppe med 8.750 personer og hvorav 6.000 eller 2 av 3 er under 50 år. De demente er få og talte i 2006 ca. 100 personer i alderen 50-66 år, mens det var 261 demente i samme alder i eldreinstitusjoner, jf. figur 4.8.

Dernest befant det seg i 2006 nærmere 4.500 personer under 67 år med *psykiske lidelser* som hovedårsak til hjelpbehovet i de kommunale boligene. Og til slutt var det 4.100 personer under 67 år med *somatiske sykdom* som hovedårsak til hjelpebehovet.

Samlet fordelte de 17.575 personene under 67 år i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål slik at det var 50 prosent utviklingshemmede, 25,5 prosent med psykiske lidelser og 23,5 prosent med somatiske sykdommer, mens 0,5 prosent var demente.

⁵³ Vi har valgt å nytte tallene slik de umiddelbart går fram av beregningene uten avrunding eller drøfting av maksimums- eller minimumsstørrelser. Slik sett er det lettere å relatere tallene i figurene til talloppgavene i tabellene. Vi pretenderer imidlertid ikke å utlegge de beregnede størrelsene som eksakte, men bare som størrelsesordner.

Figur 4.8 *Personer under 67 år i eldreinstitusjoner og kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål fordelt etter hovedårsak til hjelpebehovet. Absolutte tall 2006.*



Kilde: SSB 2008 og Helsetilsynet 2003

I eldreinstitusjoner

Her tar vi for oss alle under 67 år under ett. Slik det går fram av figur 4.8 er somatiske sykdommer hovedårsaken til hjelpebehovet for i underkant av 1.200 av de vel 1.900 som hadde plass i eldreinstitusjoner i 2006, mens resten besto av ca. 300 med psykiske lidelser, 260 demente og 150 utviklingshemmede. Det er dem med somatiske sykdommer som er de mest framtreddende.

4.5.5 Personer under 67 år med sentrale somatiske enkeltårsaker til hjelpebehovet

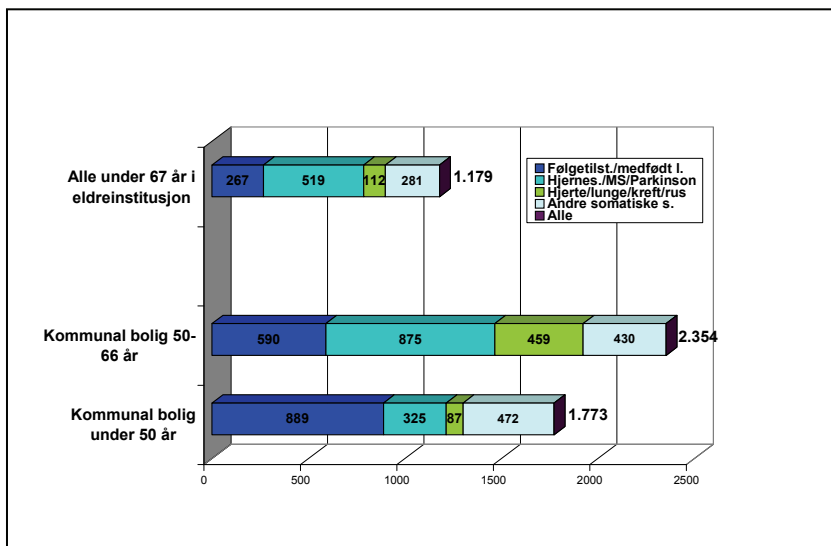
I eldreinstitusjoner

Blant personer under 67 år i institusjon er det om lag 270 som er kjennetegnet ved *senfølger av omfattende skade* eller *medfødt annen funksjonshemming* (enn utviklingshemming) samtidig som ca. 520 har *sentralnervesystemrelaterte sykdommer* som Parkinson, MS og hjerneslag, jf. figur 4.9. Disse fem diagnosene omfatter nesten 800 av de henimot 1.200 med somatiske sykdommer i eldreinstitusjon. Vi formoder at det ofte dreier seg om personer med omfattende hjelpebehov. Det kommer vi tilbake til i kapittel 5.

I kommunale boliger

Også blant dem i kommunale boliger utgjør de nevnte fem diagnosegruppene et betydelig innslag både blant dem over og under 50 år, *relativt* oftest blant de yngste. Vi finner således respektive 600 og 900 personer med senfølger av omfattende skade eller medfødt annen funksjonshemming. Og i tillegg er det 1.200 som er rammet av hjerneslag/MR/Parkinson, derav 325 under 50 år. I alt er *nesten 2.700 personer under 67 år i kommunale boliger kjennetegnet ved disse nevnte fem diagnosegruppene*, eller 65 prosent av alle i kommunale bolig med somatisk sykdom. Vår hypotese at disse er vel så hjelpetrengende som utviklingshemmede i kommunale boliger.⁵⁴

Figur 4.9 *Personer under 67 år i eldreinstitusjoner og kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål med sentrale enkeltårsaker til hjelpebehovet fordelt etter type årsak. Absolutte tall. 2006.*



Kilde: SSB 2008 og Helsetilsynet 2003.

Hjerte/lunge/kreft og rus utgjør på sin side vel 500 tilfeller. Resten, eller 900 personer, har en rekke andre ulike somatiske plager som også kan medføre betydelige hjelpebehov, slik vi kommer tilbake til i kapittel 5.

⁵⁴ Vår undersøkelse fra 2005/2006 (Brevik og Høyland 2007) viste at utviklingshemmede i kommunale boliger i gjennomsnitt mottok 37 timer praktisk hjelp pr uke eller betydelig mer enn ett ordinært årsverk. Det siste kommer vi tilbake til i en egen beregning.

5 Om funksjonssvikt målt ved pleietyngde

Når vi skal vurdere omfanget i bruken av heimebaserte tjenester i ulike typer oppholdssted, er kunnskap om mottakernes funksjonsnivå av stor betydning. Innenfor et rasjonelt kommunalt tjenestesystem tar en også utgangspunkt i behov og legger grad av funksjonstap til grunn ved fordelingen av tjenester.

I tråd med tidligere analyser av dette materialet fra Helsetilsynets undersøkelse (Romøren 2003) nytter vi også her nytter vi Barthels ADL-indeks (Activities of daily living) som mål for funksjonssvikt⁵⁵. Dette er en ofte nyttet metode for å måle omfanget av funksjonssvikt i sentrale egenomsorgsfunksjoner som f. eks personlig stell, evne til å kle seg, spise samt gangførhet. Det er først og fremst mer omfattende funksjonssvikt som måles på denne måten.

Vi måler grad av funksjonstap i forhold til de funksjoner som Barthels ADL-indeks måler. I indeksen er nyttet 10 funksjoner knyttet til grad av bevegelseevne (a), evnen til å ivareta personlige gjøremål (b), kontroll av vannlating og avføring (c) og evne til å kle på seg og spise (d)⁵⁶. Ved hjelp av denne typen data vil vi kunne

⁵⁵ I IPLOS finnes det gode og omfattende data om ulike mål for funksjonstap hos brukeren av pleie- og omsorgstjenester. Disse var imidlertid ikke tilgjengelige for oss da prosjektet startet. Dessuten foreligger det ikke mulighet til å kople disse data til hovedårsak til hjelpebehovet hos brukerne, fordi disse foreløpig ikke foreligger i IPLOS. Dette er det sentrale for oss og vi er dermed henvist til data fra Helsetilsynets undersøkelse i 2003.

⁵⁶ I tilknytning til tidligere analyser har vi utarbeidet en detaljert oversikt og en konkret funksjonell beskrivelse av ulike nivåer for funksjonstap (Barthels ADL-indeks) eller pleietyngde (Brevik 2007c). Her har vi gjort rede for konstruksjon av indeksen og rangering etter grad av funksjonstap i ulike grupper samt beskrivelse av funksjonsnivået. Vi minner om at de mer praktiske og huslige dagligdagse gjøremålene (foreta innkjøp, lage mat og ulike husholdsoppgaver) ikke

NIBR-rapport:2010:2

analysere i *hvilken grad* de ulike beboerne under 67 år er funksjonshemmet og hvor store hjelpebehovene er.

Slik vi har nyttet indeksen, tiltar grad av funksjonstap med tiltakende skåre på indeksen, som går fra 0 til 20. Funksjonsnivå og hjelpebehov nyttes i det følgende som synonyme begreper.

5.1 Grad av funksjonstap etter hovedårsak til hjelpebehovet i kommunale boliger

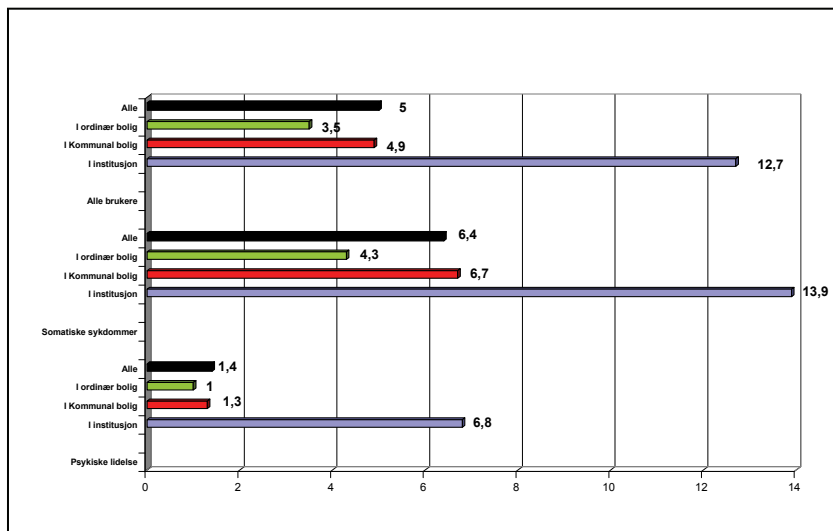
5.1.1 Grad av funksjonstap blant personer med psykiske lidelser og somatiske sykdommer etter type oppholdssted

Vi skal her konsentrere oss om de nest største brukergruppene blant de yngste i kommunale boliger som er personer med somatisk sykdom og psykiske lidelser. De utviklingshemmede - som er den største gruppen - skal vi komme tilbake til når vi ser på hjelpebehovene i forhold til antall timer mottatt hjelp per uke. Det fordi utviklingshemmede bistandsbehov ikke bare er bestemt av den type funksjonsnedsettelse som måles ved Barthels ADL-indeks, men også av det forhold at en er utviklingshemmet, med de ekstra behov for bistand som i ulik grad følger av det.

Innledningsvis gir vi en samlet oversikt over gjennomsnittlig skåre i Barthels pleieindeks både hos yngre i eldreinstitusjoner og kommunale boliger etter to hovedårsaker til hjelpebehovet. Resultatene går fram av figur 5.1.

er omfattet av indeksen og at den som nevnt måler mer omfattende funksjonstap.

Figur 5.1 *Gjennomsnittlig skåre i Barthel ADL-indeks blant brukere under 67 år. Brukere med psykiske lidelser eller somatiske sykdommer som hovedårsak til hjelpebehovet. I ordinær eller i kommunal bolig eller institusjon. 2003.*



Kilde: Helsetilsynet 2003

Generelt er det slik at brukere i pleie- og omsorgstjenestene som bor heime jevnt over er dem med minst hjelpebehov. Personer i kommunale boliger har i alle aldersgrupper jevnt over noen større grad av funksjonsnedsettelse, mens hjelpebehovene er størst blant dem som har opphold i institusjon, jf. figur 5.1.

Mens personer under 67 år i kommunale boliger i gj. sn skårer 4,9 poeng i Barthels pleieindeks er tilsvarende skåre 12,7 i eldreinstitusjoner, mot 3,5 blant personer 67 år+ i ordinær bolig. Undersøkelsen viser også at yngre i eldreinstitusjoner har noe større hjelpebehov enn eldre 67 år+ i institusjon.

Videre er det slik at de yngste, dvs. særlig brukere under 30 år, jevnt over har mest omfattende funksjonstap. Det gjelder særlig dem med somatiske sykdommer som hovedårsak til hjelpebehovet. Således skårer brukere i denne gruppa 9,4 i gjennomsnitt på Barthels pleieindeks. Men generelt er det slik at de yngste og til dels aldersgruppa 50-66 år jevnt over har noe større grad av funksjonstap enn gruppa 30-49 år.

At personer under 30 år, både i kommunale og ordinær boliger, har de største hjelpebehovene kan muligens tolkes dit hen at pleie- og omsorgstjenestene i de seinere åra har intensivert innsatsen slik at disse kan klare seg i egen bolig bedre enn tidligere tross betydelige funksjonstap?

5.1.2 Funksjonsnedsettelse blant beboere med psykiske lidelser og somatiske sykdommer etter alder

I denne sammenhengen har vi gruppert graden av funksjonstap blant de tyngste. Vi har karakterisert gruppa som skårer i intervallet 10-14 poeng i Barhels indeks som personer med 'store' funksjonstap⁵⁷.

Gruppa med skåre 15-20 poeng i Barthels ADL-indeks⁵⁸ er betegnet til å ha svært 'svært stort' funksjonstap. Dette er personer som nesten alle kan karakteriseres som *totalt hjelpeavhengige i alle basale funksjoner og dermed sterkt pleietrengende*.

Fra andre analyser vet vi at *utviklingshemmede* jevnt over har betydelige ADL-tap og omfattende bruk av heimebaserte tjenester (Brevik og Høyland 2007). Vi vet imidlertid mindre om øvrige funksjonshemmede under 67 år. Men det er rimelig grunn til å anta at hjelpebehovene blant dem med somatiske lidelser er mer omfattende enn de eldres og antakelig jevnt over større enn blant utviklingshemmede, særlig blant de yngste under 67 år.

Hensikten med denne gjennomgangen er ikke bare å gjøre rede for grad av funksjonstap blant brukerne i seg sjøl, men å dokumentere

⁵⁷ "De aller har fleste betydelige problemer med å forflytte seg og 3 av 4 kan overhodet ikke gå i trapp, mens hver tredje enten må bruke rullestol eller ikke klare å flytte seg sjøl på golvplan. Forflytning mellom stol og seng er problematisk for de fleste. Hver tredje kan kun sitte med mye hjelp ... Samtlige må ha hjelp til bading og personlig hygiene og nesten alle trenger hjelp noe eller mye hjelp på toalettet. ... Samtlige trenger hjelp til påkledding og 7 av 10 til det meste, mens halvparten trenger noe hjelp til å spise. Gjennomsnittet for sykehjemspasienten befinner seg i dette området (Romøren og Svorken 2003)".

⁵⁸ Vi har tidligere beskrevet hva som konkret kjennetegner denne gruppa, og gjengir her:
"Omtrent samtlige har helt ut behov for hjelp til alle de basale funksjonene for å kunne eksistere i live. Evnen til å bevege seg og stelle seg er borte for omtrent samtlige. Bare noen få har enda inntakt den første av de nevnte funksjonene de ervervet som barn, det å spise på egen hand idet 9 av 10 trenger hjelp til å spise, og halvparten er helt avhengig av hjelp for å få i seg mat" (Brevik 2007c).

i hvilken grad kommunale boliger har en pleie- og omsorgsfunksjon for personer med til dels omfattende funksjonstap.

1. Psykiske lidelser

Personer med psykiske lidelser har i hovedsak i mindre grad behov knyttet til tap av evne til å gjennomføre de personlige funksjonene og gjøremålene som måles ved Barthels ADL-indeks sammenliknet med brukere med somatiske sykdommer, og antakelig har svært få f. eks nedsatt bevegelsesevne.

Tabell 5.1 *Grad av funksjonstap hos personer med somatiske sykdommer og psykiske lidelser etter hovedårsak til hjelpebehovet i ulike aldersgruppering av brukerne og etter om de bor i eldreinstitusjon eller kommunale boliger. Gjennomsnittelig skåre i Barthels ADL-indeks samt prosentvis andel med stort eller svært stor grad av funksjonstap. 2003.*

	Psykisk lidelser – gj. sn. og andel m. stor/svært stor grad av funksjonstap			Somatisk sykd. – gj. sn. og andel m. stor/svært stor grad av funksjonstap		
	Gj. sn.	Stor %	Svært s %	Gj. sn.	Stor %	Svært s %
I institusjon						
0-49 år	8,0	0	33	16,8	4	83
50-66 år	6,6	24	10	12,9	28	45
0-66 år	6,8	21	13	13,9	22	55
Kommunal bolig						
0-49 år	1,1	1	0	7,6	9	27
50-66 år	1,5	1	0	6,2	11	14
0-66 år	1,3	1	0	6,7	10	19

Kilde: Helsetilsynets undersøkelse 2003.

Samtidig minner vi om at det her er tale om psykisk lidelse som *hovedårsak* til hjelpebehovet. Det forhindrer ikke at evnen til mer egenomsorgspregete oppgaver i forhold til personlig basalfunksjoner *samtidig* kan være svekket.

Det vil antakelig mest gjelde dem som bor i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål. Her vil vi kunne anta at også behovet for

organisert praktisk hjelp nært i hverdagen kan være en del av grunnlaget for at en har fått kommunal bolig.

Personer i *kommunale boliger* under 67 år med psykiske lidelser som hovedårsak til hjelpebehovet, har i gjennomsnitt liten grad av nedsatt funksjonsevne i forhold til ADL-funksjoner. Og ingen har stor grad av funksjonsnedsettelse i forhold til ADL-funksjoner målt ved Barthels indeks, jf. tabell 5.1.

Blant de relativt få personer under 67 år med psykiske lidelser som hovedårsak til hjelpebehovet som befant seg i *eldreinstitusjoner* i 2006, var det imidlertid et ikke ubetydelig innslag av personer med nedsatt evne til personlig egenomsorg, der omlag en av tre har store/svært store hjelpebehov knyttet til ADL-funksjoner, jf. tabell 5.1. Det kan tyde på at det nettopp er svikt i klassisk funksjonell ADL-forstand som sammen med andre forhold knyttet til de psykiske lidelsene som ligger til grunn for plasseringen i institusjon.

2. Somatiske sykdommer

I kommunale boliger

Grad av funksjonstap blant dem med *somatiske sykdommer* som hovedårsak til hjelpebehovet, er vesentlig mindre blant dem under 67 år i kommunale boliger enn i eldreinstitusjoner, jf. tabell 5.1. Her skårer disse i gjennomsnittet 6-7 poeng i Barthels ADL-indeks, mot 13,9 poeng blant dem med plass i eldreinstitusjoner.

Men innslaget av personer med betydelige funksjonstap er likevel ikke ubetydelig, i det 2 og 1 av 10 har svært store eller stor grad av funksjonstap, jf. tabell 5.1. Og andelen med stor grad av funksjonstap er noe større blant dem under enn over 50 år.

Om vi regner om i forhold til alle med somatiske sykdommer og med svært stor/stor grad av funksjonsnedsettelse, dreide det seg i 2006 i alt om ca. 1.200 personer 67 år under i kommunale boliger. Det viser at kommunale boliger kan fungere også for personer med omfattende funksjonstap.

I eldreinstitusjoner

De fleste under 67 år med somatiske sykdommer i eldreinstitusjoner er svært hjelpetrengende. I 2003 skårte pasienter under 50 år i gjennomsnitt 16,8 poeng på Barthels ADL-indeks. Og 8 av 10 plasserer seg i gruppa målt som vi har betegnet ved 'svært stor' grad av funksjonsnedsettelse, med 15-20 poeng i Barthels ADL-

indeks, jf. tabell 5.1. Dette er personer som nesten alle kan karakteriseres som *totalt hjelpeavhengige i alle basale funksjoner og dermed sterkt pleietrengende*.

Men også blant dem 50-66 år hadde 45 prosent svært stor grad av funksjonsnedsettelse og tilsvarende store hjelpebehov. Det betyr omregnet at vel *halvparten* av de nærmere 1.200 under 67 år med somatiske sykdommer i eldreinstitusjoner i 2006 er totalt hjelpeavhengige. Og ytterligere vel 20 prosent har store funksjonstap. Til sammen var 3 av 4 personer under 67 år, eller ca. 900 karakterisert ved betydelige funksjonstap der antakelig de aller fleste av dem hadde hjelpebehov på linje med eller større enn en ordinær eldre sykehjemspasient.

Således var det blant personer under 67 år med somatiske sykdommer og med store eller svært store funksjonstap 900 som befant seg i eldreinstitusjoner og ca. 1.200 i kommunale boliger i 2006, dvs. at i overkant av 40 prosent av de med størst hjelpebehov var plassert i eldreinstitusjoner.

Sett i forhold til den relativt langt større kapasiteten i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål, kan det i utgangspunktet hevdes at dette er en høy andel i institusjoner, sjøl om hjelpebehovene jevnt over er omfattende. I tillegg er innslaget av dem med *svært store* hjelpebehov relativt sett langt større blant dem i eldreinstitusjoner. Men hvorfor de er plassert i institusjon, er et spørsmål som bare kan besvares når en har kunnskap om en lang rekke andre forhold enn aleine grad av funksjonsnedsettelse.

5.2 Med spesifiserte somatiske sykdommer etter hovedårsak til hjelpebehovet

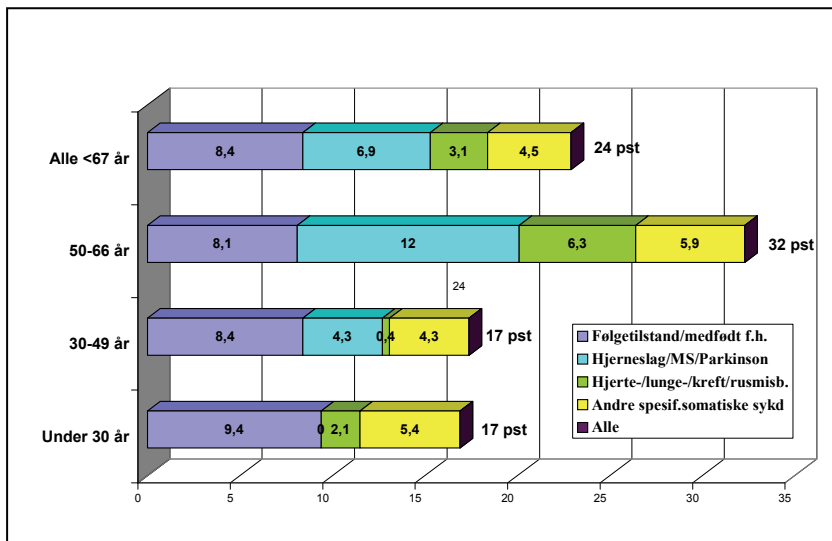
Siden de somatiske sykdommene er den nest største årsaksgruppa, og fordi personer med slike sykdommer ofte har stor grad av funksjonsnedsettelse, vil vi se nærmere på disse.

Vi har delt dem inn i de fire hovedgrupper. Og først vil vi vise hvor stor *andel* av beboere i kommunale boliger som hadde disse somatiske diagnosene som hovedårsak til hjelpebehovet. Dette igjen for å dokumentere de kommunale boligenes funksjon og betydning for personer med jevnt over omfattende helseproblemer. Igjen nytter vi data fra Helsetilsynets undersøkelse 2003.

5.2.1 Andel med ulike spesifiserte somatiske sykdommer som hovedårsak til hjelpebehovet blant beboere i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål

Somatiske sykdommer og ofte somatisk betingete skader var hovedårsak til hjelpebehovet for hver fjerde beboer og derfor en vesentlig del av forklaringen på at yngre personer er bosatt i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål.

Figur 5.2 *Personer under 67 år i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål. Andel med somatiske sykdommer av ulike typer etter alder. 2003.*



Kilde: Helsetilsynet 2003

Og her dreier det seg i 6 av 10 tilfeller om sykdommer og skader som er ofte relatert til sentralnervesystemet. Det gjelder følgetilstander etter omfattende skade (1), medfødt funksjonshemming annen enn utviklingshemming (2), hjerneslag (3) og multiple sklerose (4) som til sammen omfatter 15,3 prosent, mot 24 prosent med somatiske sykdommer i alt. Innslaget av de to første diagnosegruppene er det samme (8,4 prosent) blant alle under 67 år uavhengig av aldersgruppering, jf. figur 5.2. Andelen med hjerneslag og MS er imidlertid rimeligvis mindre blant de yngste sammenliknet med de eldste under 67 år.

Det gjør at andelene med hovedårsak til hjelpebehovet utgått fra disse 4 diagnosene er vel dobbelt så stort blant dem 50-66 år sammenliknet med dem under 30 år, respektive 9 st og 20 prosent, jf. figur 5.2.

5.2.2 Grad av funksjonstap hos beboere i kommunale boliger etter ulike spesifiserte somatiske sykdommer

I institusjon

Blant personer under 50 år med plass i eldreinstitusjoner og med somatiske sykdommer som hovedårsak til hjelpebehovet, er *de fleste omtrent totalt hjelpeavhengige* og skårer i gjennomsnitt 18 poeng i Barthels ADL-indeks, bortsett fra gruppa med hjerneslag/MS/-Parkinson, hvor gjennomsnittet er 13,2 poeng, jf. tabell 5.2. Men samtidig er det slik at 2 av 3 med disse diagnosene befinner seg i gruppa med 'svært stor' grad av funksjonsnedsettelse, dvs. med 15+ poeng i Barthel ADL-indeks (går ikke fram av tabell 5.2)⁵⁹. De yngste i eldreinstitusjoner er nærmest alle som en svært funksjonshemmet.

Tabell 5.2 *Grad av funksjonstap hos personer med spesifiserte somatiske sykdommer etter hovedårsak til hjelpebehovet i ulike aldersgruppering av brukerne etter om de bor i eldreinstitusjon eller kommunal bolig. Gjennomsnittelig skåre i Barthels ADL-indeks.*

	Følgetilstand etter skade/ Medf. funkh.	Hjerneslag/ MS/ Parkinson	Hjerte/- lunge- sykd./ kreft/Rus	Andre somatiske sykdom
I institusjon				
0-49 år	18,1	13,2	20,0	18,0
50-66 år	11,9	14,3	10,5	13,5
0-66 år	14,6	14,1	11,9	15,1
Kommunal bolig				
0-49 år	8,5	11,9	4,6	6,1
50-66 år	8,3	9,7	2,2	4,8
0-66 år	8,4	10,3	2,9	5,4

Kilde: Helsetilsynets undersøkelse 2003.

⁵⁹ Vi viser her til Brevik 2008b. Dette gjelder all omtale av *andeler* med 'stor/-svært stor' grad av funksjonstap, jf. Brevik 2008b, kapittel 4.4.4 tabell 4.10 og 4.11.

Også blant personer 50-66 år har de fleste betydelige funksjonstap nærmest uavhengig av særskilte somatisk hovedårsak til hjelpebehovet. Grupper *hjerneslag/MS/Parkinson* skårer imidlertid noe høyere og har det største innslaget av personer som har stor/svært stor grad av funksjonsnedsettelse, idet dette gjelder nesten 9 av 10, jf. tabell 5.2, mens det samme gjelder vel 6 av 10 blant dem med følgetilstand av omfattende skade/medfødt funksjonshemming annet enn utviklingshemming og gruppa hjerte-/lungelidelse-/kreft/rus. Dette viser at også i alderen 50-66 år har de fleste jevnt over til dels store funksjonstap og tilsvarende hjelpebehov når de er plassert i eldreinstitution.

I kommunale boliger

Som tidligere nevnt, er det betydelig færre med omfattende funksjonsnedsettelse blant dem med somatiske sykdommer når disse bor i kommunal bolig sammenliknet med i eldreinstitution, idet skåren på Barthels ADL-indeks jevnt over er halvert, jf. tabell 5.2.

Blant personer under 50 år i kommunale boliger er det imidlertid betydelig variasjon i grad av funksjonstap etter somatisk diagnosegruppe. Det er klart flest store funksjonstap blant dem med hjerneslag/MS/Parkinson og i gruppa følgetilstand/medfødt funksjonshemming. Samtidig utgjør disse to hovedgruppene 2/3-deler av dem under 50 år med somatiske sykdommer bosatt i kommunal bolig, jf. figur 4.9. I den førstnevnte har 6 av 10 svært stor grad av funksjonsnedsettelse. Det viser bl. a. at det for en god del er mulig å bo i egen kommunal bolig med omfattende funksjonstap.

Personer 50-66 år med somatisk sykdom som hovedårsak til hjelpebehovet, har jevnt over mindre grad av funksjonsnedsettelse målt med Barthels ADL-indeks enn dem under 50 år. Men det varierer betydelig etter type somatisk diagnose, jf. tabell 5.2.

Personer 50-66 år med følgetilstand/medfødt funksjonshemming og dem hjerneslag/MS/Parkinson har nesten samme omfang av funksjonsnedsettelse som dem under 50 år. I sistnevnte hoveddiagnosegruppe har halvparten stor/svært stor grad av funksjonsnedsettelse. Dette er samtidig grupper som utgjør vel 60 prosent av dem med somatiske sykdommer 50-66 år i kommunale boliger.

I de to øvrige somatiske hoveddiagnosegruppene er det relativt lite innslag av personer med noe særlig nedsatt ADL-funksjonstap, noe som med rimelighet noen ganger følger av type diagnose – hjerte-/lunge/kreft/rus, jf. tabell 5.2.

Poenget er likevel at det også blant personer 50-66 år med somatiske sykdommer som hovedårsak til hjelpebehovet, er et betydelig innslag av beboere med omfattende hjelpebehov i disse boligene. Det synes derfor slik at kommunal bolig kan erstatte eldreinstitution som boform for de fleste uavhengig av diagnose og grad av funksjonstap. Og det er i boligene de fleste bor. Like fullt finner vi *relativt sett* flest med de største funksjonsnedsettelsene i eldreinstitutioner både blant personer 50-66 år og under 50 år.

5.3 Hjelpebehov målt ved omfang i bruk av heimebaserte tjenester per uke

Opplysningene om bruk av heimebaserte tjenester (hjemmehjelp og/eller hjemmesykepleie) angitt ved antall timer i alt per uke, vil vi nytte som en konkretisering og utdyping av de mål for hjelpebehov som Barthels ADL-indeks gir.

Vi har i andre sammenhenger analysert omfanget av bruk av heimebaserte tjenester i *kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål* (Brevik og Høyland 2007, Brevik 2008b). Her har det gått fram at utviklingshemmede har den mest omfattende bruken av slike tjenester. Deretter følger de med somatiske sykdommer og plager, mens de med psykiske lidelser rimeligvis har en mindre bruk. På grunnlag av tidligere analyser er vår hypotese at bruken av heimebaserte tjenester tiltar med avtakende alder.

5.3.1 Omfang av hjelp etter hovedårsak til hjelpebehovet

Vi har i avsnitt 5.1 vist til at personer med somatiske sykdommer jevnt over har mer omfattende funksjonstap enn utviklingshemmede, også når en er bosatt i kommunal bolig. Dette har vi gjort utførlig rede for annet sted⁶⁰ Men som forventet, får utviklingshemmede tilført vesentlig mer hjelp, sjøl om de funksjonstap som måles ved Barthels pleieindeks er noe lavere. Dette bl.a. fordi Barthels ADL-indeks ikke fanger opp alle hjelpebehov som avledes av det å være utviklingshemmet, dvs. å ha kognitiv svikt i tillegg til de behov som følger av funksjonsnedsettelse i ADL-egenomsorgsfunksjoner.

⁶⁰ Vi viser til Brevik 2008b, kapittel 4.4.2, tabell 4.8v.

Og den faktiske bruken av heimebaserte tjenester blant utviklingshemmede og dermed hjelpebehovene, vil således ofte overskride det som følger av behov målt ved Barthels ADL-indeks. I gjennomsnitt mottok utviklingshemmede i 2003 samlet hjelp fra de heimebaserte tjenestene med 27 timer brukerretta hjelp per uke, jf. tabell 5.3. Det er dobbelt så mye som for dem under 67 år med somatiske sykdommer og vel 3 ganger så mye som blant dem med psykiske lidelser som hovedårsak til hjelpebehovet.

Dette viser samtidig at det er svært nødvendig med kunnskap om hovedårsak til hjelpebehovet når en skal vurdere en gitt størrelse i omfanget i bruken av heimebaserte tjenester. Dette momentet er så langt (2008/2009) ikke på plass i IPLOS-rapporteringen.

Tabell 5.3 *Bruk av heimebaserte tjenester blant personer under 67 år i kommunale boliger etter hovedårsak til hjelpebehovet i tre grupper og alder. Samlet brukerretta hjelp per uke fra hjemme-hjelp og/ eller hjemmesykepleie i gjennomsnitt samt andel med lite (< 2 t. per uke) og mye hjelp (22 t.+).*

Bruk av heimebaserte tjenester	Gjennomsnittelig antall timer per uke og andel med stor/liten bruk av heimebaserte tjenester				
	Mål for bruk av tjenestene	Gj. sn.	Andel mye %	Andel lite %	Alle (n)
Utviklingshemmet					
0-49 år	28	54	7	218	
50-66 år	24	49	10	111	
0-66 år	27	50	8	329	
Psykiske lidelser					
0-49 år	9	13	41	115	
50-66 år	7	2	41	103	
0-66 år	8	8	41	218	
Somatiske sykdommer					
0-49 år	17	27	19	70	
50-66 år	10	11	32	114	
0-66 år	13	17	27	184	

Kilde: Helsetilsynets undersøkelse 2003

Resultatene i tabell 5.3 viser i klartekst at det vil være *sterkt misvisende* å framstille omfanget i bruken av slike tjenester aleine etter alder *uten å bringe inn sammensetning av brukergroppene etter hovedårsak til hjelpebehovet* siden variasjonene er radikalt store.

Gjennomsnitt kan dessuten dekke over ulike fordelinger i bruken fra lite til mye. Derfor føyer vi her til hvor stor andel av brukeren som har et lavt og et høyt forbruk av tjenester.⁶¹

Det er dobbelt så mange med omfattende hjelp (22t+) blant utviklingshemmede som blant brukere under 67 år med somatiske plager, respektive 50 % og 27 %, jf. tabell 5.3. Blant personer med psykiske lidelser er det bare 8 % som har så vidt omfattende bruk av heimebaserte tjenester når de bor i kommunal bolig.

Disse markante forskjellene etter hovedårsak til hjelpebehovet blir særlig tydelig når vi sammenlikner andelen med lite hjelp per uke. Mens 4 av 10 har lite omfattende hjelp blant dem med psykiske lidelser, gjelder det i underkant 1 av 10 blant utviklingshemmede, mens personer med somatiske sykdommer plasserer seg midt i mellom, jf. tabell 5.3.

Videre er det slik at beboere under 50 år jevnt over bruker ett større omfang av tjenester enn dem 50-66 år. Det gjelder for alle de tre hovedårsaksgruppene, men forskjellene er ikke uttalte, bortsett fra yngre beboere med somatiske sykdommer. Blant disse var andelen med omfattende hjelp og antall timer samlet hjelp per uke vesentlig høyere blant de yngste idet de i gjennomsnitt mottok 17 t. per uke i 2003, mot 10 t. blant personer 50-66 år, jf. tabell 5.3. Dette er betydelig sjøl sammenliknet med utviklingshemmede. Derfor vil vi se nærmere på dem med somatiske sykdommer som hovedårsak til hjelpebehovet.

5.3.2 Omfang av hjelp fra heimebaserte tjenester etter ulike somatiske hovedårsaker til hjelpebehovet

Vi ønsker å få brakt på det rene hvorvidt hjelpebehov og dermed bruken av kommunale heimebaserte tjenester i kommunale boliger blant personer under 67 år med *somatiske sykdommer* varierer vesentlig etter hvilken særlig diagnosegruppe en hører heime i.

I gjennomsnitt er bruken av heimebaserte tjenester mest omfattende blant dem med hjerneslag/MS/Parkinson som hovedårsak til hjelpebehovet, jf. tabell 5.4. Disse mottok i 2003 15 t per uke.

⁶¹ Lavt og høyt forbruk er målt ved dem som respektive mottar 1-2 t pr uke, og dem som har mer enn 21 timer pr uke, dvs. beregnet i gjennomsnitt som mer enn 3 timer pr dag i alle ukedagene.

Blant dem under 50 år ble det ytt 23 t per uke. Det er igjen godt over ett årsverk per person.

Det bekrefter igjen at det er positiv sammenheng mellom 'tunge' diagnoser og faktisk ressursbruk. Og det viser samtidig at det er mulig å beregne hvor stor del av den samlede ressursbruken som faller på ulike brukergrupper.

Tabell 5.4 *Bruk av heimebaserte tjenester blant personer under 67 år i kommunale boliger med somatiske sykdom som hovedårsak til hjelpebehovet fordelt på fire somatiske undergrupper etter diagnose og alder. Samlet brukerretta hjelp per uke fra hjemmehjelp og/eller hjemmesykepleie i gjennomsnitt samt andel med lite (<2 t. per uke) og mye hjelp (22 t.+).*

Bruk av heimebaserte tjenester	Gj. sn. antall timer per uke og andel med stor/liten bruk av heimebaserte tjenester			
	Gj. sn.	Andel mye %	Andel lite %	Alle (n)
Følgetilstand/medfødt				
0-49 år	13	30	13	40
50-66 år	14	23	29	31
0-66 år	13	27	20	
Hjernes./MS/Parkinson				
0-49 år	23	50	13	16
50-66 år	12	11	17	47
0-66 år	15	21	16	
Hjerte/lunge/kreft/rus				
0-49 år	13	20	60	5
50-66 år	5	0	52	25
0-66 år	6	3	53	
Andre somatiske sykd.				
0-49 år	12	22	22	18
50-66 år	10	14	32	22
0-66 år	11	18	28	

Kilde: Helsetilsynets undersøkelse 2003.

Men også blant dem med følgetilstand etter omfattende skade/-medfødt funksjonshemming er bruken nokså omfattende. Og det er vel så mange her som befinner seg blant dem med omfattende hjelp (22 t +per uke) som i førstnevnte gruppe. I samlegruppa 'andre somatiske sykdommer' er gjennomsnittelig bruk noe lavere og det samme er innslaget av beboere med omfattende bruk.

Gruppen med hjerte-/lungelidelser/kreft og rusproblemer skiller seg ut ved relativt liten bruk av heimebaserte tjenester, og særst få med omfattende slik hjelp, jf. tabell 5.4.

Bortsett fra disse - som utgjør relativt få av alle med somatiske sykdommer - er bruken av heimebaserte tjenester noenlunde jevnt fordelt, sjøl om personer med sykdommer/skader som ofte er knyttet til sentralnervesystemet, har et noe mer omfattende behov.

Det betydelige større innslaget av brukere med omfattende hjelpebehov og faktisk bruk av hjelp blant personer med somatiske sykdommer under 50 år sammenliknet med de øvrige, gjentar seg også når vi går ned på diagnosegrupper, bortsett fra dem med følgetilstand av omfattende skade/medfødt funksjonshemming, der forskjellene rimeligvis ikke er vesentlig forskjellig etter alder blant personer under 67 år. Blant en del av de øvrige er imidlertid de aldersbetingete forskjellene til dels betydelige.

Dette materialet gir få inntak til å drøfte grunnene til dette. Vi må her nøye oss med å konstatere. Det er imidlertid mulig å analysere variasjonen i tilgangen på hjelp blant disse i henhold til ulike grader av funksjonstap, for slik å kunne gi noe nærmere svar på de observerte forskjellene. Det siste skal vi kortfattet gjøre her til slutt.

5.4 Timebruk i heimebaserte tjenester etter hovedårsak til hjelpebehovet, grad av funksjonstap og alder.

Vi har i kapittel 7.4 vist at brukere under 67 brukere i 2006 med somatiske sykdommer og psykiske lidelser under ett i gjennomsnitt fikk 0,39 årsverk per bruker blant, mens bruker 67 år+ under ett mottok 0,22 årsverk per bruker. Det er m.a.o. vesentlig mindre, sjøl når vi holder utviklingshemmede utenom.

Det er blitt hevdet at eldre brukere under ellers like vilkår får mindre hjelp i de heimebaserte tjenestene enn yngre brukere. Det vil bl. a si med samme grad av funksjonstap eller hjelpebehov.

En rimelig god analyse av dette spørsmålet vil bl. a. måtte innbefatte kunnskap om hva som er med og bidrar til 'under ellers like vilkår'. Det fordrer på den ene sida gode mål for hjelpebehov i forhold til de tjenester som de kommunale heimebaserte tjenestene er innrettet mot å yte. Og det fordrer kunnskap om den enkeltes livs-

situasjon, boforhold (tilrettelagt bolig eller ikke), muligheter til egenomsorg (bruk av tekniske hjelpemidler), men framfor alt tilgangen på uformell og privat omsorg.

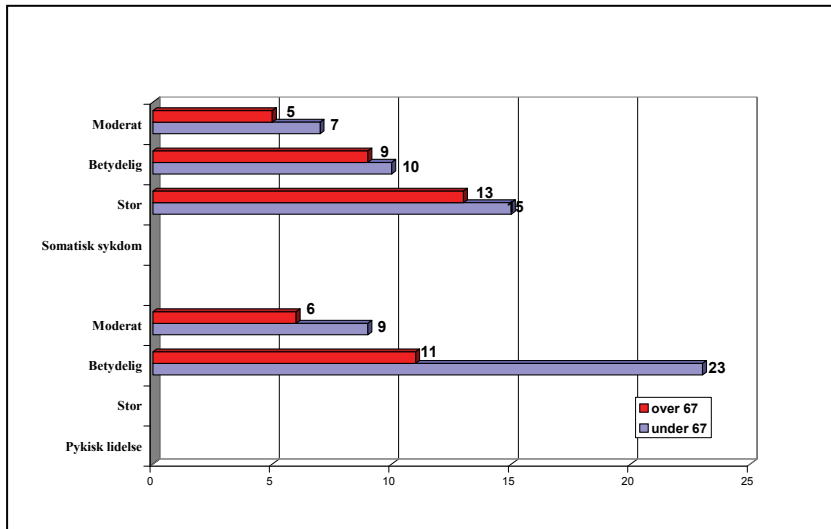
En slik analyse er m.a.o. betinget av en rekke relevante opplysninger og data og kan best analyseres ved bruk av et sett av variabler i regresjonsanalyse.

Vi vil her måtte nøye oss med en enkel analyse, der vi nytter årsak til hjelpebehovet og funksjonstap målt ved Barthels pleieindeks som 'korrigerende' mål, samt at vi standardiserer for alder ved bruk av aldersgrupper. Resultatet går fram av figur 5.3.

Vi har utelatt utviklingshemmede i denne oversikten siden det er så få slike brukere 67 år+. Vi har holdt oss til brukere i kommunale boliger for å redusere noe av den effekten tilgang på privat omsorg nødvendigvis må ha på nivået for den offentlige. Og vi har standardisert noe for grad av faktiske behov/funksjonstap ved å dele brukerne inn etter hvorvidt de har store, betydelige eller moderate funksjonstap.

For brukere med *psykiske lidelser* synes det klart at brukere under 67 år får vesentlig mer hjelp per uke enn eldre, jf. figur 5.3. Samtidig er det slik at det er en rekke forhold knyttet til det å ha omfattende psykiske problemer som ikke fanges opp av en indeks basert på basale egenomsorgsfunksjoner, f. eks av sosial art. Disse kan tenkes å være mer omfattende blant yngre brukere sammenliknet med eldre, som sannsynligvis er eksponert mot f. eks færre livsområder enn yngre. Vi kan i alle fall ikke på grunnlag av disse resultatene konkludere sikkert med at yngre med psykiske lidelser under ellers like vilkår får mer omfattende hjelp i de heimebasert tjenestene enn eldre i samme sykdomsgruppe.

Figur 5.3 *Bruk av heimebaserte tjenester blant personer under 67 og over 67 år i kommunale boliger etter hovedårsak til hjelpebehovet i to grupper og etter alder. Samlet hjelp per uke fra hjemmehjelp og/ eller hjemmesykepleie i gjennomsnitt.2003*



Kilde: Helsetilsynets undersøkelse 2003

Blant brukere med somatiske sykdommer er det også en mindre forskjell mellom yngre og eldre brukere innenfor de tre grupperingen av funksjonstap. De yngre får jevnt over 1-2 timer mer per uke enn eldre. Dette er imidlertid ikke vesentlig og kan kanskje tenkes å skyldes at yngre brukere er eksponert mot flere virksomhetsområder enn eldre, som f. eks utdanning, arbeid og sosiale aktiviteter og som også trenger til støtte gjennom de heimbaserte tjenestene.

For å kunne besvare spørsmålet om yngre brukere under ellers like forhold får mer hjelp enn eldre - dvs. er reelt forfordelt - fordres et analysemateriale der det er mulig å anvende regresjonsanalyse, der en m.a.o. kontrollerte for mulige faktorer som kan påvirke utfallet. IPLOS-data inneholder data som gjør en slik analyse mulig. Disse har vi som tidligere nevnt, ikke hatt adgang til i dette prosjektet.

Det kan også være andre årsaker til ulik ressursbruk blant yngre og eldre brukere på tross av samme skåre i pleieindeks og til tross for at alle generelt er underlagt den samme lovgivning og har de samme formelle rettigheter. Her vil vi nevne at yngre brukere f. eks langt oftere har *støttekontakt* samtidig som en mindre del har en

nokså kostnadskrevene brukerstyrt personlig assistanse, sjøl om dette ikke inngår i registrerte timer i heimebaserte tjenester i 2003.

Men kanskje aller viktigst er ordningen med statlige overføringer til kommunene som tilskudd til drift av tjenester gjennom *toppfinansieringsordningen for særlig ressurskrevende brukere*⁶². Denne ordningen gjelder imidlertid bare brukere under 67 år. Den gjør det mulig for kommunene å gi hjelp i et betydelig større omfang enn hva som hadde vært mulig uten denne ordningen. Hvor mye hjelp som finansieres gjennom denne ordningen kan beregnes med nødvendig nøyaktighet for å belyse den betydning den samlet har for nivået i de heimebaserte tjenestene.

Med omlag 3. milliarder overført til kommunene i 2008, vil disse midlene direkte brukt i brukerratta virksomhet, med kostnader satt til 500.000 kr per årsverk (jf. kapittel 7.4), rekke til ca. 6.000 årsverk. Til sammenlikning ble det i 2007 utført i alt 38.000 årsverk i heimebaserte tjenester til brukere under 67 år, jf. kapittel 7.3. Det betyr at disse spesifikke statlige midlene finansierte anslagsvis maksimum 7 prosent av det samlede nivå på ressursinnsatsen i de heimebaserte tjenestene til yngre brukere i 2008.

De kommunale pleie- og omsorgstjenestene er bygget opp i et klima betydelig preget av retorikk rundt 'eldreomsorg'. Sjøl om det har vært en vesentlig økning i innsatsen per yngre bruker de seinere åra, har antakelig de yngres behov over lang tid i noen grad vært i konflikt med denne retorikken. Kommunene har imidlertid nå jevnt over utviklet omsorgstjenestene så vidt balansert at det ikke lenger er grunn til å sette aldersgrupper opp mot hverandre. De eldre har ingen sær-legitimitet i kraft av den politisk populistisk forenkla fokusering. De unges bruk er imidlertid like legitim, sjøl om de oftest er drevet fram av fagprofesjonene i kommunene. Sentralpolitikerne har imidlertid ofte holdt seg på betydelig avstand i forhold til yngre fysisk funksjonshemmede. Og de bør derfor etter vår vurdering inntil videre ligge relativt lavt i spørsmål om fordeling mellom aldersgrupper.

⁶² Vi viser her til St. prp. nr. 1 (2008-2009), KR D, s. 102. For 2008 ble det utbetalt 2.926 mill kr – en økning på 948 mill i forhold til 2007. I 2008 var det 4.500 ressurskrevende tjenestemottaker i kommunene, en økning på ca 500 personer, eller 12 prosent i forhold til 2007 (op.cit. s 102).

Del II

Utvikling og status i fordelingen av ressursene i pleie- og omsorgsektoren 1989-2007

6 Ressursbruken – utvikling i årsverk i pleie- og omsorgstjenestene

6.1 Innledning

Framstillingen i dette kapitlet er også basert på underlagsmateriale som bl.a. foreligger i form av prosjektnotater ved NIBR⁶³. Det i tilknytning til vårt arbeid og analyse av utviklingen av pleie- og omsorgstjenestene både i dette og andre prosjekter om dette temaet i de seinere åra.

6.1.1 Innretning av framstillingen

I del I gjorde vi rede for utvikling og status i antall brukere av heimebaserte tjenester under 67 år etter alder, type tjenester og hovedårsak til hjelpebehovet. Videre ga vi oversikt over yngres bruk av kommunale boliger og eldreinstitusjoner etter de samme kjennetegnene og gjorde særskilt rede for pleietyngde og bruk av heimebaserte tjenester blant disse beboerne

Men de samme gruppenes bruk av ressurser og hvordan denne har endret seg og fordeler seg etter sentrale kjennetegn ved brukerne er svært sentral kunnskap, særlig når vi skal bedømme utviklingen i tjenestene. Ressursfordelingen målt ved tilførte årsverk, er også

⁶³ I tilknytning til dette kapitlet gjelder det særlig prosjektnotat nr 1, *Om utvikling i årsverk i kommunale pleie- og omsorgstjenester 1980-2007*, NIBR, januar 2009, prosjektnotat nr 2, *Utvikling og status i yngre bruk av heimebaserte tjenester 1988-2007*, NIBR, mars 2009 og prosjektnotat nr 7, *Om beregning av fordeling av årsverk blant brukere av heimebaserte tjenester ved ulike etapper*, NIBR, mai 2009. jf. liste i kapittel1.3.

nødvendige størrelser når vi skal vurdere utvikling i standard målt ved bemanningsfaktorer (årsverk per bruker).

Derfor utvider vi perspektivet og bringer inn kunnskap om ressursinnsats og fordelingen av denne for å kunne nærmerevurdere de faktiske endringer i innretningen av tjenestene og de prioriteringer som kan ha ligget til grunn for dette.

Vi gir innledningsvis en oversikt over utviklingen i årsverk i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene fra 1980 og fram til i dag (2007) i ulike etapper. Dette har aldri tidligere vært gjort for hele denne perioden, bare deler av den.

Videre gjør vi rede for årsverksutviklingen separat for heimebaserte tjenestene og institusjoner etter 1988 og fram til i dag. Dette har for årene etter 1993 tidligere bare vært estimert for en begrenset periode (1996-2001, Toresen 2003).

Kapitlet omfatter bruken i hele pleie- og omsorgssektoren i sin alminnelighet og ikke bare brukere under 67 år. Det er imidlertid nødvendig med kunnskap om den samlede innsatsen som grunnlag for beregninger av de ressursmessige andelene som har tilfalt brukerne under 67 år. En slik oversikt har forøvrig heller ikke foreligget tidligere.

Om valg av tidsavsnitt for analyse

I dette utredningsarbeidet har vi i hovedsak fokus på utviklingen i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene etter 1992. Noen ganger vil det være nyttig å se på utviklingen i åra forut. Her går vi tilbake til 1988 og 1980.

Valg av inndeling av tidsavsnitt etter 1988, er oftest gjort på bakgrunn av tidspunkt for gjennomføring av særskilte statlige tiltak og satsinger i sektoren og dels ut fra omlegging av statistikk og behovet for homogene statistiske tidsserier. Men vesentlige trekk knytta til endring i faktisk vekst, har noen ganger endret på denne periodiseringa.

Det er således lagt visse 'eksterne' føringer på valg av perioder av grunner som her er nevnt. Statistikktilgangen har imidlertid på langt nær vært slik at vi har kunnet velge våre statistiske data fritt.

1. Perioden 1989-1992. Året 1992 er valgt ut fra at det er det første året vi har noenlunde pålitelig statistikk om de heimebaserte tjenestene etter omleggingen av statistikken i 1990, samt at 1992 er

siste året vi statistisk kjenner årsverksfordeling i hjemmehjelp versus hjemmesykepleie.

2. Perioden 1993-1997. 1997 er året før *Handlingsplan for eldreomsorgen* tok til (1998-2001). Dette tidsavsnittet utgjør en mellomperiode i forhold til satsingen i de to av de store handlingsplanene i sektoren, HVPU-reformen og *Handlingsplan for eldreomsorgen*.

3. Perioden 1998-2002. Perioden omfatter den vesentlige satsinga på driftssida i planperioden i HPE (1998-2001), samtidig som 2002 var siste året med statistiske opplysninger etter skjema (statistikken ble lagt om fra skjema til registerbaserte opplysninger om årsverk f.o.m. 2003).

4. Perioden 2003-2007. Dette er en periode uten statlige øremerkete tilskott til drift bortsett fra relativt mindre beløp i tilknytning til *Opptrappingsplan for psykisk helse*. Utviklingen her vil også kunne utgjøre et relieff i forhold til utviklingen i foregående år.

6.1.2 Om egenskaper ved årsverksdata

Om enhetlige tidsserier om antall årsverk i pleie- og omsorgstjenestene

Samlet antall årsverk

Det har hele tiden i det tidsrommet som vi her beskjeftiger oss med (1980-2007), foreligget direkte oppgaver over årsverk i pleie- eller omsorgstjenestene eller timeverk med mulighet for beregninger av årsverk. Dog slik at det foreligger endringer i dataseriene f.o.m. 2003.

Fra tidligere å ha vært basert på utfylt skjema fra kommunene, ble datainnsamlingen f.o.m. 2003 basert på det som kommunene har meldt til offentlige registre over egne ansatte, dvs. Navs *Arbeidsgiver- arbeidstakerregister* (Aa-registerert). Det ble således f.o.m. 2003 brudd i tidsserien over antall årsverk i pleie- og omsorg.

Årsverksdata etter skjema gjelder årene 1980-2002⁶⁴. Oversikt over antall årsverk samlet og fordelt på heimebaserte tjenester og institusjon for denne perioden, går fram av tabell 6.1v.

⁶⁴ Det er ulikt grunnlag og ulike beregninger som ligger til grunn for årsverksoppgavene over tid. Derfor hefter det noen mindre usikkerheter ved tallene. Vi NIBR-rapport:2010:2

Vi har i denne sammenhengen således *etablert to tidsserier for årsverk i pleie- og omsorgstjenesten*. Årsverk i hht registreringsdata løper fra 1992-2007, der årsverkene for 1992-2002 er *omregnet* slik vi her gjør rede for, mens årsverkene etter register for 2003-2007 følger direkte av statistikken.

For 2002 ga f. eks den nye registreringsmetoden som resultat at det var 13,63 prosent flere årsverk omregnet etter register det året sammenliknet med opplysninger om årsverk etter skjema⁶⁵.

Antall årsverk fordelt på heimebaserte tjenester og institusjon 1994-2002

Når det gjelder separate oppgaver over *årsverk i de heimebaserte tjenestene* (åpen omsorg) *versus i institusjon*, forelå det slike statistiske oppgaver siste gang for året 1993⁶⁶. Etter 1993 foreligger det ikke oppgaver fra SSB over årsverk i den kommunale pleie- og omsorgssektoren der en skiller mellom årsverk i institusjoner og heimebaserte tjenester.⁶⁷

For årene etter 1993 har vi på ulike måter *beregnet* fordelingen av samlet antall årsverk mellom de to hovedområdene i pleie- og omsorg.

Etter å ha beregnet fordelingen av årsverkene i 2002, kjenner vi fordelingen av årsverk mellom institusjon og heimebaserte tjenester ved to tidspunkt, hhv 1993 og 2002. For årene 1994-2001 kjenner vi imidlertid kun *totalt antall årsverk*.

nytter imidlertid disse oppgavene for å vise *utviklingstrekk* over tid, og legger mindre vekt på helt ut eksakte oppgaver for det enkelte år.

⁶⁵ I 2002 var 12.771 flere årsverk etter registerdata sammenliknet med årsverksdata etter skjema, hhv 106.461 og 93.690 årsverk, Forskjellen skyldes i hovedsak den statistiske behandlingen av personer med fravær og bruk av vikarer. Vi viser her til Vedlegg II til Prosjektnotat nr 1, NIBR, januar 2009.

⁶⁶ Historisk foreligger det gjennom ulike statistikkføringer oversikt over timeverk/årsverk i de heimebaserte tjenestene for perioden 1965-1992 og for institusjonene for 1970 (+ 1966) og fram til i dag. Dette er det gjort rede for og gitt oversikt over i Daatland 1994, Tabellvedlegg.

⁶⁷ I Historisk statistikk i *Statistisk årbok* heter det at ”årsverk kan ikke delast mellom heimetjenester og institusjon”, Statistisk årbok 2000, tabell 161.

Vi har så forutsatt at endring i antall årsverk i de to tjenestekområdene fra ett år til det neste, fordeler seg *analogt til den samlede* veksten i årsverk fra det ene året til det neste i perioden 1994-2001.⁶⁸

Antall årsverk fordelt på heimebaserte tjenester og institusjon 2003-2007

Vi kjenner heller ikke fordelingen av årsverkene i pleie- og omsorgstjenestene mellom de heimebaserte tjenestene og institusjonsomsorgen etter 2002. I *KOSTRA* foreligger det imidlertid oppgaver over fordelingen av brutto driftskostnader for årene 2002-2007. Vi har anvendt disse, og forutsetter at den relative fordelingen i årsverk mellom heimebaserte tjenester og eldreinstitusjoner for hvert år i perioden 2003-2007 er identiske med den relative fordelingen av brutto driftskostnader i heimebaserte tjenester (*KOSTRA*, f 254 og f234) og institusjon (*KOSTRA*, f253, f261).

Hvordan de ulike beregningene er gjennomført, er gjort rede for i vedlegg II til Prosjektnotat nr 1.

Årsverk i alt – 1980-2007

6.2 Hovedtrekk i utviklingen av arbeidsinnsatsen i pleie- og omsorgstjenestene

6.2.1 Årene 1980-2007

Innledningsvis vil vi gjøre rede for den *samlede* utviklingen i antall årsverk i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene i forhold til de tidsavsnitt som vi har lagt til grunn for vår analyse. Vi har valgt å legge vekt på å framstille veksten i absolutte tall.⁶⁹ Vi tar først for oss hovedtrekkene for *årene 1980-2007*.

⁶⁸ Hvordan bergningene er gjennomført samt resultatene, går fram av Vedlegg II til Prosjektnotat nr 1, avsnitt 2.2. Resultatene er også gjengitt i tabell 6.2v i tabellvedlegget i denne rapporten.

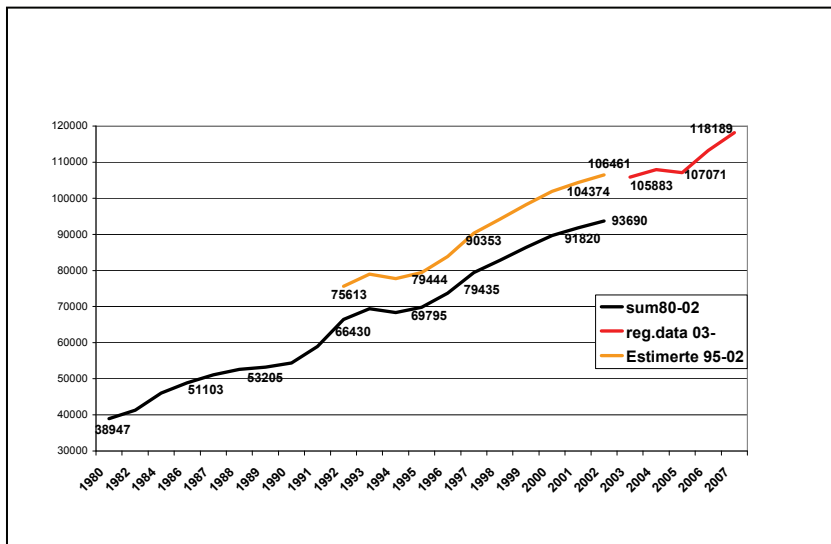
⁶⁹ En relativ beregning av vekst over tid kan gi et noe misvisende bilde idet det skal færre årsverk til pr år for å oppnå samme relative tilvekst når utgangspunktet befinner deg på et lavt nivå (i starten av en utbygging) enn når en er kommet lenger fram og nivået er vesentlig høyere.

Og som nevnt i avsnitt 6.1.2, ble metoden for registrering av årsverk lagt om f.o.m. 2003. Det gjør at vi opererer med to tidsserier, en 1980-92 etter skjema, og en annen, 1993-2007 etter register, hvor årsverkene 1992-2002 er beregnet, slik det går fram av figur 6.1v. og slik vi gjorde rede for i avsnitt 6.1.2

a. Perioden 1981-1992 – årsverk etter skjema

I 12-års-perioden 1981-1992 økte antall årsverk (etter skjema) i kommunale pleie og omsorgstjenester med 27.500 årsverk, fra ca. 39.000 i 1980 til 66.500 i 1992, jf. figur 6.2 og tabell 6.1v. Det gir en samlet vekst på omlag 70 prosent i løpet av 12 år. Vi kommer også i kapittel 6.3 tilbake til utviklingen denne perioden.

Figur 6.1 *Årsverk i pleie- og omsorgstjenestene i alt. 1980-2007. Tallangivelse for utvalgte år (1980, 1987, 1989, 1992, 1995, 1997, 2001, 2002, 2005 og 2007).*



Kilde: SSB/Daatland 1997, SSB 2008

b. Perioden 1993-2007 – årsverk etter register

Fra 1992 til 2007, dvs. i 15-års-perioden 1993-2007, vokste de kommunale pleie- og omsorgstjenestene med 42.600 årsverk, fra 75.600 årsverk i 1992 - estimert i forhold til oppgaver etter register - til 118.200 årsverk i 2007, jf. tabell 6.3. Det gir en samlet vekst på 56 prosent i løpet av 15 år.

Vi har delt perioden 1988-2007, først i en 10-årsperiode og så i to fem-års-perioder. Vi starter med 10-årsperioden *1988-1997*.

6.2.2 Perioden 1988-1997

1. Perioden 1988-1997 – årsverk etter skjema

1988-1990 – lavkonjunktur og svak vekst

Lavkonjunktoren særlig knyttet til årene 1988-1993, ser også ut til å ha slått inn i omsorgstjenestene. I de 3 åra 1988-1990 er det bare en beskjeden vekst i pleie- og omsorgstjenestene, jf. tabell 6.1v.

1991-1993 – sterk vekst under HVPU-reformen

I kraft av HVPU-reformen (1991-95) fant det sted en sterk vekst i årene 1991-1993, hvor pleie- og omsorgstjenestene vokste med 15.000 årsverk, hvorav 12.000 faller på årene 1992 og 1993, jf. tabell 6.4v.

Av all vekst i pleie- og omsorgstjenestene i årene 1988-1995, kom nærmere 9 av 10 årsverk i årene 1991-1993, og derav 85 prosent i åpen omsorg, dvs. antakelig det aller meste i tilknytning til HVPU-reformen (jf. tabell 6.4v). Se nærmere omtale i kapittel 6.3, hvor vi kommer tilbake til utviklinga i perioden 1989-1995, der det m.a.o. skjedde relativt lite ut over den sterke veksten under HVPU-reformen.

1996-97 – høykonjunktur og sterk vekst

Etter 1995 forelå det sannsynligvis et betydelig oppdemmet udekket behov, særlig i eldreomsorgen, siden det var satset relativt lite i årene 1988-1995 ut over heimebaserte tjenester til utviklingshemmede.

Og det var bl.a. disse realitetene som lå bak forslaget til å satse gjennom en ny statelig *Handlingsplan for eldreomsorgen* i 1996, med målsetting om å tilføre netto 12.000 nye årsverk i kommunale pleie- og omsorgstjenester i 4-årsperioden 1998-2001, jf. St meld nr. 50 (1996-97).

Da de økonomiske konjunkturerne forbedret seg vesentlig etter 1993-94, var det imidlertid igjen bedre økonomiske forutsetninger for å kunne satse også i kommunene. Således fikk pleie- og omsorgstjenestene tilført nærmere netto 9.200 årsverk i årene 1996-1997, jf. tabell 6.1v.

I løpet av 10-årsperioden 1988-1997 vokste den kommunale pleie- og omsorgssektoren med 55 prosent eller med 28.300 årsverk (etter skjema), fra 51.100 i 1987 til 79.400 i 1997. Av disse kom 15.000 i årene 1991-93 og 9.700 i 1996-1997, eller til sammen 87 prosent av alle.

Tabell 6.3 *Oversikt over årsverk og endring i årsverk i tre 5-årsperioder i 15-års-perioden 1993-2007. Absolutte tall og gjennomsnitt.*

	Åpen omsorg	Institusjon	Alle, register
1992	31001	44612	75613
1993	34202	44787	78989
1994	33373	44404	77777
1995	34513	44931	79444
1996	37555	46338	83893
1997	41972	48381	90353
Endring 1993-97	10.971	3.769	14.740
1993-97 gj.sn	2.194	754	2.948
1998	44566	49581	94147
1999	47335	50861	98196
2000	49886	52041	101927
2001	51559	52815	104374
2002	52986	53475	106461
Endring 1998-02	11.014	5.094	16.108
1998-2002 gj.sn.	2.203	1.019	3.222
2003	52985	52898	105883
2004	55437	52473	107910
2005	55557	51514	107071
2006	59767	53453	113220
2007	63641	54548	118189
Endring 2003-07	10.655	1.073	11.728
2003-2007 gj.sn.	2.131	215	2.346
Endring 1993-07	32.640	9.936	42.576
1993-2007 gj.sn.	2.176	662	2.838

Kilde: SSB og beregninger ved NIBR 2009.

Dette demonstrer betydningen av både statlige overføringer og økonomiske konjunkturer. Det kommer vi tilbake til.

2. Perioden 1998-2002 – årsverk etter register

Samlet var veksten sterkest i perioden 1998-2002, dvs. i perioden med statlige driftstilskott med kontrollert krav til at midlene skulle nedfelle seg i årsverk i pleie- og omsorg og ikke gå til noe annet ('aktivitetskravet'). I løpet av de 5 åra 1998-2002 var det netto tilvekst på 16.000 årsverk i pleie- og omsorgstjenestene, eller 3.200 i gjennomsnitt per år, jf. tabell 6.3. Veksten var imidlertid ujevnt fordelt og årlig nesten dobbelt så stor i årene 1998-2000 som i 2002. Det kommer vi tilbake til.

3. Perioden 2003-2007 – årsverk etter register

Den siste 5-års-perioden er imidlertid den som samlet sett kommer dårligst ut av disse tre periodene i løpet av de 15 åra 1992-2007, med i alt 11.700 årsverk eller med i gjennomsnitt 2.350 årsverk per år, mot 3.220 i perioden 1998-2002 og 2.950 årsverk i perioden 1993-1997, jf. tabell 6.3.

Men veksten skjer svært ujevnt. Veksten var svært svak de første årene. Om vi går tilbake til 2002 - da de statlige øremerkete tilskuddene var falt bort samtidig som vi fikk regjeringsskifte - sank veksten i den kommunale innsatsen merkbart.

I 3 årene 2003-2005 var *samlet* netto tilvekst i pleie- og omsorg 610 årsverk, jf. tabell 6.3. Det er den svakeste tilveksten i kommunal pleie- og omsorg i moderne tid, dvs. etter 1970 (jf. Daatland 1994, tabell V:39).

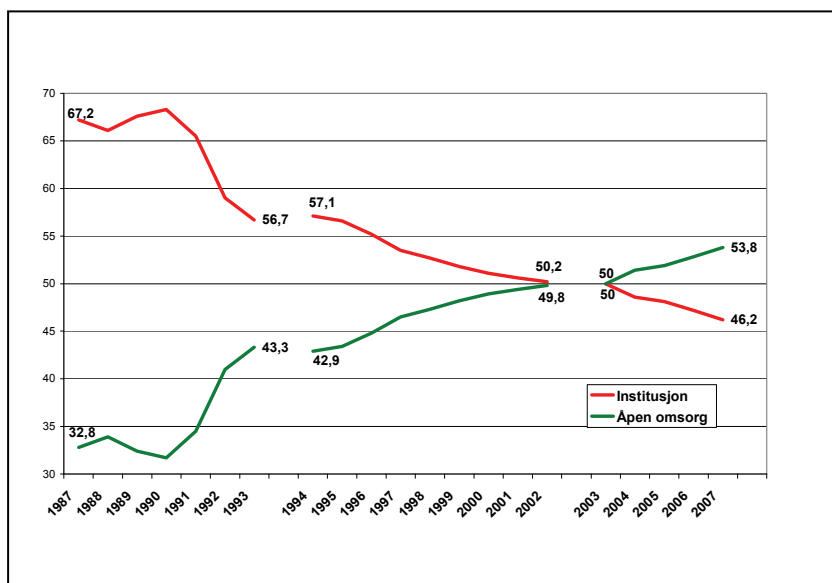
Men med betydelige statlige bidrag til kommuneøkonomien etter 2005, øker innsatsen med netto 11.100 årsverk i de to årene 2006-2007, eller 5.550 per år, jf. tabell 6.3. Det er en årlig vekst i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene de 20 siste åra (i perioden 1989-2007) som bare er slått av HVPU-årene 1991-92 og veksten i året 1996. Dernest følger de 5 årene 1996-2000, med i gjennomsnitt ca. 4.500 årsverk per år, jf. tabell 6.3.

6.3 Utviklingen i årsverk i institusjon og heimebaserte tjenester

6.3.1 Hovedtrekk i utviklingen i perioden 1980-2007

Moderniseringen av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene ut over på 1960- og 1970-tallet, besto ikke bare av gradvis innføring av heimebaserte tjenester (hjemmehjelp og hjemmesykepleie), men særlig i *satsingen på sykehjem* som etterfølger av aldershjemmene ('gamlehjemmet') (Daatland 1994, 1997). De sterke utbyggingen av sykehjemmene i 1970-åra - i tillegg til kapasiteten i etablerte aldershjem - gjorde at *institusjonsomsorgen* dominerte innsatsen både gjennom 1970- og 1980-åra.

Figur 6.3 *Årsverk i institusjon og i åpen omsorg i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene 1987-2007. Prosent. Talloppgaver påført for årene 1987, 1993, 1994, 2002, 2003 og 2007.*



Kilde: SSB/Daatland 1994 og beregninger ved NIBR.

Sjøl om det i 1980-åra var en betydelig vekst i pleie- og omsorgstjenestene - jf. figur 6.2 og omtalen i pkt 6.2 - var forholdet mellom årsverk i institusjon og heimebaserte tjenester nokså konstant i årene 1980-1990, idet institusjonsomsorgen sto for 2/3-deler av ressursinnsatsen målt i årsverk. Andelen årsverk i institusjon ut-

gjorde således i 1980 70 prosent av samlet innsats, mot 68 prosent i 1990, jf. tabell 6.1v.

Men fra 1991 og fram til 1993 skjer det vesentlige endringer. Andelen årsverk i åpen omsorg øker fra 32 prosent i 1990 til 43 prosent i 1993, jf. figur 6.3 (og tabell 6.1v). Dette er en relativ formidabel økning over kort tid. Denne utviklingen, som nokså klart ble innledet med HVPU-reformen, har imidlertid fortsatt fram til i dag, jf. figur 6.3. Vi kommer til slutt i dette avsnittet særskilt tilbake til den.

I 1994 gikk også 43 prosent av årsverkene i pleie- og omsorg til de heimebaserte tjenestene. Denne andelen vokste gradvis ut gjennom 1990-åra, også under *Handlingsplan for eldreomsorgen*. I 2002, da denne handlingsplanen var avsluttet på driftssida, gikk akkurat halvparten av årsverkene i denne sektoren til heimebaserte tjenester, jf. figur 6.3.

Etter 2002 synes denne utviklingen å fortsette. Etter vår beregning på grunnlag av utviklingen i brutto driftskostnader i 5-års-perioden 2003-2007, var 54 prosent av årsverkene ved utgangen av 2007 knyttet til de heimebaserte tjenestene, og 46 prosent til institusjonsomsorgen, mot hhv 33 prosent 67 prosent i åpen omsorg og institusjon i 1987, året før kommunene overtok sykehjemmene.

På disse 20 åra (1988-2007) har institusjonsomsorgens andel av samlet årsverksinnsats i kommunale pleie- og omsorgstjenester, falt med 21 prosentpoeng. Dette må igjen måtte føres tilbake til betydelige omstillinger.

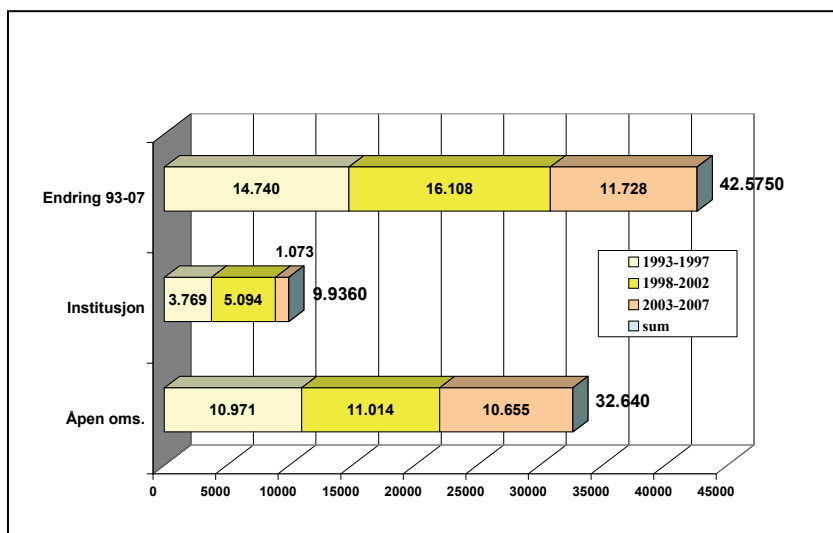
Det har vært en kontinuering og tilnærmet lineær vekst i den andel de heimebaserte tjenester har utgjort av samlet årsverksinnstas i de kommunale pleie og omsorgstjenestene etter 1990, dvs. en markant utvikling som startet med HVPU-reformen.

6.3.2 Perioden 1993-2007 – sterk vekst i heimebaserte tjenester

Disse 15 åra er framfor alt preget av veksten i de heimebaserte tjenestene, idet vel 32.640 av 42.580 årsverkene eller vel 3 av 4 årsverk i denne perioden kom her, jf. figur 6.4. Dette i en periode der mye av det opinion-politiske fokuset var konsentrert om sykehjem, mens det faglige var rettet mot de heimebaserte tjenestene.

Da mesteparten av effekten av HVPU-reformen var realisert - fant det sted en svært kontinuerlig og jevnlig vekst i åpen omsorg⁷⁰ og framfor alt i de heimebaserte tjenestene, dvs. hjemmesykepleie og hjemmehjelp.

Figur 6.4 *Endring i antall årsverk i pleie- og omsorg i 15-års-perioden 1993-2007, åpen omsorg og institusjon samt sum endring i årsverk periodene 1993-1997, 1998-2002 og 2003-2007.*



Kilde: SSB, Daatland 1997 og beregninger ved NIBR.

Av figur 6.4 ser vi at veksten i åpen omsorg i perioden 1993-2007 er svært jevnt fordelt på de tre fem-års-periodene som vi har inndelt epoken i. Den åpne omsorgen har i gjennomsnitt økt med om lag 11.000 årsverk i hver av disse tre periodene.

Større samlet vekst i perioden 1998-2002 og mindre vekst i perioden 2003-2007, påvirket ikke *kontinuiteten* i tilveksten i de heimebaserte tjenestene for hele perioden.

Det har således vært en entydig utvikling i årsverkene i åpen omsorg, preget av jevn vekst over tid, bare avbrutt av enkeltår med

⁷⁰ Slik vi pekte på i kapittel 3.1, bruker vi betegnelsene 'åpen omsorg' og 'heimebaserte tjenester' synonymt og om hverandre. Dette er upresist. Den såkalte 'åpne omsorgen' omfatter etter vår forståelse alle tilbud oi kommunal pleie- og omsorg utenfor institusjon, hvorav de heimebaserte tjenestene bare er en del, dog den største. Men vi beholder den upresise språkbruken fordi den er etablert.

stagnasjon (1993-95 og 2002-2003), dvs. like etter avslutning av statlige handlingsplaner (jf. figur 6.1v). Og veksten har vært *jevn og kontinuerlig*, nærmest uavhengig av *konjunkturer og statlige føringer*. Riktignok har staten sjelden lagt direkte føringer på innretningen av kommunale tjenester når vi ser bort fra de finansielle bidragene til omsorgsboliger i perioden 1994-2006.

I perioden 1993-2002 tilfalt 71 prosent av den samlede årsverkstilveksten på 30.850 årsverk, åpen omsorg. I perioden 2003-2007 gjaldt det 91 prosent (jf. tabell 6.2v). Bortsett fra under *Handlingsplan for eldreomsorgen*, har en stigende andel av samlet årsverkstilvekst falt på den åpne omsorgen.

Mens den samlede veksten og veksten i institusjonsomsorgen synes påvirket av skiftende kommuneøkonomi og statlige tilskudd, vokser den åpne omsorgen nokså jevnt i alle disse tre 5-års-periodene sett under ett. Utviklingen her synes underlagt mer strukturelle drivkrefter. Tilveksten på i alt 10.000 årsverk i institusjonsomsorgen i perioden 1993-2007 kom i stor grad i årene 1995-2000. I perioden 2002-2007 har institusjonssektoren fått tilført 1.100 nye årsverk, jf. figur 6.4, mens antall plasser er redusert noe, jf. kapittel 2.

Den relativt svake veksten i institusjonsomsorgen har vært mer ujevn, med store perioder preget av stagnasjon, f. eks årene 1992-95 og 2001-2005, eller 9 av de 15 åra i perioden.

For perioden 1993-2007 under ett, fikk den åpne omsorgen tilført 2.176 årsverk i gjennomsnitt per år, mot 662 i institusjon, jf. tabell 6.3, eller 3.3 ganger så mange. Det er et annet uttrykk for denne omsorgsformens dominans i utviklingen av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene de siste 15 åra.

Avslutningsvis gir vi en samlet oversikt over utviklingen i årsverk i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene fordelt mellom åpen omsorg og institusjon for 15-års-perioden 1992-2007, jf. figur 6.1v.

Den sterke veksten i bruken av heimebaserte tjenester (og kommunale boliger), som startet med HVPU-reformen og fortsatte i årene under *Handlingsplan for eldreomsorgen*, har også vært sterk etter at denne reformen ble avsluttet. Det har noe sammenheng med utbyggingen av kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål i denne perioden, men er framfor alt knyttet til framveksten av yngre brukere under 67 år, jf. kapittel 3 1-3.3

Periodevis utvikling i årsverksinnsats 1980-2007

6.4 Periodevis utvikling i årsverksinnsats 1980-2007

Vi foretar her en nærmere *periodevis* gjennomgang av ressursutviklingen i hele perioden 1980-2007. Her skiller vi på den ene sida mellom utviklingen i 1980-åra (perioden 1981-1990) og årene etterpå (1991-2007). For den siste perioden deler vi framstillingen i to og beskriver først utviklingen noe mer utførlig i tidsrommet før *Handlingsplan for eldreomsorgen* (1991-1997) og deretter for årene etterpå (1998-2007).

6.4.1 Perioden 1981-1990

I denne sammenhengen har vi særlig fokus på tida etter at kommunene overtok ansvaret for sykehjemmene i 1988 og særlig f.o.m. HVPU-reformen tok til i 1991. Det kan imidlertid være nyttig med et perspektiv litt bakover i tid, og vi gjengir derfor kort noen data fra årene før 1988.

Før kommunene overtok sykehjemmene i 1988, var det en moderat vekst i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Og institusjonene sto for en større andel av veksten enn den åpne omsorgen.

I årene 1980-1990 vokste *institusjonsomsorgen* jevnt med omlag 1000 nye årsverk per år. Det fortsatte den med også etter at ansvaret for sykehjemmene ble ført over fra fylkeskommunene til primærkommunene i 1988, idet den årlige veksten jevnt over var den samme tom. 1992, jf. tabell 6.1v.

Av netto tilvekst med 15.400 årsverk i 10-års-perioden 1981-1990, gikk ca. 10.000 årsv. til eldreinstitusjonene, eller 2/3-deler, jf. tabell 6.1v. Det var for øvrig like mange årsverk som tilveksten i institusjonsomsorgen i hele 15-års-perioden 1993-2007 (9.900 årsv.).

De heimebaserte tjenestene vokste imidlertid med bare 5.500 årsverk i perioden 1981-1990, hvor det meste kom i første halvdel av 1980-åra. Den avtakende veksten fra midten av 1980-årene ble her

forsterket i årene 1989-90 med en reduksjon på ca. 600 årsverk i forhold til 1988, jf. tabell 6.4v.

Dette kan forøvrig ha sammenheng med lavkonjunktoren og kommunenes mulige konsentrasjon om eldreinstitusjonene som følge av at de tok over ansvaret for disse fra fylkeskommunen i 1988. I løpet av disse to åra stagnerte den åpne omsorgen.

De heimebaserte tjenestene hadde således en *moderat* vekst i 1980 åra. Deres relative andel av samlet årsverksinnsats endret seg som nevnt lite (fra 30 prosent av totalen i 1980 til 32 prosent i 1990).

6.4.2 Utvikling i årsverksinnsats 1981-1990 i åpen omsorg fordelt på hjemmehjelp og hjemmesykepleie

Hjemmehjelp

I 1980 ble det nedlagt 11.210 årsverk i de heimebaserte tjenestene. Disse fordelte seg med 78 prosent på hjemmehjelp og 22 prosent på hjemmesykepleie. Det var hjemmehjelpa som inntok den dominerende posisjon, jf. tabell 6.5v. I hjemmehjelpa var det imidlertid bare moderat vekst i perioden 1981-1990, med 2.250 årsverk, eller en tilvekst på 26 prosent på 10 år.

Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleien vokste imidlertid med 3.200 årsverk i perioden og mer enn doblet seg siden 1980. I 1990 sto hjemmesykepleien for 34 prosent av de 16.700 årsverkene i åpen omsorg, mot 22 prosent ved inngangen til ti-året. Det er særlig denne tilveksten som kjennetegner utviklingen i åpen omsorg i 1980-åra, jf. tabell 6.5v.

6.4.3 Om årsverksutvikling 1991 - 1997

I første del av perioden 1991-1997 settes HVPU-reformen i verk. Den faller samtidig sammen med siste del av den sterke lavkonjunkturperioden 1988-1993/94. Vi deler perioden i 3 *underavsnitt*.

Årene 1991-1993

Fra og med 1991 inntreer et skifte idet HVPU-reformen settes i verk 1.1. 1991 og innsatsen i de heimebaserte tjenestene skyter betydelig fart. Og veksten i årsverk i tilknytning til denne reformen meldte seg med tyngde og konsentrerte seg om de tre årene 1991-

93, hvor den åpne omsorgen ble tilført 12.800 årsverk eller vel dobbelt så mye som i løpet av de 10 åra 1981-1990. I 1992 kom alene nesten 7.000 årsverk i åpen omsorg. De aller fleste av disse årsverkene gikk til utviklingshemmede. Det vil komme vi imidlertid tilbake til, jf. kapittel 7.1

Innsatsen i institusjonssektoren stoppet forøvrig opp under HVPU-reformen.⁷¹ Og det er bl.a. denne stagnasjonen som danner noe av bakgrunnen for argumentene om nødvendigheten av en *Handlingsplan for eldreomsorgen*, som ble lagt fram i 1996.

Årene 1994-1995

I de 2 åra som fulgte (1994-95) var veksten brått over og det ble stillestans, dvs. netto økning i pleie- og omsorgssektoren utgjorde 400 årsverk, jf. tabell 6.4v⁷². Det innebærer at samlet innsats i åpen omsorg lå på samme nivå (litt over 30.000 årsverk i årene 1993-1995, jf. tabell 6.4v).

Den kraftige satsingen i HVPU-reformen i årene 1991-93 synes å ha fått betydelige konsekvenser i etterkant, både for institusjonene og den åpne omsorgen. Det kan ha sammenheng med at det vesentlige av HVPU-reformen var gjennomført og at den hadde kostet så vidt mye at det ikke var rom for ytterligere vekst i de to neste åra. På den andre sida ble kommunene tilført betydelige øremerkte statlige driftstilskudd som skulle dekke mesteparten av de kostnadene som fulgte på driftssida i forhold til de heimebaserte tjenestene. Men det kan også være at stagnasjonen kan tilskrives lavkonjunkturen.

1996-97

Fra 1994 og utover var landet godt ut av lavkonjunkturen med tiltakende økonomisk vekst. Det gjenspeiler seg antakelig i at vi etter 1995 får den sterkeste årsverkstilveksten i pleie- og omsorg på kort tid noen sinne, om vi ser bort fra HVPU-satsingen i perioden 1991-93 og årene 2006-2007.

⁷¹ I de fire årene 1992-1995 økte innsatsen her bare med i alt 867 årsverk, jf. tabell 6.4v.

⁷² Den observerte nedgangen på samlet ca 1000 årsverk i 1994 skyldes imidlertid for en stor del at 600 årsverk for leger og fysioterapeuter f.o.m. 1994 ikke lenger var registrert i pleie- og omsorgsstatistikken. Vi viser her til *Pleie- og omsorgsstatistikk 1994*, NOS C344, Oslo 1996, s.11.

I de to årene 1996-1997 vokser den kommunale pleie- og omsorgs-sektoren med 9.600 årsverk, hvor 6.500 eller omlag 70 prosent av årsverkstilveksten kommer i åpen omsorg.

Som vi alt har vist (kapittel 3), hadde dette betydelig sammenheng med tilveksten i antall brukere av heimebaserte tjenester under 67 år, særlig av hjemmesykepleie. I kjølvannet av HVPU-reformen innevarsles noe relativt nytt: en nokså omfattende tilvekst av yngre brukere andre enn utviklingshemmede i de heimebaserte tjenestene.

Samlet oversikt 1991-1997

I løpet av disse 7 åra, 1991-1997, øker pleie- og omsorgstjenestene med 25.100 årsverk. Men mesteparten - 19.700 årsverk - eller 8 av 10 årsverk - kom i de heimebaserte tjenestene som økte fra 17.200 årsverk i 1990 til 36.900 årsverk i 1997.

Av disse gikk 11.850 årsverk til utviklingshemmede under 67 år i tilknytning til HVPU i åra 1991-95, (jf. kapittel 7.1).

De resterende 13.250 årsverkene fordelte seg med 7.850 i heimebaserte tjenester og 5.400 til eldreinstitusjoner⁷³. Sjøl når vi holder HVPU-satsingen utafør, var det ellers en tilvekst i åpen omsorg som per år overgikk perioden 1981-1990, hvor samlet netto vekst var 5.500 årsverk. Og her er det de unge brukeren som presser på og gjør seg gjeldende som brukere av det som så langt oftest har tilhørt eldreomsorgen.

De heimebaserte tjenestenes samlede kvantitative rolle i pleie- og omsorgstjenestene skifter fra å ha utgjort i overkant av 30 prosent av den samlede årsverksinnsats i 1980-åra - og 32 prosent i 1990 - til 47 prosent i 1997, dvs. på vei mot halvparten.

Og denne forvandlingen innledes med en statlig satsing gjennom *HVPU-reformen*, som følges opp med *Handlingsplan for eldreomsorgen* (HPE) og *Opptrappingsplan for psykisk helse* (OP). Alle har som resultat - også HPE - at de unge brukerne strømmer inn i pleie- og omsorgstjenestene.

⁷³ Dette representerer en svak utvikling om vi sammenlikner med tilsvarende tidligere perioder, f. eks 1970-77 og 1980-87, hvor årsverkstilveksten i eldreinstitusjoner var respektive 9.400 og 6.600 årsverk (Daatland 1997, tab A8, s 181). Og samtidig gjaldt det tidligere betydelig færre eldreinstitusjoner.

Men en annen sentral underliggende forutsetning for denne bevegelsen er den omfattende byggingen av omsorgsboliger fra 1994 og utover. Dette også delvis en videreføring av den kommunale boligbyggingen for utviklingshemmede, slik vi har vist i kapittel 4.

6.4.4 Om utvikling i årsverk i perioden 1998-2007

Vi har delt perioden 1998-2007 i tre deler. Først 1998-2001 som er knyttet til *Handlingsplan for eldreomsorgen* (HPE). De seks åra som

Tabell 6.6 *Oversikt over utvikling i antall årsverk i åpen omsorg, institusjon og i alt samt periodevise endringer. 2002-2007.*

År	Åpen	Institusjon	Sum, register
1997	41.972	48.381	90.353
1998	44.566	49.581	94.147
1999	47.335	50.861	98.196
2000	49.886	52.041	101.927
2001	51.559	52.815	104.374
2002	52.986	53.475	106.461
2003	52.984	52.899	105.883
2004	55.439	52.471	107.910
2005	55.560	51.511	107.071
2006	59.767	53.453	113.220
2007	63.639	54.550	118.189

Periodevise endringer i antall årsverk

Endring	Åpen	Institusjon	Sum, register
Endring 1998-01	9.587	4.434	14.021
Endring 2002-05	3.998	-1.301	2.697
Endring 2003-06	6.781	-22	6.759
Endring 2006-07	8.084	3.034	11.118
Endring 2002-07	12.080	1.735	13.815
Endring 1998-07	21.667	6.169	27.836

Registerdata. Kilde: SSB: Pleie- og omsorgsstatistikk og beregninger ved NIBR 2009.

fulgte, dvs. fra 2002 til 2007, har vi delt i to deler fordi veksten har vært så ulik i disse åra. Det aller meste kom i 2006 og 2007.

1998-2001

Gjennom *Handlingsplan for eldreomsorgen* (HPE), ønsket staten - ved bruk av *øremerkete driftstilskudd* - å øke innsatsen i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene med 12.000 årsverk i perioden 1998-2001⁷⁴. Tidligere beregninger ga som resultat at 78 prosent av årsverkene i perioden 1998-2001 kom i åpen omsorg.⁷⁵

De nevnte talloppgavene er imidlertid i hht skjema. I tabell 6.6 har nyttet data i hht register. Oppgavene for årene 1997-2002 er regnet om slik vi gjorde rede for i kapittel 6.1.

I følge de statistiske oppgavene omregnet i hht registerdata, kom det til netto omlag 14.000 årsverk i perioden 1998-2001 (12.385 årsverk i hht oppgaver fra skjema). Av disse kom 9.587 i de heimebaserte tjenestene, eller 68 prosent av alle. Majoriteten kom i åpen omsorg, og flere enn hva en la til grunn i Handlingsplanen.

Det har igjen sammenheng med den betydelige byggingen av omsorgsboliger i samme periode (jf. kapittel 4) og oppfølgingen med heimebaserte tjenester i disse. Men det har også vesentlig sammenheng med den sterke framveksten av brukere av heimebaserte tjenester under 67 år, jf. kapittel 3.

2002-2005

Fireårsperioden 2002-2005 er preget av stagnasjon, både sett i forhold til de fire åra forut og historisk sett. Pleie- og omsorgstjenestene vokste med 2.700 årsverk i denne perioden. Og 2.100 av dem kom i 2002, mot bare 600 i 2003-2005. Vi må tilbake til fireårsperioden 1987-1990 for å finne tilsvarende svak vekst.

Mens det var en reduksjon på 1300 årsverk i eldreinstitusjonene, jf. tabell 6.6, fortsatte imidlertid veksten i de heimebaserte tjenestene med 4.000 nye årsverk - som antakelig i svært stor grad var knyttet

⁷⁴ Vi viser her til St meld nr 50(1996-97) *Handlingsplan for eldreomsorgen*, kapittel 6, hvor en legger til grunn å styrke eldreomsorgen med 12.030 årsverk i perioden 1998-2001, med 6.000 årsverk i de heimebaserte tjenestene og 6.030 i eldreinstitusjonene.

⁷⁵ Beregninger ved NIBR i tilknytning til evaluering av HPE, viste at målet ble omtrent nådd idet det i årene 1998-2001 kom til 11.585 flere årsverk i tilknytning til HPE og 800 i tilknytning til *Opptrappingsplan for psykisk helse* (OP), til sammen 12.385 årsverk. Disse fordelte seg med 9700 i de heimebaserte tjenestene og 2.685 i eldreinstitusjoner. Vi viser her til Toresen (2003): *Handlingsplan for eldreomsorgen. Virkninger av kapasitet, dekning og årsverksbruk*, kapittel 4. tabell 4.1 og tabell 4.4. På det tidspunktet ble årsverkene registrert iht. skjema.

til tilveksten av yngre brukere, eller netto vel 10.000 nye brukere av heimebaserte tjenester under 67 år i, slik vi viste i kapittel 3. Dette er særlig verdt å legge merke til.

2006-2007

I løpet av de to årene 2006 og 2007 ble de kommunale pleie- og omsorgstjenestene tilført 11.100 årsverk, eller 80 prosent av samlet vekst på disse 6 åra. Historisk er dette den sterkeste ressursmessige veksten på så kort tid i pleie- og omsorgstjenestene noensinne. Omlag 8.000 av disse årsverkene synes å ha kommet i åpen omsorg.

Perioden 2002-2007 samlet

I løpet av de 6 åra som fulgte *Handlingsplan for eldreomsorgen - 2002-2007* - kom det til 13.815 årsverk i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, jf. tabell 6.6. Det er omtrent det samme som i løpet av de 4 åra under HPE.

I perioden 2002-2007 økte institusjonsomsorgen med netto kun 1.700 årsverk, jf. tabell 6.6. Samtidig ble denne bygget ned fra 42.740 plasser i 2001 til 41.220 i 2007. Og i følge våre beregninger kom 12.000 av de i underkant av 14.000 årsverk i åpen omsorg, eller 87 prosent, jf. tabell 6.6.

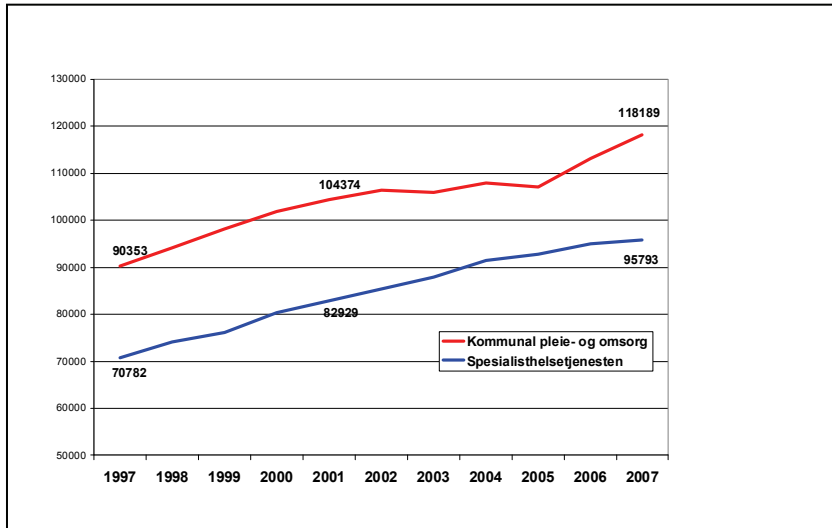
Det er et svært markant resultat som understreker at en i innretningen av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene har hatt *fokus på heimebaserte tjenester* og at dette fokuset omtrent i sin helhet er knyttet til innstrømmingen av yngre brukere og deres bruk.

6.4.5 Årsverksutvikling – sammenlikning med 2. linjetjenesten

I de 10 åra fra 1997 til 2007 var det en betydelig samlet tilvekst i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene med 27.850 årsverk, jf. tabell 6.6. Kommunene har både tatt inn nye brukere og antakelig nye oppgaver, samtidig som de har økt innsatsen betydelig for etablerte brukergrupper.

Denne økningen står seg godt i sammenlikning med utviklingen i 2. linjetjenesten, der årsverksinnsatsen økte med 25.000 årsverk i samme periode, fra 70.800 i 1997 til 95.800 årsverk i 2007. Veksten målt i årsverk har således vært størst i de kommunale omsorgstjenestene, jf. figur 6.5.

Figur 6.5 *Antall årsverk i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene og i spesialisthelsetjenesten 1997-2007. Talloppgaver angitt for 1997, 2001 og 2007. Årsverk i pleie og omsorg etter register.*



Kilde: KOSTRA, Statistikkbanken, SSB, 2008.

Veksten i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene etter 2005 har som nevnt vært sterk - med 11.100 årsverk - og vesentlig høyere enn i alle tidligere år. I neste kapittel vil vi vise hvordan den delen av veksten som faller på de heimebaserte tjenestene fordeler seg mellom eldre og yngre brukere og særlig etter hovedårsak til hjelpebehovet. M.a.o. hvordan den nedfeller seg i forhold til utviklingshemmede og yngre brukere med somatiske sykdommer og psykiske lidelser.

6.5 Årsverksutvikling 1991-2007- hovedtrekk målt ved årsverk per år

For tidsrommet 1991-2007 gir vi en kort *karakterisert oversikt* for mindre tidsavsnitt knyttet til endringer i faktisk vekst. Dette gjør vi for å få fram hvor avgjørende den nasjonale økonomiske situasjonen og statlige grep etter vår vurdering har vært for framdriften i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Her griper vi også litt tilbake og tar utgangspunkt i 1988.

Vi knytter utviklingen i vekst og endringer i ressursinnsats i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene til ulike *særskilte* tidsrom i perioden. Valget av tidsrom er blitt bestemt av takten i endret tilførsel av ressurser målt i årsverk. Resultatene går fram av figur 6.6.

Vi framstiller endringene gjennom årsverksvekst per år i institusjon, heimebaserte tjenester og samlet. For perioden 1989-1997 nytter vi årsverk *etter skjema*⁷⁶. For perioden 1998-2007 er framstillingen basert på *regisiterdata*.

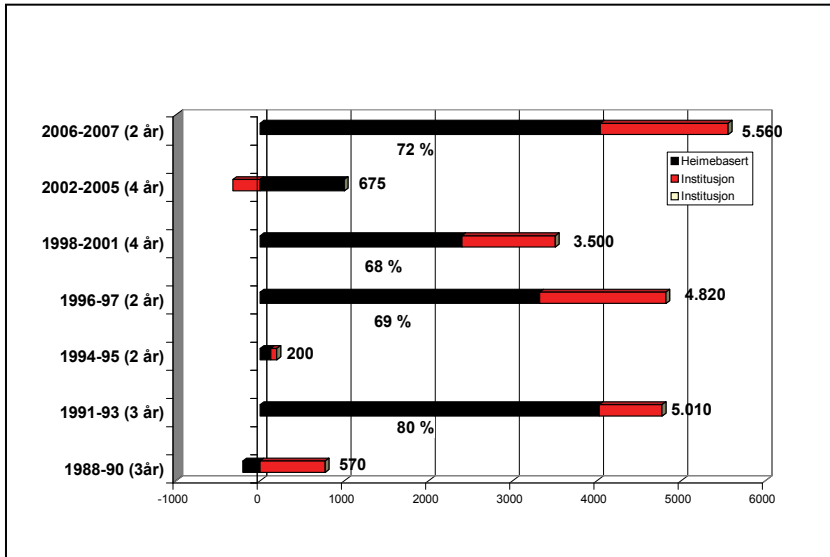
Endringene synes i siste innstans sterkt betinget av tilførsel av økonomiske midler knyttet til statlige handlingsplaner, statlig økonomisk politikk og konjunkturer. Vår periodisering er derfor strukturert etter hvordan den generelle økonomiske situasjonen avtegner seg på ulike tidspunkt med sikte på å relatere utviklingen i den kommunale satsingen i pleie- og omsorgsektoren til denne utviklingen.

1988-1990.

I disse tre åra etter at kommunene overtok sykehjemmene i 1988, er det liten vekst med 570 årsverk på år institusjonsomsorgen. Det er lavkonjunktur og omstilling.

⁷⁶ Disse ligger - som omtalt i kapittel 6.1.2 - jevnt over på et nivå 13 prosent under antall årsverk etter *register*. For at sammenlikningen skal bli helt korrekt, bør årsverkene for 1998 justeres opp med 13 prosent. Det har vi utelatt å gjøre siden hovedtrekkene likevel klart går fram.

Figur 6.6 *Antall årsverk per år i heimebaserte tjenester og i institusjon i gjennomsnitt for ulike valgte perioder i årene 1988-2007. Absolutte tall og intern fordeling i prosent.*



Kilde: SSB og beregninger ved NIBR 2009.

1991-1993

I perioden 1991-1993 er det sterk vekst med 5.000 årsverk per år og nesten hele veksten er knyttet til HVPU-reformen. Det er imidlertid fortsatt lavkonjunktur, men store statlige overføringer til reformen.

1994-1995

I disse åra er det igjen stillstand i pleie og omsorgstjenestene og nesten ingen vekst sjøl om norsk økonomi i 1993 var på vei inn i en langvarig høykonjunktur. Det kan tolkes som et midlertidig 'pust i bakken'.

1996-1997

I årene 1996-1997 er det igjen sterk vekst med 4.800 årsverk per år, hvorav 7 av 10 kommer i de heimebaserte tjenestene og er i vesentlig grad knyttet til den sterke innstrømmingen av yngre brukere.

1998-2001

Åra 1998-2001 er perioden for *Handlingsplan for eldreomsorgen*, hvor det gis direkte statsstøtte til drift av 12.000 årsverk. Omlag 2 av 3 av disse årsverkene kom i de heimebaserte tjenestene, hvor 4 av 10 gikk til brukere under 67 år. Planen ble lansert i 1996 med bak-

grunn i at det hadde vært svak vekst i eldreomsorgen. Våre analyser viser i ettertid at det nettopp var liten eller ingen vekst i årsverk til eldre i perioden 1990-1995.

2002-2005

I disse åra er vi tilbake til svake vekst på linje med årene 1988-1990, med 675 årsverk per år, hvor nesten alt gikk til heimebaserte tjenester. I 2001-2002 er vi igjen inne i lavkonjunktur, men konjunktorene bedrer seg utover i 2003. Men statlig politikk svekker kommuneøkonomien.

2006-2007

Igjen slår det om. Statlig politisk satsing gjør at pleie- og omsorgstjenestene opplever den sterkeste veksten de 20 siste åra, med 5.560 årsverk i gjennomsnitt per år. Og fortsatt kommer mesteparten i de heimebaserte tjenestene.

De heimebaserte tjenestene har vokst tvers gjennom alle disse tidsrommene og forsterket seg. Bevegelsen mot å innrette pleie- og omsorgstjenestene i tiltakende grad mot de bolig- og heimebaserte synes på sett og vis å ha 'satt seg gjennom' uavhengig av konjunktorene og delvis uavhengig av statlige satsinger.

6.6 Noen drivkrefter som har ligget til grunn for vekst i særskilte perioder i årene 1991-2007

Vi gjør her rede for hvordan *årsverksveksten* i pleie- og omsorgstjenestene i perioden 1991-2007 i det alt vesentlige var knyttet til fire sterke vekstperioder, jf. tabell 6.7. Vi vil her karakterisere disse ut fra generelle økonomiske forhold i landet, særskilte statlige satsinger samt utviklingen av omsorgsideologi.

I de fire periodene, som til sammen utgjør 11 av de 17 åra etter 1990 og fram til 2007, fant 95 prosent av veksten i pleie og omsorg sted. Og all vekst i institusjonsomsorgen skjedde i disse 4 periodene. Veksten er m.a.o. sterkt avhengig av de generelle økonomiske forholdene (konjunktorene) sammen med statlig omsorgsideologiske framstøt kombinert med tilhørende statlige tilskudd.

1. 1991-1993

Det var bl. a. utviklingen i opinionen på 1980-tallet og Lossius-utvalgets arbeid som drev fra avinstitusjonaliseringen av hjelpetilbudet for utviklingshemmede (Brevik og Høyland 2007). Men dette ble fulgt opp av statlige bevilgninger som delvis fortsatt eksisterer (vertskommunetilskuddet), sjøl om det alt vesentlige nå formidles fra staten gjennom inntekstsystemet.

Tabell 6.7 *Oversikt over tilførsel av årsverk i aktive perioder 1991-2007 fordelt på åpen årsverk i institusjon og i heimebaserte tjenester. Årsverk omregnet etter register for alle år.*

Periode	Heimebasert		Institusjon		I alt	
	Abs t.	Pst	Abs t.	Pst	Abs t.	Pst
1. 1991-1993	14.751	33,4	2.878	20,9	17.629	31,0
2. 1996-1997	7.459	16,9	3.450	25,0	10.909	19,2
3. 1998-2001	9.857	22,3	4.434	32,1	14.291	25,1
4. 2006-2007	8.079	18,3	3.039	22,0	11.118	19,6
Sum 1-4, 11 år	40.146	90,9	13.801	100	53.947	94,9
Øvrige, 6 år	4.042	9,1	- 1.160		2.882	5,1
Alle	44.188	100	12.641		56.829	100

Kilde: Beregninger ved NIBR 2009

Det som skjedde den gangen, var epokegjørende. Ikke bare fordi en tredjedel av økningen i årsverksinnsatsen i de 17 åra (1991-2007), kom i løpet av disse tre åra, jf. tabell 6.7, men også fordi arbeidet med reformen antakelig la mye av grunnlaget for utviklingen av kommunale boliger og tjenester for andre yngre brukergrupper i alle åra som så fulgte.

2. 1996-1997

Fordi innsatsen under HVPU-reformen var så omfattende, ble det som nevnt en liten stillstand i åra 1994-95, på tross av at bedre økonomiske konjunkturer gjorde seg gjeldende f.o.m. 1993-94.

Samtidig hadde Gjærevoll-utvalget lagt fram sin innstilling (NOU 1992:1) som klart ga uttrykk for og råd om å satse på boligging og heimebaserte tjenester, slik vi gjorde rede for i kapittel 4. Og med både ideologien og økonomien på plass under høykonjunktur i 1996-97, skjøt utbyggingen av de heimebaserte tjenestene fart, og framfor alt med vekt på unge brukere. Omsorgsideolgien og konjunkturen gikk hand i hand.

I løpet av de 5 åra 1991-93 og 1996-97 hadde halvparten av veksten i pleie og omsorgstjenestene i perioden 1991-2007 funnet sted, både samlet og i åpen omsorg, jf. tabell 6.7. Og nærmere 8 av de 10 årsverkene i denne veksten kom i heimebaserte tjenester og de aller fleste gikk til brukere under 67 år. Tida var overmoden for en handlingsplan for 'eldreomsorgen'.

3.1998-2001.

I tillegg til gode konjunkturer forsterkes kommunenes grunnlag gjennom statlige midler i *Handlingsplan for eldreomsorgen*, i kraft av midler både til *drift og til bygging*. Samlet statlig bidrag til dette kom i alt opp i 40 milliarder kroner. Gjennom statens fokus på omsorgsboliger, og etter hvert med heldøgns pleie- og omsorg, ble det omsorgsideologiske elementet knyttet opp mot det økonomiske grunnlaget til å virkeliggjøre det.

I løpet av disse 6 åra - fra 1996-2001 - fant 44 prosent av veksten i årsverk i omsorgstjenestene i perioden 1991-2007 sted. Det samme gjaldt 40 prosent av årsverksveksten i de heimebaserte tjenestene, jf. tabell 6.7.

4. 2006-2007

I løpet av disse åra skyter ressursinnsatsen igjen fart. Det hadde helt klart sammenheng med politisk vilje til å bedre kommuneøkonomien. Men det skjer samtidig på toppen i en høykonjunktur. Den omfattende innsatsen kanaliserte imidlertid kommunene fortsatt i stor grad inn i de heimebaserte tjenestene, med *forsterket vekt på yngre brukere*. En stevnet som en hadde gjort, både med og mot konjunkturerne. Dette fulgte igjen av at *innretningen* av tjenestene *for lengst var lagt om*. Og på statlig nivå har en ikke funnet grunn til å endre på det.

Konklusjon

Vekst og utvikling i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene har framfor alt vært drevet fram i kraft av den *generelle økonomiske situasjonen i landet til enhver tid*.

Dernest har veksten vært forbundet til utviklingen av en statlig omsorgsideologi med *avinstitusjonalisering, boliggjøring og hjemliggjøring av omsorgstjenestene* som mål, og med statlige overføringer til å realisere dette. Her står *HVPU-reformen, Opptrappingsplan for psykisk helse* samt statlige tilskudd til bygging av *omsorgsboliger gjennom Husbanken* i perioden 1994-2006 knyttet til Handlingsplan for eldreomsorgen fram som det mest sentrale.

Den tredje krafta har vært de direkte statelig økonomiske bidragene for å styrke feltet gjennom overføringer slik som under *Handlingsplan for eldreomsorgen* i perioden 1998-2001, bl.a. med direkte økonomisk bidrag til drift av omlag 12.000 årsverk over 4 år.

Et eksempel på statlig føringar med motsatt fortegn, var svekkelsen av kommuneøkonomien i perioden 2002-2005 under Bondevik-regjering II, sjøl om deler av dette den gangen også kanskje kunne tilskrives lavkonjunkturen 2001-2002.

Det er m.a.o. de generelle økonomiske konjunktorene og statlig inngripen gjennom reformer og handlingsplaner med tilhørende økonomiske midler som har utgjort de bakenforliggende hoveddrivkreftene. Dette tvers gjennom opinionenes og medias rop om mer til 'eldreomsorgen'!

Men like viktig i dette bildet har vært kommunenes evne og vilje til kontinuerlig og forsterket å *forme og innrette* tjenestene sine etter omsorgsideologien om *boliggjøring og hjemliggjøring*. Kommunene har på egen hand lagt føringar på innretningen av tjenestene, særlig etter at HVPU-reformen var avsluttet i 1995. De har nyttet det økonomiske handlingsrommet som til enhver tid måtte ha vært der til å satse på heimebaserte tjenester og gi et tilbud til titusener av nye unge brukere. Sjøl under *Handlingsplan for eldreomsorgen*, fortsatte dette arbeidet kontinuerlige.

Slik sett har det vært kommunene som langt på vei har utgjort drivkrafta når det gjelder *innretningen* av tjenestetilbudet, sjøl om statlige bidrag, f. eks til omsorgsboliger, også har vært betydelige pådrivere.

7 Ressursbruken fordelt etter hovedårsak til brukernes hjelpebehov og alder

I kapittel 3 gjorde vi rede for hvordan brukerne av heimebaserte tjenester fordelte seg etter alder. Og vi viste samtidig hvordan brukerne under 67 år fordelte seg etter hovedårsak til hjelpebehovet over tidsperioden 1989-2006.

Slik vi gjennomførte analysene av antall brukere i kapittel 3, ønsker vi her tilsvarende å vise hvor stor del av årsverkene som over tid har gått til brukere under 67 år og hvordan disse fordeler seg etter hovedårsak til hjelpebehovet.

Siden fordeling av årsverkene i heimebaserte tjenester etter brukernes alder og hovedårsak til hjelpebehov aldri tidligere har blitt gjennomført, er vi først henvist til å kunne skille ut årsverksbruken i forhold til brukere 67 år+. Og analogt til kapittel 3, vil vi dernest beregne og skille ut den delen av årsverkene i heimebaserte tjenester som går til utviklingshemmede.

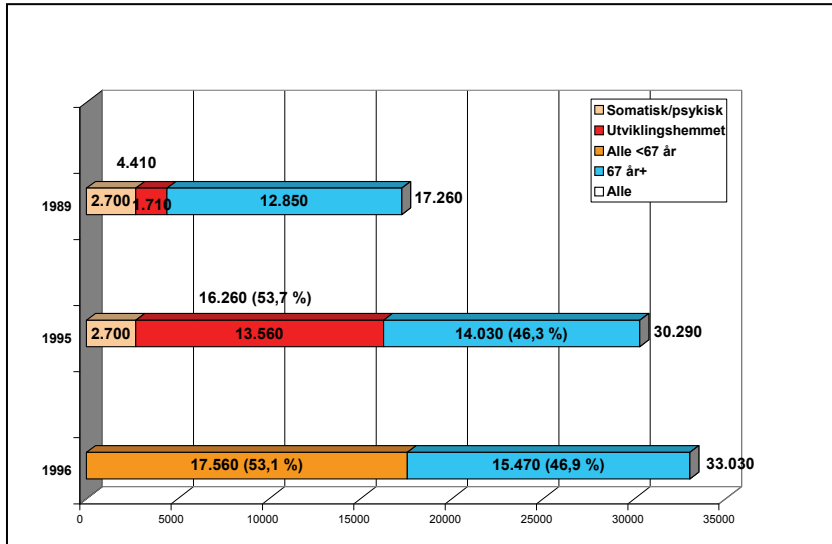
I tillegg til å skille ut de yngres bruk, er målet å fordele årsverksbruken mellom de tre hovedårsaksgruppene: utviklingshemmede og brukere med somatiske sykdommer og psykiske lidelse i en tidsserie som løper fram til 2007. Vi starter med året 1989 som er det første som muliggjør slike beregninger.

7.1 Årsverk i åpen omsorg til brukere under 67 år og til utviklingshemmede 1990-1996

Vi tar her utgangspunkt i året 1989 og årsverksbruken ved utgangen av 1995 da mesteparten av HVPU-reformen var unnagjort.

Vi baserer oss i utgangspunktet på data om brukere og bruk slik disse går fram av tabell 7.1v.⁷⁷

Figur 7.1 *Antall årsverk i heimebaserte tjenester blant brukere under 67 år og 67 år+. Brukere under 67 år fordelt på utviklingshemmete og øvrige brukere.*



Kilde: SSB, Toresen 2003 og beregninger ved NIBR 2009

Vi har beregnet at av de 17.260 årsverkene i åpen omsorg i 1989 falt 4.410 på brukere under 67 år, derav 1.710 på utviklingshemmede. Resten, 12.850 årsverk tilfalt brukere 67 år+, jf. fig. 7.1.

Vi har lagt til grunn at 13.031 årsverk i de heimebaserte tjenestene etter 1989 - eller hele tilveksten i årsverk i disse tjenestene i perioden 1990-1995 - gikk til utviklingshemmede.⁷⁸ Av disse tilfaller 11.850 årsverk utviklingshemmede under 67 år i denne perioden. Det var således 13.560 (11.850+1.710) årsverk som gikk til utviklingshemmede bruker under 67 år i 1995.

⁷⁷ I arbeidsnotat nr 7, om *Beregning av fordeling av årsverk blant brukere av heimebaserte tjenester ved ulike etapper*, har vi gjort nærmere rede for grunnlaget for og sjølve beregningen av årsverk i heimebaserte tjenester etter alder og knyttet til utviklingshemmede.

⁷⁸ Siden det bl.a. ble flere utviklingshemmede brukere av heimebaserte tjenester under 67 år enn det ble brukere i alt i perioden 1990-1995, jf. tabell 7.1v, har vi lagt til grunn at all netto tilvekst i årsverk i de heimebaserte tjenestene i denne perioden tilfalt utviklingshemmede.

Ved utgangen av 1995 gikk 16.260 årsverk til brukere under 67 år, eller 54 prosent av alle årsverk i de heimebaserte tjenestene til personer under 67 år, jf. figur 7.1.

7.2 Årene 1996 -2002

For årene 1996 -2001 mangler vi data som gjør det mulig å skille bruken etter hovedårsak til hjelpebehovet. Ved hjelp av tidligere beregninger ved NIBR, kan vi imidlertid gjøre rede for utviklingen i fordeling etter alder.

Vi har i kapittel 4 vist fordelingen av årsverk i heimebaserte tjenester etter om brukerne bor i kommunale eller egne ordinære boliger. Det kommer vi tilbake til her og viser denne fordelingen for årene 1996 og 2002.

Dette er viktige data fordi de gir kunnskap om de kommunale boligenes plass og betydning i den samlede pleie- og omsorgskjeden. Forøvrig er det mulig å analysere IPLOS-data 2006-2008 med sikte på bruken av heimebaserte tjenester etter om brukerne bor i kommunale eller ordinære private boliger. Slike data er imidlertid så langt ikke publisert samtidig som det ikke har vært tilgang til datafilene i IPLOS for eksterne brukere.

Her tar vi utgangspunkt i året 1996, året etter at HVPU-reformen var avsluttet og går fram til 2002 da *Handlingsplan for eldreomsorgen* var avsluttet. Vi nytter beregninger av fordelig av årsverk i de heimebaserte tjenestene som tidligere er gjennomført ved NIBR (Toresen 2003) og egne beregninger på grunnlag av Helsetilsynets undersøkelse 2003. Vi ønsker særlig å vise hvordan utviklingen har vært blant brukerne under 67 år.

7.2.1 Utvikling i årsverksbruk

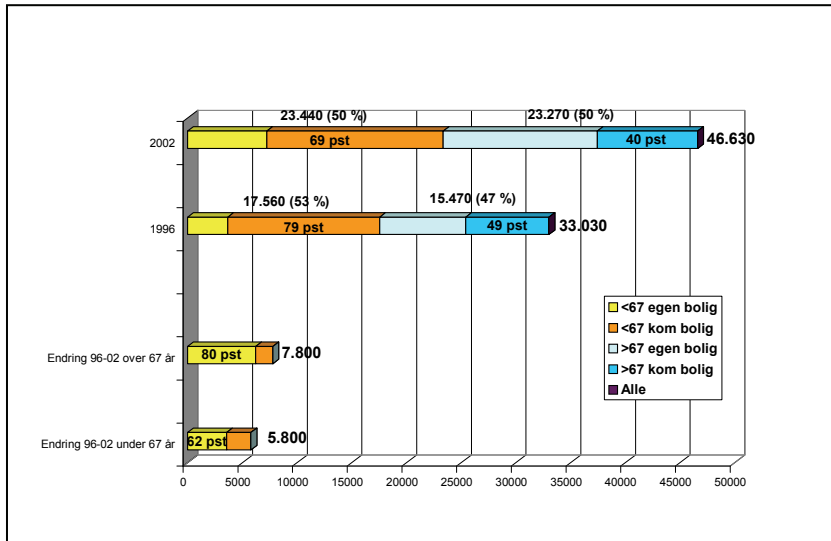
Beregninger og oversikt over antall brukere og antall årsverk og årsverk per bruker etter alder og type oppholdssted, er gjengitt i Toresen 2003 og eget prosjektnotat.⁷⁹

⁷⁹ Vi viser her til Prosjektnotat nr 8, Ressursbruken – utvikling i årsverk i pleie- og omsorgstjenestene, kapittel 5.6 samt til tabellvedlegg til det notatet.

1. Fordeling av årsverk i 1996 og 2002 etter alder

I 2002 fordelte årsverkene i de heimebaserte tjenestene seg med halvparten på brukere under og over 67 år, jf. figur 7.2. I 1996 falt imidlertid 53 prosent på bruker under 67 år.

Figur 7.2 *Antall årsverk i heimebaserte tjenester 1996 og 2002 samt endring 1996-2002 for brukere under og over 67 år etter type oppholdssted. Årsverk etter skjema. Absolutte tall og prosent.*



Kilde: Toresen 2003 og Helsetilsynet 2003/beregninger ved NIBR 2009⁸⁰

Sjøl om det absolutt sett også ble tilført nesten 6.000 flere årsverk i de heimebaserte tjenestene til brukere under 67 år i denne perioden, skyldes denne *relative* utviklingen den sterke årsverksveksten blant eldre brukere som fant sted under *Handlingsplan for eldreomsorgen*.

Samtidig var bruken i 1996 sterkt preget av framveksten av utviklingshemmede brukere i 5-års-perioden forut. I perioden 2002-2007 snur imidlertid igjen dette bildet seg: De yngre brukerne økte igjen betydelig sin andel av samlet bruk, jf. kapittel 7.3.

⁸⁰ For året 1996 baserer vi oss på tidligere bergninger ved NIBR av *fordelingen* av årsverk i 1996 (Toresen 2003), men korrigerer dem i absolutt omfang iht. våre egne beregninger av årsverksfordelingen slik den går fram i prosjektnotat 1. Antall årsverk i Toresens oppgaver og våre beregninger var sammenfallende for året 1996, mens antall årsverk for 2002 er basert på våre egne oppgaver (etter skjema).

2. Fordeling av tilvekst 1996-2002

Av en tilvekst på 13.600 årsverk i årene 1996-2002, falt 57 prosent på eldre brukere, jf. figur 7.2. På tross av dette for det meste fant sted i en periode med sterk fokus på eldre, tilfalt likevel vel 40 prosent av økningen i årsverk i denne perioden brukere under 67 år, jf. figur 7.2.

Så langt har vi vist at nesten hele tilveksten av årsverk i de heimebaserte tjenestene i perioden 1990-95 og 43 prosent i perioden 1996-2002 tilfalt brukere under 67 år. Og i åra etter 2001, gikk hele årsverksøkningen i de heimebaserte tjenestene til brukere under 67 år, jf. figur 7.3.

De yngre brukerne dominerer utviklingen i de heimebaserte tjenestene i nesten hele perioden 1990-2007. Denne sterke vridningen bort fra eldre, kan ha slått inn i innretningen av tjenestene til de yngre, men ikke nødvendigvis for de eldre brukerne.

3. Fordeling av årsverk 1996 og 2002 etter type oppholdssted og alder

De kommunale boligene er en viktig arena for de heimebaserte tjenestene. I 2002 ble 54 av alle årsverkene her ytt i kommunale boliger. Det gjaldt 7 av 10 årsverk blant brukere under 67 år og 4 av 10 blant de eldre, jf. figur 7.2. Således gikk 64 prosent av alle årsverk i de heimebaserte tjenestene i kommunale boliger til brukere under 67 år.

4. Vekst i årsverk 1996 og 2002 etter type oppholdssted og alder

Av årsverksøkningen fra 1996 og fram til 2002 gikk imidlertid vel 7 av 10 årsverk til brukere som bor i egne ordinære boliger. Det gjaldt 62 prosent blant brukere under 67 år og 80 prosent blant brukere over 67 år, jf. figur 7.2. De heimebaserte tjenestene synes å ekspandere sterkere enn det som er rimelig å fange opp i kommunale omsorgsboliger. Det må også igjen bl. a. bety at årsverksbruken per bruker (intensiteten) tiltar.

Denne bevegelsen gjør at sjøl om at det er en mindre *økning* i årsverk i kommunale boliger både blant eldre og yngre brukere fra 1996 til 2002, avtar den *relative* andelen her i begge aldersgruppene. Samlet ble 65 prosent av årsverkene i heimebaserte tjenester i 1996 ytt i kommunale boliger, mot som nevnt 54 prosent i 2002.

Det har m.a.o. funnet sted to parallelle løp. Ett knyttet til en betydelig, men mindre voksende bruk av heimebaserte tjenester i kommunale boliger. Og ett annet sterkt preget av pleie og omsorg i egen ordinær bolig. Det gjelder framfor alt brukere under 67 år i tida etter 2002, idet det i åra 2002-2006 ble 13.400 brukere under 67 år hvorav 3/4-deler eller 10.000 brukere var bosatt i egne ordinær bolig. Det kommer vi tilbake til i neste avsnitt 7.3.

En mer nøyaktig kunnskap om hvordan denne utviklingen har gått i de seinere åra, er det bare IPLOS som kan gi svar på. Og herfra er det så langt ikke publisert årsverkstall fordelt etter hvor brukerne befinner seg.

7.3 Endring i årsverksbruk i heimbaserte tjenester etter hovedårsak til hjelpebehovet 1995-2002 og 2002-2007

7.3.1 Om beregningsgrunnlaget

I framstillingen av endringer i årsverk i årene 2002-2007 og 1995-2007 som følger her, har vi nyttet årsverk etter *register*, slik vi har gjort rede for i kapittel 6.1. Og samlet oversikt over faktisk antall årsverk etter register for årene 1995-2007, går fram tabell 6.3.

1. Fordeling av årsverk etter alder

Her nytter vi fordelingen av uketimeverk - estimert på grunnlag av antall brukere iht. IPLOS og timebruk per uke iht. registreringene av disse i IPLOS for 2007 - som grunnlag for fordelingen av samlet bruk i heimebaserte tjenester mellom brukere under 67 år og 67 år+ i 2002, 2006 og 2007.⁸¹ Eksempel på beregningen for året 2006, går fram av tabell 7.2v.

2. Fordeling av årsverk etter hovedårsak til hjelpebehovet

Utviklingshemmede

For 2002 nytter vi fordelingen i uketimeverk mellom utviklingshemmede brukere med somatiske sykdommer og psykiske lidelser

⁸¹ Antall brukere av heimebaserte tjenester gjengitt i KOSTRA er for 2002 og 2006 *estimert etter IPLOS*, dvs. slik at de er sammenliknbare i forhold til den nye statistikken basert på IPLOS f.o.m. 2007, jf. SSB, Notat 2008/42.

som grunnlag, slik dette går fram av Helsetilsynets undersøkelse i 2003⁸².

Det ga 15.930 årsverk til utviklingshemmede i 2002, jf. tabell 7.3 (nedenfor), og 1,45 årsverk per utviklingshemmet bruker per år.⁸³ Det har vi også lagt til grunn for beregningene av årsverk til utviklingshemmede i 2006 og 2007.

Brukere med somatiske sykdommer og psykiske lidelser

Når årsverkene til utviklingshemmede er beregnet, tilfaller differensen i forhold til samlet antall årsverk i heimebaserte tjenester, brukere under 67 år med somatiske sykdommer og psykiske lidelser. For 2002 fordeles disse relativt med de andeler som går fram av Helsetilsynets undersøkelse, slik nevnt ovenfor.

For 2006 beregnes årsverkene til disse gruppene der vi forutsetter at *bruken per person* mellom de to gruppene *relativt sett* er den samme som i 2002, men justert for endring i antall brukere, i hht figur 3.9. Fordelingen av årsverkene beregnes m.a.o. både ut fra den enkelte gruppes relative antall årsverk per person og sammensetningen etter antall personer.

For 2007 kjenner vi ikke antall brukere. Vi forutsetter enkelt at den *relativt innbyrdes* fordelingen av de årsverk som er til fordeling mellom de to gruppene i 2007 er den samme som i 2006⁸⁴. Resultatene går fram av tabell 7.3 og figur 7.3.

⁸² I Prosjektnotat nr 7, tab.9, går det fram at 60 prosent av uketimeverkene falt på utviklingshemmede, mens 14 prosent gikk til brukere med psykiske lidelser og 26 prosent til brukere med somatiske sykdommer.

⁸³ I 2002 gir dette: 15.930 årsverk:11.084 brukere=1.45. årsverk pr utviklingshemmet bruker. Vi beregnet den tilsvarende innsatsen i 1995 til: 1,48 årsverk (13.560 årsverk:9.132 brukere=1.48, jf., Prosjektnotat 7.a). Antall årsverk til utviklingshemmede beregnes for 2006 og 2007 direkte ut fra 1,45 årsverk pr bruker multiplisert med antall brukere, jf. figur 3.9.

⁸⁴ Grunnlaget for beregningene er gjort rede for i Prosjektnotat 7a, Om beregning av fordelingen av årsverk blant bruker av heimebaserte tjenester ved ulike etapper og notat 7b, Omfanget i bruken av heimebaserte tjenester, NIBR, Oslo, april 2009.

Tabell 7.3 *Årsverk i de heimebaserte tjenestene fordelt mellom brukere over og under 67 år samt brukere under 67 år fordelt etter hovedårsak til hjelpebehovet. 2002, 2006 og 2007.*

År	Alle	67 år+	< 67år	Utviklingsh.	Somatisk sykd.	Psykisk	Soma.+ psykisk
1. 2002 IPLOS*)	52.990	26.440	26.550	15.930	6.900	3.720	10.620
Andel prosent		49,9	50,1	60	26	14	40
2. 2006 IPLOS*)	59.770	25.640	34.130	17.470	9.930	6.730	16.660
Andel i prosent	59.767	42,9	57,1	51	29	20	49
3. 2007 IPLOS direkte	63.640	25.580	38.060	17.730	12.120	8.210	20.330
Andel i prosent		40,2	59,8	46	32	22	54

Kilde: KOSTRA, Pleie- og omsorgstatistikk, IPLOS, Helsetilsynet 2003 og beregninger ved NIBR, Oslo 2009.

*)Antall brukere av heimebaserte tjenester gjengitt i KOSTRA er for 2002 og 2006 *estimert* slik at de er sammenliknbare i forhold til den nye statistikken basert på IPLOS f.o.m. 2007, jf. SSB, Notat 2008/42, tabell 4.2. Her legger vi *uketimeverk* estimert på grunnlag av *antall brukere* av heimebaserte tjenester iht. IPLOS og *timebruk per uke* etter alder i henhold til registreringene av disse i IPLOS i 2007, til grunn for fordelingen av samlet bruk (uketimeverk) mellom brukere under 67 år og 67 år+ i 2002, 2006 og 2007.

Vurdering av beregningsgrunnlaget

Andel årsverk i heimebaserte tjenester og fordeling etter alder

Grunnlaget for beregningen av fordeling av årsverk mellom institusjon og heimebaserte tjenester gjorde vi rede for i kapittel 6.1. Veksten i årsverk i heimebaserte tjenester i alt fra 2002-2006, var i følge denne beregningen 6.781 årsverk, eller 12,8 prosent, jf. tabell 6.6.

Veksten i uketimeverk 2002-2006 beregnet på grunnlag av IPLOS, var 12,3 prosent. Dette er nesten perfekt sammenfall. Våre beregninger her og beregninger ved bruk av IPLOS-data uavhengig av

de første beregningene, understøtter hverandre. Vi anser derfor disse som svært sikre.

Fordelingen i årsverksbruk i de heimebaserte tjenestene 2002-2007 etter alder, her mellom brukere under og over 67 år, er helt ut basert på IPLOS og grundig gjort rede for i de nevnte prosjektnotatene. De er etter vår vurdering pålitelige. I tabell 7.2v er som eksempel gjengitt de nevnte IPLOS-beregningene for året 2006.

Utviklingshemmede

Beregningen av antall utviklingshemmede brukere er nokså sikre og grundig utredet.⁸⁵

Hvis vi forutsetter at 70 prosent av ett årsverk i heimebaserte tjenester til utviklingshemmede går til direkte brukerretta aktivitet, gir 1.45 årsverk 33 timer brukerretta innsats per bruker per uke⁸⁶. I en landsomfattende undersøkelse i 2005 (Brevik og Høyland 2007) fant vi at i gjennomsnitt ble ytt 37 timer brukerretta heimebaserte tjenester per uke til utviklingshemmede. Det kan tyde på at 1,45 årsverk per bruker per år er et minimumsanslag⁸⁷. På den andre siden kviler beregningene på at 60 prosent av årsverkene i heimebaserte tjenester til brukere under 67 år i 2002 gikk til utviklingshemmede.

Brukere med somatiske sykdommer og psykiske lidelser

Fordelingen av bruken i 2002 etter hovedårsak til hjelpebehovet er basert på sikre representative data for 80 prosent av årsverkene i

⁸⁵ Vi har foretatt en grundig gjennomgang av et omfattende materiale om antall utviklingshemmede brukere av heimebaserte tjenester i perioden 1989-2007 basert på bred dokumentasjon. Dette er gjort rede for i prosjektnotat nr 3, *Utvikling i antall utviklingshemmede brukere i pleie- og omsorgstjenestene 1989-2007*, NIBR, april 2009.

⁸⁶ Forutsetningene for denne beregningen er gjort rede for i vedlegg til prosjektnotat 7a, der bl.a. årsverket er satt til 1.668 avtalte timeverk og sykefravær og annet fravær er beregnet til 15 prosent samt at annen indirekte tid er satt til 15 prosent. Det gir samlet 30 prosent indirekte tid.

⁸⁷ Om vi la 37 timer brukerretta arbeid pr uke til grunn, ville det gi 1.65 årsverk pr utviklingshemmet pr år som resultat. Men samtidig vet vi at den overveiende delen av arbeidet med utviklingshemmede, er knyttet til bosatte i fellesskapsboliger der tjenestene for 8 av 10 brukere ytes gjennom personalbase/omsorgsbases, jf. Brevik 2008b, kapittel 6. Dette må antas å redusere den indirekte tiden en god del sammenliknet med tjenesteyting i ordinære private boliger. Dette forholdet er imidlertid lite empirisk belagt. Det er derfor en viss usikkerhet knyttet til den faktiske årsverksbruken i de heimebaserte tjenestene knyttet til utviklingshemmede. IPLOS-data vil imidlertid kunne belyse dette.

heimebaserte tjenester det året. Eventuelle avvik pga skeivheter i fordelingen blant de resterende, vil bare kunne forårsake marginale avvik.

Fordelingen i antall brukere i 2006 mellom personer med somatiske sykdommer og psykiske lidelser, er basert på fordelingen i en landsrepresentativ kommuneundersøkelse i 2006, jf. kapittel 3.3.3. I forhold til fordelingen mellom disse gruppene i 2002, viser den særlig økning av brukere med psykiske lidelser, jf. figur 3.9. Det finner vi rimelig, bl.a. på bakgrunn av virksomheten i tilknytning til *Opptrappingsplan for personer med psykiske lidelser*.

7.3.2 Sterk vekst blant brukere med somatiske sykdommer og psykiske lidelser

I figur 7.3 har vi gitt oversikt over antall årsverk i de heimebaserte tjenestene for årene 1995, 2002, 2006 og 2007 fordelt på brukere 67 år+ og brukere under 67 år. De siste er igjen fordelt etter hovedårsak til hjelpebehovet.

1. Fordeling 2007

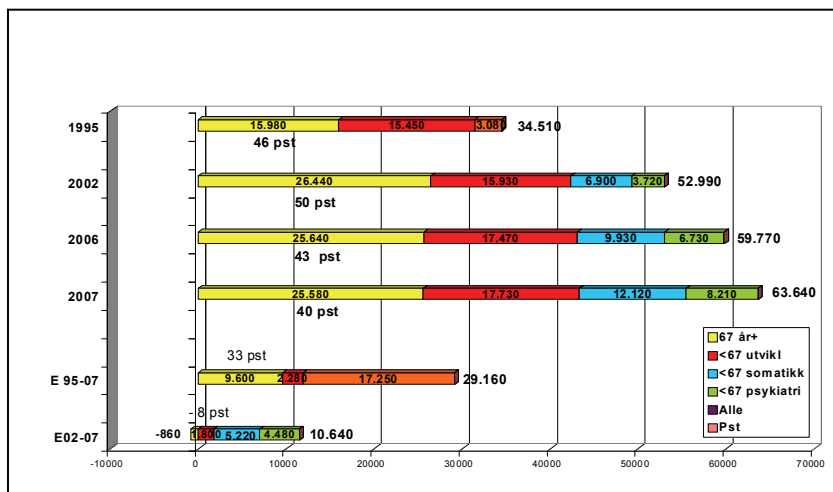
I 2007 har vi beregnet at det *i alt* ble utført 63.640 årsverk i de kommunale heimebaserte tjenestene. Av disse gikk 38.000, eller 40 prosent til brukere 67 år+, mens 60 prosent falt på brukere under 67 år, jf. tabell 7.3.

Det siste er mye og tilsvarte f. eks *40 prosent av årsverksinnsatsen i spesialisthelsetjenesten* det året (95.800 årsverk) jf. kapittel 6, figur 6.4.

I 2007 gikk majoriteten av årsverkene til brukere under 67 år til personer med *somatiske sykdommer* og *psykiske lidelser* som hovedårsak til hjelpebehovet, jf. tabell 7.3. Av de vel 20.000 årsverkene til disse falt 60 prosent, eller ca. 12.000 på personer med somatiske sykdommer. Resten, eller vel 8.000 årsverk, gikk til brukere med psykiske lidelser som hovedårsak til hjelpebehovet.

I følge våre beregninger bruker disse to brukergruppene nå til sammen flere årsverk enn utviklingshemmede. De ruver i den kommunale åpne omsorgen. Og deres andel utgjorde 1/3-del av samlet antall årsverk i de heimebaserte tjenestene i 2007.

Figur 7.3 Årsverk i heimebaserte tjenester fordelt mellom brukere under 67 år og 67 år+ samt brukere under 67 år etter hovedårsak til hjelpebehovet. Utvalgte år. Og endring 1995-2007 og 2002-2007. Registrerte årsverk.



Kilde: KOSTRA, IPLOS og Helsetilsynet 2003.

2. Vekst 1995-2007

I perioden 1996-2007, dvs. etter at HVPU-reformen var gjennomført, tilførte kommunene den åpne omsorgen vel 29.000 årsverk. Av disse har 19.530 eller 2/3-deler gått til brukere under 67 år, jf. figur 7.3.

Og i denne perioden gikk 88 prosent av tilveksten i årsverk til yngre brukere til *andre enn* utviklingshemmede, dvs. personer med *somatiske sykdommer og psykiske lidelser* som hovedårsak til hjelpebehovet.

Antall årsverk til disse økte med 17.250 årsverk, fra ca. 3.000 i 1995 til 20.330 i 2007, jf. figur 7.3. Det er en 7-dobling på 12 år.

Også blant brukere 67 år+ var det en betydelig økning perioden sett under ett, med 9.600 årsverk. Men samtlige av disse kom i årene før 2002, jf. figur 7.3, dvs. i det alt vesentlige i tilknytning til *Handlingsplan for eldreomsorgen*.

De yngre brukernes majoritetsposisjon er blitt til i to omganger. Først i perioden 1990-95 gjennom HVPU-reformen. I 1989 sto brukere under 67 år for bare 25 prosent av årsverkene i de heime-

baserte tjenestene, jf. figur 7.1. I 1995 gikk imidlertid 54 prosent av årsverkene til disse. Andelen ble så redusert til 50 prosent fram til 2002, dvs. under *Handlingsplan for eldreomsorgen*. Men etter 2002 har *all tilvekst i heimebaserte tjenester gått til brukere under 67 år*.

Årene 2002-2007

I løpet av de 5 årene 2002-2007 fører kommunene netto 10.640 årsverk inn i de heimebaserte tjenestene. Og i følge våre beregninger på grunnlag av IPLOS-data, går mer enn samtlige til brukere under 67 år.

Siden innsatsen for brukere 67 år+ reduseres med 860 årsverk, jf. figur 7.3, øker årsverkene for brukere *under 67 år* med 11.510, fra 26.550 i 2002 til 38.060 årsverk i 2007, eller med 43 prosent på 5 år.

Det er svært mye og på høyde med det som fant sted som følge av HVPU-reformen i perioden 1990-1995 (11.850 årsverk til utviklingshemmede under 67 år), jf. kapittel 7.1.

En mindre del av denne tilveksten, eller 16 prosent (1800 årsverk) gikk til utviklingshemmede. Resten har gått til brukere med *somatiske sykdommer og psykiske lidelser*, med omlag 5.000 årsverk til hver gruppe.

Mens årsverk til brukere med *somatiske sykdommer* vokste med 75 prosent i løpet av disse 5 åra, ble innsatsen til brukere med *psykiske lidelser* mer enn fordoblet, fra 3.720 årsverk i 2002 til 8.210, dvs. med ca. 4.500 årsverk eller 120 prosent.

Bare en mindre del av denne økningen til personer med psykiske lidelser, eller vel 1.700 årsverk, kom til gjennom finansiering i *Opptrappingsplan for psykisk helse* i åra 2002-2007.⁸⁸ Det tyder på at kommunene på egenhand har tilført betydelige ressurser også til personer med psykiske lidelser i denne perioden.

Men hovedtyngden faller imidlertid på personer under 67 år med *somatiske sykdommer* som årsak til hjelpebehovet. Disse har f. eks

⁸⁸ Under *Opptrappingsplan for psykisk helse* kom det fram til 2007 til 2.700 årsverk i de heimebaserte tjenestene ('praktisk bistand'), hvorav 1.734 årsverk fra 2002 til utgangen av 2007 (Kaspersen et al, SINTEF 2008, tabell 2.5). Da har vi regnet alle disse årsverkene til å gjelde brukere under 67 år, men en mindre del må også ha gått til brukere 67 år+. For nyere beregninger av årsverk i de heimebaserte tjenestene til voksne i psykisk helsevern viser vi til NIBR-rapport 2010:1, kapittel 6.9.5.

aldri vært gjort til gjenstand for statlige handlingsplaner eller særskilte satsinger.

Framveksten i et slikt omfang av yngre brukere og årsverk i de heimebaserte tjenestene, reiser flere viktige spørsmål, både av kvantitativ og kvalitativ art. Vi har i kapittel 4 bl.a. vist at pleie- og omsorgsbehovene blant yngre brukere - særlig blant dem med somatiske sykdommer i kommunale boliger - er nokså omfattende.

Det enkleste er spørsmålet om hjelpa her og ellers rent kvantitativ er tilstrekkelig.

I kapittel 8 kommer vi tilbake til slike spørsmål og drøfter i hvilken grad den offentlig tilførte hjelpa eventuelt hat vært utilstrekkelig eller kan framstå som mangelfull.

7.4 Om driftskostnader i de heimebaserte tjenestene og vekst 1995-2007

Vi har gjort rede for fordelingen av årsverk blant brukere under 67 år etter hovedårsak til hjelpebehovet og økningen i antall årsverk siden 1995. Her skal vi knytte kostnader til disse fordelingene. Vi legger til grunn kostnadene per årsverk i de heimebaserte tjenestene i 2007.

I følge *KOSTRA* var samlet brutto driftskostnader i 2007 i åpen omsorg (f254+f234) 31,951.668 milliarder kroner. Antall årsverk var 63.639. Det gir i gjennomsnitt $31,952:63.639=502.066$ kr brutto driftskostnader per årsverk.

Tabell 7.4 *Årsverk og brutto driftskostnader i 2007 i heimebaserte tjenester til brukere under 67 år samt nivåøkning 1995-2007 fordelt etter hovedårsak til hjelpebehovet. Årsverk og kroner i millioner. 2007.*

Hovedårsak til hjelpebehovet	Somatisk sykdom	Psykiske lidelser	Utviklingshemmet	Alle
Nivåøkning i antall årsverk og kostnader 1995-2007				
Årsverk	17.250		2.280	19.530
Kostnader	8.661		1.144	9.805
Nivå 2007 årsverk og kostnader i alt				
Årsverk	12.120	8.210	17.730	38.060
Kostnader	6.085	4.122	8.901	19.108

Kilde KOSTRA og beregninger ved NIBR 2009.

I 2007 beløp brutto driftskostnader knyttet til heimebaserte tjenester for brukere under 67 år seg til 19.1. milliarder kroner beregnet under våre forutsetninger, jf. tabell 7.4. Derav gikk 10.2 milliarder, eller 54 prosent av kostnadene til personer med *somatiske sykdommer eller psykiske lidelser* som hovedårsak til hjelpebehovet.

Dette er størrelsesordener på et helt annet nivå enn f. eks kostnader knyttet til *ferdigbehandlet pasienter i den somatiske 2. linjetjenesten*.⁸⁹

På årsbasis løftet kommunene i løpet av perioden 1996-2007 nivået til drift av heimebaserte tjenester for brukere under 67 år med tilsvarende **9,8 milliarder kroner** (2007-kroner), hvorav omlag 8.7 milliarder var knyttet til brukere med somatiske sykdommer og psykiske lidelser som hovedårsak til hjelpebehovet.

⁸⁹ Samtlige ferdigbehandlede pasienter i somatiske sykehus i alle aldre gjaldt i 2008 i følge Helse- og omsorgsdepartementet 145.000 liggedøgn. I annen sammenheng har vi beregnet at fenomenet 'ferdigbehandlede i somatiske sykehus' maksimalt kan oversettes til drift av 400 sykehjemsplasser til en samlet kostnad av 300 mill kroner i 2007. Dette dog under den urealistiske forutsetningen om at forlenget liggetid i sykehus i sin helhet kunne tilskrives utilstrekkelige kommunale pleie- og omsorgstjenester (Brevik 2009).

Dette er på sett og vis en nokså omfattende nivåheving uansett hva en velger som målestokk for sammenlikning, f. eks veksten i innsatsen for eldre i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene i samme periode eller med ressursutviklingen i 2. linjetjenesten for tilsvarende målgrupper.

7.5 Om intensitet – omfang av hjelp per bruker

Det foreligger få analyser av utviklingen i ressursbruken i forhold til den enkelte brukere. De fleste framstillingene av dette går ut på å slå sammen alle brukere, både dem med plass i institusjon og brukerne av heimebaserte tjenester. Dette blir imidlertid lite interessant da en ikke kan avgjøre hvordan observert årsverksøkning fordeler seg mellom institusjon og heimebaserte tjenester og mellom aldersgruppene. En vesentlig årsak til dette er at det etter 1993 ikke har foreligget statistiske data der den samlede årsverksbruken har vært fordelt på ulike brukergrupper.

NIBR har i denne sammenhengen og tidligere (Brevik 2003a, Toresen 2003) gjort beregninger av hvordan årsverkene i pleie-omsorgssektoren fordeler seg mellom ulike brukergrupper. Det har gjort oss i stand til å studere utviklingen i intensitet, dvs. årsverk ytt per bruker over tid. Vi fokuserer her på de heimebaserte tjenestene.

Innledningsvis skal vi ta for oss utviklingen i perioden 1980-2001 der årsverksoppgavene er basert på skjema, jf. kapittel 6.1. Dernest gjør vi rede for utviklingen i de heimebaserte tjenestene perioden 1992-2007 ut fra årsverksoppgaver etter register.

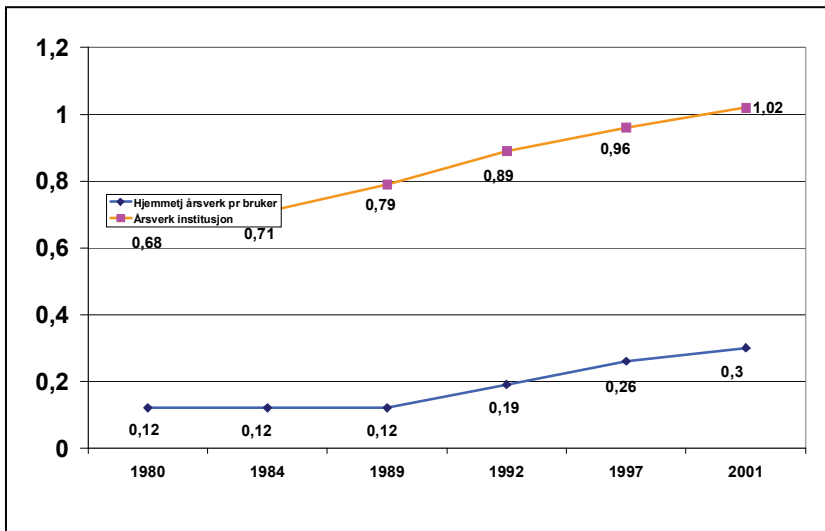
7.5.1 Mer målretta og intensiv bruk av heimebaserte tjenester

På 1990-tallet fant det sted *omprofilering av hjemmetjenestene* med mer omfattende, intensiv og målretta bruk av dem. Gjennomslag for ideologien om mer åpen omsorg ble antakelig påskyndet både av av-institusjonaliseringen og kommunenes noe strengere hushold med de økonomiske midlene.

Slik vi har vist i kapittel 3, vokste antallet brukere av heimebaserte tjenester bare moderat mot slutten av 1980-åra og utover på 1990-

tallet. Men *årsverksbruken* økte betydelig. Innsatsen konsentreres om et lite voksende antall brukere, som gradvis får mer hjelp per person, dvs. at tjenestene intensiveres. Dette gjelder særlig de eldre brukerne, men etter hvert også yngre brukere andre enn utviklingshemmede, særlig fra 1996 og ut over.

Figur 7.4 *Antall årsverk per bruker i hjemmetjenestene og i institusjon. 1980-2001. Utvalgte år.*



Beregningsgrunnlag: Daatland 1997 og Toresen 2003

Tidligere analyser ved NIBR (Toresen 2003) viste at mens innsatsen i 1980-åra statistisk representerte 0,12 årsverk per bruker av heimebaserte tjenester, var den økt til 0,19 i 1992⁹⁰, jf. figur 7.4. Da *Handlingsplan for eldreomsorgen* tok til i 1997, var det 0,26 årsverk per bruker, og i 2001 0,30 per bruker⁹¹. I perioden 1992-2001 økte årsverksinnsatsen per bruker med 57 prosent. Det er nokså mye.

⁹⁰ I denne beregningen er de anslagsvis 6.000 HVPU-årsverkene regnet inn for 1992. Siden disse jevnt over må antas å motta mer hjelp fra hjemmetjenestene pr bruker enn de fleste øvrige brukere, vil dette føre til en mindre økning i det gjennomsnittlige antall anvendte årsverk pr bruker. Men siden de 6.000 HVPU-årsverkene bare utgjør vel 20 prosent av samtlige årsverk (i alt 27.200) i hjemmetjenestene det året, vil effekten av antatt mer hjelpetrengende psykisk utviklingshemmede, ha begrenset innvirkning på gjennomsnittet. Siden vi ikke kjenner antall HVPU-brukere, er det ikke mulig å holde disse utenfor beregningen.

⁹¹ Dette representerer ikke omfanget av den faktiske konkrete hjelpa som den enkelte bruker mottar (brukerretta innsats), men alle oppgaver og tidsbruk som NIBR-rapport:2010:2

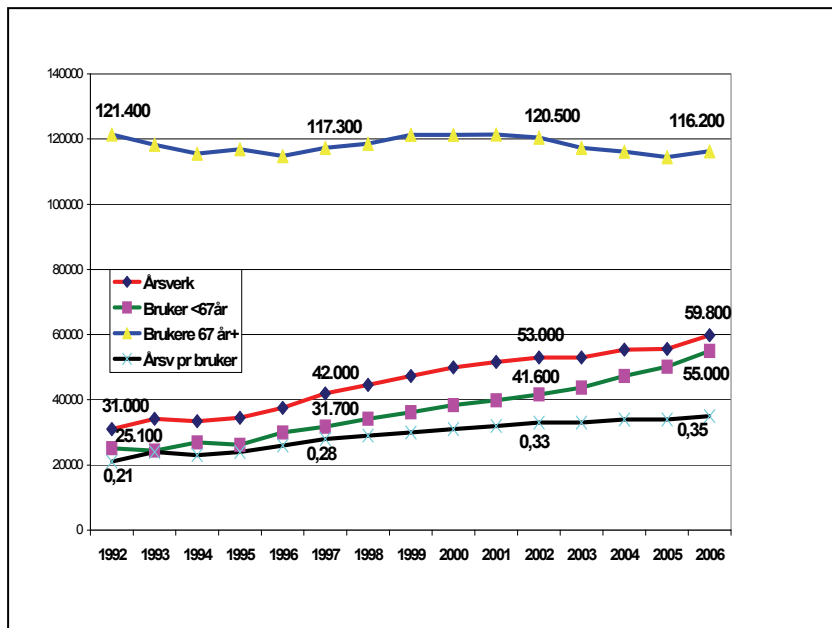
7.5.2 Heimebaserte tjenester 1992-2006

Vi skal nå på grunnlag av årsverksdata i hht register gjøre rede for utviklingen i perioden 1992-2006

I figur 7.5 viser vi utviklingen i antall brukere over og under 67 år samt antall årsverk i åpen omsorg i alt i perioden 1991-2006 samt årsverksbruken per brukere under ett. Den viser at innsatsen per bruker har vokst fra 0,26 årsverk i 1996 til 0,35 årsverk i 2006, eller med 35 prosent i løpet av 10-års-perioden 1997-2006.

Men denne typen oversikter gir ikke mer enn generelle hovedtrekk. Vi ønsker derfor å gjøre rede for utviklingen etter alder, der vi isolerer utviklingshemmede i en egen gruppe siden de utgjør relativt få brukere, men har en høy bruk.

Figur 7.5 *Antall brukere under 67 år og 67 år+ samt årsverk i åpen omsorg og årsverk per bruker. Årsverk beregnet som registerdata. 1992-2006. Påførte talloppgaver for 1992, 1997, 2002 og 2007 (rundet av til nærmeste 50).*



inngår i hjemmetjenestenes samlede aktivitet. Det er den totale aktiviteten i tjenestene som er beregnet i forhold til samtlige brukere, og blir til 'årsverk pr bruker'.

7.5.3 Årsverk per bruker i heimebaserte tjenester 1995-2006 etter alder

Vi vil her se nærmere på utviklingen i årsverk per bruker i de heimebaserte tjenestene etter alder der vi samtidig skiller ut de utviklingshemmede, brukere med somatiske sykdommer og psykiske lidelser som egen grupper. Vi tar utgangspunkt i året 1995 da HVPU-reformen ble avsluttet.

Tabell 7.5 *Oversikt over årsverk per bruker 1995-2006. Beregninger ved NIBR 2009*

Årsv per bruker	Eldre	Utviklingsh	Soma+ psyk	Soma	Psyke	Alle
1995	0,13	1,48	0,18			
2002	0,22	1,45	0,35	0,41	0,27	0,71
2006	0,22	1,45	0,39	0,47	0,31	0,62

Tabellen viser avtalte årsverk per bruker, dvs. hele årsverket der fravær og indirekte tid er inkludert. Antall brukerretra årsverk per bruker vil imidlertid være en god del lavere.⁹²

Når vi holder de utviklingshemmede utenfor, økte årsverksinnsatsen per øvrige bruker under 67 år fra 0,18 årsverk i 1995 til 0,39 årsverk per bruker i 2006, jf. tabell 7.5.⁹³ Ikke bare har det blitt

⁹² Vi har i avsnitt 7.3.1 vist til indirekte tid for utviklingshemmede tilsvarende 70 prosent av avtalt årsverk. I de fleste tilfeller vil det etter tidligere undersøkelser av dette og våre beregninger og vurderinger, være rimelig å ikke regne mer enn 60 prosent av et årsverk i de heimebaserte tjenestene som effektiv eller brukerretra tid.

⁹³ Våre beregninger er basert på at årsverkene i de heimebaserte tjenestene som er knyttet til aktivitetstiltak osv (KOSTRA f234) er inkludert i årsverkene i de heimebaserte tjenestene. Det dreier seg anslagsvis om 4.000 av de 59.770 årsverkene i 2006. Disse er imidlertid fordelt på personer 67 år+ etter brøken 43/57, jf. tabell 7.3. De aller fleste av disse årsverkene går imidlertid til personer under 67 år. Et annet mindre beregningsmessig problem her er at brukere av aktiviseringstiltak som avlastning og støttekontakt ikke er registrert som brukere av heimebaserte tjenester hvis de ikke samtidig har mottatt praktisk bistand og/eller hjemmesykepleie. Men disse brukernes bruk er imidlertid inkludert i årsverksoppgavene i KOSTRA. IPLOS-data gjør det imidlertid mulig å fordele årsverkene mer nøyaktig enn hva som er mulig i KOSTRA. Vi viser forøvrig til Toresen 2003, som har drøftet denne problematikken. Han konkluderte på

25.700 flere brukere andre enn utviklingshemmede fra 1995 til 2006, jf. kapittel 3, figur 3.9, men årsverksbruken per bruker har *doblet* seg. Det har funnet sted en ekspansjon blant yngre brukere både i bredden og dybden.

Det synes rimelig at vi finner at brukere av heimebaserte tjenester med somatiske sykdommer som hovedårsak til hjelpebehovet mottar vesentlig mer hjelp per uke sammenliknet med dem med psykiske lidelser, idet disse brukerne brukte hhv 0,47 årsverk og 0,31 årsverk per bruker.

Men intensiteten i bruk har også tiltatt siden 2002. Det synes å ha vært en nokså jevn vekst i intensitet i hjelpa, faktisk i takt med at det har blitt flere brukere.

Tidligere har denne utviklingen blitt utlagt motsatt. I sin analyse av perioden 1996-2001, tolket Toresen den markerte økningen i yngre brukere dit hen at den samtidig innbar at pleiebehovet blant de nye yngre brukerne var lavere enn hos de eksisterende (Toresen 2003, s. 96). Og han anførte at det dessuten er lite trolig at det har vært mange yngre personer med høyt hjelpebehov som tidligere ikke har fått hjelp fra hjemmetjenestene.

Og det er riktig at årsverksinnsatsen per bruker per år for de yngre brukerne under ett er blitt redusert over tid, jf. tabell 7.5. Men det er de utviklingshemmedes ulike andel av bruk og brukere ved ulike tidspunkt som ledere til dette. Årsverksbruken per år for de øvrige brukerne gikk imidlertid opp, også i perioden 1996-2001. Når en ved tidligere analyser er blitt forledet til slike mistolkninger, skyldes det at en ikke hadde data om brukergruppene separat, særlig om utviklingshemmede.⁹⁴

samme måte som oss, om at årsverkene knyttet til KOSTRA f234, må forbli 'innbakt' i de fordelingene av årsverk i de heimebaserte tjenestene etter valgte kjennetegn - som her etter alder, slik vi har gjort.

⁹⁴ Beregninger der en ikke skiller ut de utviklingshemmede, viser at det har vært en reduksjon i antall årsverk pr bruker under 67 år fra 1995 til 2006, jf. tabell 7.5. Dette er imidlertid et svært misvisende resultat. I 1995 dominerte f. eks. utviklingshemmede - med et generelt særlig høyt forbruk pr person - bruken av de heimebaserte tjenestene, jf. tabell 7.5. Og de brukte om lag 85 prosent av årsverkene sjøl om de bare utgjorde ca 1/3-av samlet antall brukere under 67 år. I 2006 var situasjonen at de utviklingshemmede sto for om lag 50 prosent av årsverksbruken blant brukere under 67 år, mens disse som antall brukere utgjorde 22 prosent av brukere under 67 år, jf. figur 7.3.

Tidligere (1995) synes en jevnt over bare å ha ytt litt til alle brukere unntatt utviklingshemmede. Doblingen i antall årsverk per bruker blant personer med somatiske sykdommer og psykiske lidelser etter 1995, er imidlertid konkret uttrykk for at det enten etter hvert er tunge brukere som trekkes inn eller at de samme brukerne får mer per capita. Mest sannsynlig er det ofte begge deler som skjer.

At det har utviklet seg slik, er etter vår vurdering sjølve beviset for at kommunen etter hvert har gått inn og tatt mer ansvar for yngre brukere enn utviklingshemmede. Nyprioriteringene kan m.a.o. direkte avledes av empirien. Det er et sentralt poeng.

Kommunene har m.a.o. ikke økt innstrømming av nye brukere, med mindre hjelp, men med mer hjelp. Det synes m.a.o. å være personer med mer omfattende hjelpebehov som har vært 'pådriverne'.

Det tyder igjen på det er kvalitative forhold og innsikter som kan ha ligget til grunn for nyorienteringen. En har ikke alt tatt inn de tunge brukerne - slik Toresen resonnerer - for så å utvide til de lette. En synes å ha tatt inn brukere som en tidligere enten ikke har gitt hjelp eller lite hjelp. Det må igjen bety at en *overtar* etter andre ytere, i alle fall når det gjelder brukere med somatiske sykdommer. Fordi disse i liten grad har kommet fra sentralinstitusjoner etter 1995, er vår hypotese at kommunene i de seinere åra i betydelig grad har gått inn og overtatt der familiene tidligere sto for det vesentlige av omsorgen. Dette kommer vi tilbake til⁹⁵.

Når det gjelder brukere med psykiske lidelser, er en vesentlig del kommet inn fra 2.linjetjenestene gjennom *Opptrappingsplan for psykisk helse* slik vi viste i kapittel 7.3. Men også i denne brukergruppa har kommunene gått inn og tatt ansvar siden en betydelig andel årsverk er tilført i tillegg til det som er kommet gjennom Opptrappingsplanen, jf. kapittel 7.3.

Om det har foregått slik - i alle fall om vi holder oss til brukere med somatiske sykdommer - at de nye brukerne samtidig har be-

⁹⁵ I Helsetilsynets undersøkelse spurte en brukere i eldreinstitutioner og kommunale boliger hvor de var kommet inn fra, dvs hvor de hadde hatt opphold tidligere. Av brukere under 67 år i kommunale boliger var 45 prosent kommet dit fra heimen. Og 34 prosent var kommet fra annen kommunal bolig/sykehjem. Bare 14 prosent var kommet fra 2.linjetjensten (Brevik 2010:1). Disse resultatene gir betydelig støtte til hypotesen om at kommunene i tiltakende grad har tatt over og gitt hjelp der familien tidligere stor for mesteparten.

tydelige hjelpebehov, understøtter det vår hypotese om hva som har utgjort noe av de underliggende drivkreftene: en omforent forståelse i familiene i HVPU-reformens kjølvann av at det er mulig å få kommunal hjelp og kommunenes innsikt i rimeligheten av dette og oppfølging av den. Og hvorfor skulle egentlig utviklingshemmede bli fulgt opp med omfattende hjelp utenfor institusjon, men ikke de somatiske eller psykisk syke? Samtidig tok antakelig både familiene og kommunene fatt på denne lærdommen under HVPU-reformen siden reformen omfattet like mange brukere som kom fra foreldreheim som fra HVPU-institusjoner.

Brukere 67 år+

Det går også fram at innsatsen per bruker 67 år+ økte fra 0,13 årsverk i 1995 til 0,22 årsverk i 2006, eller med 70 prosent. Tjenestene er generelt blitt betydelig *intensifisert*, også for eldre i denne perioden.

Siden det ikke har vært noen vekst i antall brukere 67 år+ i de heimebaserte tjenestene i de seinere åra, men faktisk en liten reduksjon på 5.000 brukere fra 1992 til 2006, er all vekst blant de eldre tatt ut gjennom økt intensitet. Dette er et annet markant trekk ved innretning av norsk eldreomsorg. En har relativt sett konsentrert seg om færre brukere, men gitt disse desto mer hjelp. Her minner vi igjen om at det bare er kunnskap om utvikling over tid som kan klargjøre slike strukturelle endringer.

Det er samme utvikling både blant eldre og yngre brukere: Dobbling av årsverksinnsats per bruker over 12 år.

Brukere under 67 år er imidlertid kjennetegnet både ved å bli vesentlig flere, samtidig som hver bruker mottar langt mer hjelp.

Dette utgjør til sammen tre linjer: det *samme* antall eldre får mer hjelp. Ett *tiltakende* antall yngre bruker får *tiltakende mer* hjelp.

8 Mulige mangler ved de heimebaserte tjenestene

8.1 Noen generelle endringstrekk i pleie- og omsorgstjenestene etter 1988.

I kapittel 2 gjorde vi rede for en del hovedtrekk i utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene etter 1988. Vi vil her innledningsvis repetere og vise til *noen generelle* og nokså uomtvistelige *endringer i innretningen* av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene de 15-20 åra.

Vår gjennomgang av utviklingen av pleie- omsorgstjenestene i denne rapporten - fra slutten av 1980-åra og fram til i dag - har vist at tjenestene har vært gjennom en så omfattende utvikling at de langt på vei står fram som en sterkt fornyet sektor. Og om vi særlig holder fokuset på de heimebaserte tjenestene, har omsorgssektoren i stor grad endret innhold, form og funksjon. Vi skal her peke på noen utvalgte trekk som underbygger dette i forhold til:

Ressursbruk:

- en betydelig økning i *kostnads- og årsverksinnsatsen* – f. eks 43.000 nye årsverk i perioden 1993-2007
- tiltakende ressursbruk har *økt og utvidet tilbudet til yngre brukere* i heimebaserte tjenester - etter 1992, bare vekst i antall brukere under 67 år
- en historisk sterk økning i omfanget av nye boliger, som har etablert *bomessige alternativer* til institusjon - og som har bolig- og hjemliggjort omsorgstjenestene
- avinstitusjonalisering - flere tiltak og en økt differensiering av tiltak

- yngre og nye brukergrupper inn i pleie- og omsorg - brukere med somatiske sykdommer, psykiske lidelser, rusavhengige kreftpasienter og døende pasienter.

Hjemmetjenestene:

De heimebaserte tjenestene har over nokså få år radikalt skiftet karakter i *innretning* gjennom store endringer i forhold til:

- økning i *intensiteten* av hjelp og omsorg både i heimebaserte tjenester og i institusjon – dobling av innsats per bruker i de heimebaserte tjenestene både til eldre og yngre brukere i løpet av 10 år
- omprofilering mot mer *intensiv* hjelp, bl.a. oppnådd ved at en i større grad får hjemmesykepleie eller tjenester i kombinasjon
- mer omfattende hjelp knytta til rehabilitering, behandling og pleie
- økt individuell tilpassing og økt omfang av hjelp til særskilte målgrupper som også tidligere har hatt hjelp
- hjemmesykepleien har vært involvert i hele tilveksten - et klart uttrykk for den *medisinske* delens sterke framvekst
- økt kompetanse i bruk og økt bruk av medisinsk teknisk utstyr
- fleksibel tildeling av tjenester ut fra den enkeltes behov og ikke etter standarder (litt regelmessig hjelp/plass i institusjon)
- endret bruk av heimebaserte tjenester har skapt et *supplerende tilbud* i forhold til institusjonene.

Noen resultater:

- økt intensitet i tjenestebruken viser at forståelsen av hva som er 'nødvendig', har endret seg. Og økt intensitet, særlig for yngre brukere, kan oppfattes som endring i forståelsen av hva som er verdige tjenester
- målretta og mer intensiv bruk av heimebaserte tjenester har i større grad realisert målsettingen om at den enkelte kan bli boende i egen bolig så lenge som mulig

- endret verdigrunnlag – den enkeltes integritet og verdighet er styrket
- en styrking av den hjelpetrengendes rettsstilling posisjon
- det er tatt viktige skritt mot normalisering av folks liv på tross av skrøpeligheit

Særskilt trekk med mest relevans for eldre og institusjonene.

Vi har her ikke gått inn på endringer med særlig relevans for de eldre og institusjonene. Her nevner vi kort:

- fysisk opprustning og kvalitetsforbedring av sykehjemmene – innføring av enerom. Rehabilitering om modernisering av henimot halvparten av plassene - med økt fysisk kvalitet
- etablering av omsorgsboliger med heldøgns pleie- og omsorg også for eldre
- differensiert bruk av sykehjemsplasser tilgjengelig for heimeboende
- flere, hyppigere og endret bruk av kortidsplasser
- skjermete enheter i demensomsorgen
- etablering avlastnings- og rehabiliteringsplasser og palliative enheter

8.1.1 Kommunen har ikke fått, men tatt nye oppgaver i stort omfang

Utviklingen slik vi her har beskrevet den - med økningen i ressurser, bredde og mangfoldet i innretningen av de heimebaserte tjenestene, veksten i profesjonsgruppene og mangfoldet i boliger og institusjoner, har oftest gjort kommunene i stand til å ta et langt bredere ansvar enn tidligere.

Pleie- og omsorgstjenestene har både vokst og endret seg. Dette ikke fordi en har fått nye oppgaver fra spesialisthelsetjenesten, slik det ofte hevdes:

men fordi forståelsen av hva kommunehelsetjeneste bør og skal være har endret seg, og kommunene har fått muligheter for i større grad å realisere kommunehelsetjenestenes mål. Fordi kommunehelsetjenesten har vokst i volum, kompetanse og tiltak, er kommune-

helsetjenesten i dag i stand til å ta på seg oppgaver som tidligere i langt større grad lå til spesialisthelsetjenesten. Når liggetiden har gått ned, kan en si at sykehusenes reduserte liggetid er gjort mulig gjennom kommunehelsetjenestens vekst og utvikling. I denne forstand kan en si at kommunehelsetjenesten har fått nye oppgaver (Kalseth et al, SINTEF, 2004, s.36).

Og i tråd med påpekningene i den nevnte SINTEF-rapporten, har den prinsipielle forståelsen av hva som er pleie- og omsorgstjenestenes oppgaver endret seg. Det er derfor ikke slik at kommunene i særlig grad har blitt tildelt nye oppgaver. Kommunene har derimot *dyktiggjort seg sjøl*, slik at de *mer* er blitt i stand til å realisere omsorgstjenestenes oppgaver i tråd nyvunne innsikter, prinsipper og mål.

8.2 Mulige nye oppgaver og økt kompetanse i kommunale pleie- og omsorgstjenester gjennom endring og vekst i ulike profesjonsgrupper⁹⁶.

8.2.1 Endret profesjonssammensetning som indirekte mål for endret innretning av tjenestene

Det foreligger etter vår vurdering *få empiriske inntak* til *direkte* å vurdere *kompetanse- og kvalitetsutvikling* i pleie- og omsorgstjenestene de 10 siste åra. Vår gjennomgang viser samtidig at det foreligger sparsomme empiriske belegg for innstrømming av spesifikke nye oppgaver og endringer i konkrete oppgaver og gjøremål⁹⁷. Det kommer vi kort tilbake til.

⁹⁶ Dette avsnittet bygger på og er mer utførlig gjort rede for i NIBR-rapport 2010:1, kapittel 7.2 og særlig i vedlegg IV i den rapporten: *Endring og vekst i ulike profesjonsgrupper i kommunale pleie- og omsorgstjenester 1997-2007*.

⁹⁷ Vi viser her til prosjektnotatet: *Utvikling av nye oppgaver og endringer i profesjonsgruppene i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene*, NIBR, juli 2009. Her har vi på grunnlag av analyse av *Helsetilsynets undersøkelse 2003*, gjort rede for omfanget av omfattende eller faglig spesialisert hjelp og type behandling etter oppholdssted samt sammensetning og utvikling i profesjonsgruppene i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene i perioden 1997-2007 målt i årsverk.

Vi legger derfor til grunn at en analyse av eventuell endringer i profesjonssammensetning i pleie- og omsorgstjenestene kan være et inntak til *indirekte* å belyse eventuelle endringer i oppgaver og utvikling i fornyende retning.

Vi nytter her SSBs statistikk (*KOSTRA grunnlagsdata*) over gjennomførte årsverk blant fagpersonellet i sektoren. Vi har tatt for oss både utviklingen i innslag av klassiske profesjoner som leger, sykepleiere, vernepleiere og fysioterapeuter samt nye faggrupper som aktivitører, miljøarbeidere, ergoterapeuter, sosionomer og barnevernspedagoger.

Hvis det eventuelt skulle vise seg at det har funnet sted betydelige dreininger i innholdet og profesjonaliteten i de oppgaver som pleie- og omsorgstjenestene utfører, må det til en viss grad kunne spores i endret sammensetningen av årsverksinnsatsen etter type arbeid og profesjon. Hvis den observerte store veksten - jf. kapittel 6 - har funnet sted uten at profesjonssammensetningen er endret i betydelig grad, må det i utgangspunktet kunne tyde på at det en har gjort relativt sett har ligget innenfor de samme fagområdene.

Men det kan også være slik at nye oppgaver er gjennomført i kraft av endret kompetanse innenfor den samme profesjonen (en sykepleier er ikke alltid = en sykepleier). Og omvendt, hvis enkelte profesjoner har vunnet fram på bekostning av andre, må det kunne tolkes som indikasjon på endret innretning av tjenestene.

8.2.2 Endring i relativ fordeling mellom årsverk mellom profesjonene i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene 1997-2007

Vi gjør her rede for den relative fordeling og endring i relativ fordeling av årsverk mellom de ulike profesjonene i den kommunale pleie- og omsorgssektoren. Oppgavene er baserte på årsverk i KOSTRA⁹⁸.

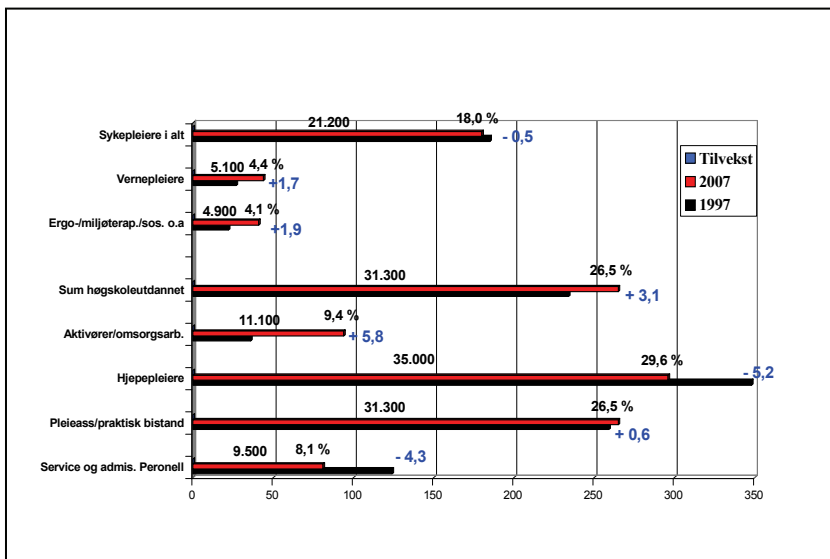
I denne 10-års-perioden 1997-2007 er sammensetningen av profesjonsgruppene med noen unntak nokså stabil. Gruppene *vernepleiere, sosionomer og høyskoleutdanna miljøterapeuter* har imidlertid doblet

⁹⁸ Grunnlagsmaterialet og bergningene for periodene 1997-2001 og 2003-2007 er presentert separate tabeller i Prosjektnotat: *Utvikling av nye oppgaver og endringer i profesjonsgruppene i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene*, NIBR, juli 2009, jf. kapittel 1.3

sin relative andel av årsverkene i pleie- og omsorg i disse åra fra å utgjøre 2,2 prosent av alle årsverk i 1997 til 4,1 prosent i 2007, jf. figur 8.1.

Grappa *omsorgsarbeidere o.l* er imidlertid den som mest har økt sin relative andel av årsverkene, fra 3,6 prosent i 1997 til 9,4 prosent i 2007, jf. figur 8.1 Denne veksten har delvis sitt motstykke i reduksjonen i *hjelpepleierårsverkene* relative andel, med - 5,2 prosentpoeng i periode. Den grappa er imidlertid fortsatt den *største enkeltgrappa* i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene med 30 prosent av alle årsverk i 2007.

Figur 8.1 *Relativ fordeling av årsverk i kommunale pleie- og omsorgstjenester mellom ulike profesjonsgrupper i 1997 og 2007. Prosent. Endring i prosentpoeng 1997-2007 samt antall årsverk i hver gruppe 2007.*



Kilde: KOSTRA, SSB, hvert år.

Grappa *pleieassistenter og ytere av praktisk bistand* sin andel av årsverkene har vært konstant med ca. 26 prosent av alle årsverk både i 1997 og 2007.

Sykepleiernes andel av årsverkene har også vært konstant i perioden med 18,5 prosent i 1997 og 18,0 prosent av alle årsverk i 2007. Og plassen til *sykepleiere med spesialitet* har heller ikke blitt større, i alle fall ikke etter 2003. Og det er særlig i denne perioden at unge

brukere i de heimebaserte tjenestene andre enn utviklingshemmede strømmer i stort inn som brukere, særlig av hjemmesykepleie jf. kapittel 3.3. Det underbygger vår forståelse av sammenhengen mellom vekst i årsverk og oppgavene som løses. Det at innretningen av basis i tjenestene er nokså stabil i kraft av det store omfanget av årsverk knyttet til sykepleie og praktisk bistand er relativt konstant, peker mot at det antakelig fortsatt er klassisk pleie- og omsorg som utgjør den overveiende hovedaktiviteten.

Det nye som imidlertid har skjedd, er at nye profesjonsgrupper - miljøterapeuter, sosionomer og barnevernspedagoger - samtidig er vokst inn i pleie- og omsorgstjenestene i et ikke ubetydelig omfang, jf. tabell 8.1v. Og vår hypotese er at disse i stor grad arbeider opp mot de nye yngre brukergruppene. Det kommer vi til neste avsnitt.

8.2.3 Endring 1997-2007 i ulike enkeltgrupper – absolutte tall etter registerdata

I løpet av årene 1997-2007⁹⁹ kom det til 27.836 årsverk i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, som representerte en økning på 31 prosent.

Sykepleiere, hjelpepleiere og ytere av praktisk bistand

Antall årsverk i kommunal hjemmesykepleie økte med ca. 4.600 (27 %) fra 1997, til 21.250 årsverk i 2007. Andelen av dette knyttet til sykepleiere med spesialitet er relativt liten og synes ikke å ha økt etter 2003, jf. tabell 8.1v i tabellvedlegg.

På tross av innretning mot flere sykepleiefaglige oppgaver¹⁰⁰ og en sterk satsing på *hjemmesykepleievirksomhet* i de heimebaserte tjenestene - jf. kapittel 3.3 - har som nevnt heller *ikke* sykepleiernes relative andel av årsverkene i pleie- og omsorg tiltatt i denne 10-årsperioden. Det er et datum vi bør *legge merke til*, både i forhold til vår

⁹⁹ Vi har her likt for *alle profesjoner* regnet om årsverksdata for 1997 etter samme brøk. SSB har imidlertid bare gjort dette for årsverk *i alt*, jf. vedlegg 2 til Prosjektnotat 1 i dette arbeidet fra NIBR, jf. oversikt over prosjektnotater. Denne brøken (100/113.634) vil nok imidlertid kunne variere noe etter profesjon. Men vårt anliggende er å gjøre rede for hovedlinjene i utviklingen fra 1997 til 2007. Og til det formålet er omregningen gode nok.

¹⁰⁰ Vi viser bl.a. til *Fra Stykkevis til helt*, NOU 2005:3 (Wisløff-utvalget) og *Kartlegging av oppgavefordeling mellom kommunenes helse- og sosialtjeneste og spesialisthelsetjenesten*. Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet, 15. februar 2006.

tidligere understreking av det tiltakende medisinske innslaget gjennom en sterk økning av brukere av hjemmesykepleie, jf. kapittel 2 og kapittel 3.3. Men også i forhold til de generelle antakelsene om at kommunene har overtatt medisinsk faglige oppgaver fra 2. linjetjenesten i betydelig omfang.

Vi har anslått veksten i *hjemmesykepleievirksomhet* i årene 1997-2007 til 12.000-14 årsverk¹⁰¹. Foruten godkjente sykepleiere, er flere faggrupper - som f. eks hjelpepleiere og omsorgsarbeidere - ofte knyttet til virksomheten i regi av hjemmesykepleien. Hvor mange av samlet antall årsverk i virksomheten som faller på sykepleiere, vites ikke.

På den andre sida vet vi at kom det til 4.600 registrerte *sykepleierårsverk* i hele pleie- og omsorgssektoren i samme periode. Det indikerer at det som er betegnet som *hjemmesykepleievirksomhet*, på langt nær består av sykepleierkvalifiserte årsverk.

Vi anfører og understreker imidlertid at vi har *lite presis* kunnskap både om omfanget av *årsverk i hjemmesykepleievirksomhet* og fordeling av *hvilke profesjoner og kvalifikasjoner* som inngår i virksomheten.

Hjelpepleierne økte sin innsats med 3.500 årsverk (13 %) til 35.000 årsverk i 2007. Men det betyr, som tidligere nevnt, at deres relative andel ble redusert.

Gruppen *pleieassistenter/ytere av praktisk bistand* økte litt mer enn gjennomnittet, eller med 7.900 årsverk, og gjennomførte 31.300 årsverk i alt i 2007, jf. tabell 8.1v.

De *tre store hovedgruppene* som her er nevnt, sto i 2007 for 87.500 årsverk i kommunal pleie- og omsorg, eller 74 prosent av samtlige. Relativt sett ble imidlertid ressursinnsatsen i disse gruppene dog litt redusert, jf. figur 8.1.

Men dette er så i sin tur kompensert for ved en betydelig innstrømming av *omsorgsarbeidere* med opplæring fra videregående

¹⁰¹ Vi har anslått at 9.000 av årsverka i de heimebaserte tjenestene i 1997 falt på hjemmesykepleien. Våre beregninger på grunnlag av Helsetilsynets undersøkelse i 2003, viste at 37,5 prosent av årsverka i de heimebaserte tjenestene det året gikk til hjemmesykepleievirksomhet. Om vi legger oss på et lavt anslag og anvender den samme andelen (37,5 %) også for 2007, betyr det at det ble utført $63.640 * 37,5 = 23.865$ årsverk i hjemmesykepleievirksomhet i 2007. Hvor stor andel av dette som er faktiske sykepleierårsverk, gir slike statistiske data ikke kunnskap om.

skole. Antall årsverk knyttet til disse, økte med 7.400 i perioden, jf. tabell 8.1v.

Det synes relativt sett å ha foregått en utskiftning av eldre hjelpepleiere mot yngre omsorgsarbeidere. Dette tyder på at det rimeligvis har funnet sted et visst *generasjonskifte* blant personalet i pleie- og omsorgssektoren, der tidligere hjelpepleiere uførepensjoneres/-alderspensioneres og erstattes med yngre arbeidstakere med fagutdanning fra videregående skole.

Miljøterapeuter og vernepleiere

Mens det nesten ikke er blitt flere *ergoterapeuter* i pleie- og omsorgssektoren, har imidlertid veksten blant *sosionomer*, *barnevernspedagoger* og særlig *miljøterapeuter* vært stor. Disse gruppene vokste til sammen med 2.900 årsverk i den nevnte perioden, til 4.900 årsverk, eller med 147 prosent.

Særlig er det blitt flere miljøterapeuter¹⁰² og disse utgjorde noe over halvparten av årsverkene i denne hovedgruppa i 2007, jf. tabell 8.1v.

Denne utviklingen knytter samtidig an til en betydelig vekst blant *vernepleiere*, som sto for 5.150 årsverk i 2007. Sammen med miljøterapeutene utførte de i alt 7.800 årsverk i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene i 2007.

Disse to profesjonsgruppene arbeider oftest i forhold til *utviklingshemmede og personer med psykiske lidelser*, og samlet sett antakelig oftest i forhold til utviklingshemmede, som forøvrig aleine brukte 17.730 årsverk i de heimebaserte tjenestene i 2007, jf. figur 7.3 i kapittel 7.

Høgskoleutdannet personell

Av en samlet vekst på nærmere 28.000 årsverk i årene 1997-2007, kom 37 prosent blant *høgskoleutdannet personell* og 41 prosent blant personell med *videregående utdanning*, mens resten – 22 prosent - falt på *pleieassistenter og ytere av praktisk bistand*, jf. tabell 8.1v.

¹⁰² Miljøterapeut er en fellesbetegnelse for alle med 3-årig høyskoleutdanning og som arbeider i sykepleietjenesten. De aller fleste miljøterapeuter arbeider i dag innenfor psykiatrien, eller i boliger for mennesker med psykisk utviklingshemming. Blant de sentrale arbeidsoppgavene til en miljøterapeut er å utøve målrettet miljøterapeutisk arbeid med veiledning, opplæring, og opptrening, følge opp brukers vedtak i henhold til kvalitetsrutiner og aktuelt lovverk, utøve nødvendig sykepleie, håndtere legemidler i henhold til tjenestens retningslinjer og samarbeide med brukernes pårørende, hjelpeverge, familie og nettverk.

For personell med *høgskoleutdanning* er dette en viss økning, i det andelen årsverk knyttet til disse tiltok fra 23,4 prosent i 1997 til 26,5 prosent i 2007, jf. figur 8.1.

Oppsummering

Utviklingen viser at det i vesenlig grad er årsverk knyttet til *klassisk pleie- og omsorgsarbeid* som utgjør en vesentlig del av tilveksten i årene 1997-2007, idet 2/3-deler av årsverkstilveksten (18.800 av i alt 27.800 årsverk) var knyttet til *omsorgsarbeidere, hjelpepleiere, pleieassistenter og ytere av praktisk bistand*.

Og det er de gruppene som er nevnt her, som nødvendigvis må ha fylt opp de aller fleste av de vel 17.000 årsverkene som kom til i årene fra 1997 til 2007 *til brukere under 67 år med heimebaserte tjenester*.

I de seinere åra har det vært et sterkt fokus på medisinske nye oppgaver i pleie- og omsorgstjenestene. Og ofte med ståsted i 2. linjetjenestene har det blitt framført generelle resonnementer om betydelig økning i nye slike oppgaver i regi av kommunene. Vår gjennomgang så langt av endring i profesjonssammensetning i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene tyder imidlertid ikke i særlig grad på det.

Om en er opptatt av *det vesentlige* som har skjedd i utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene de 10 siste åra, herunder inkludert forholdet til 2. linjetjenesten, må en ikke miste av syne de dominerende og sentrale trekkene. Og de er framfor alt etter vår vurdering knyttet til *tradisjonell pleie- og omsorg i stort omfang også til nyankomne brukerne*.

8.2.4 Mulig positiv sammenheng mellom tilvekst av yngre brukere og profesjonssammensetningen

I tillegg til vernepleiere, er det tilveksten med omlag 2.900 årsverk blant *sosionomer, barnevernspedagoger og miljøterapeuter* som muligens særlig kan knyttes opp mot den sterke veksten blant yngre brukere. Mest sannsynlig dekker imidlertid disse jevnt over et spekter av behov knyttet til brukere med somatiske sykdommer, utviklingshemmede og psykiatri, men dog sannsynligvis mest blant de to siste.

Men samtidig vet vi at relativt få av den nevnte tilveksten vel 17.000 årsverk til brukere under 67 år i perioden 1997-2007, gikk

til utviklingshemmede. Anslagsvis 16.000 årsverk i perioden tilfalt brukere under 67 år med somatiske sykdommer og psykiske lidelser som hovedårsak til hjelpebehovet, der mer enn halvparten er gått til brukere med somatiske sykdommer.

Hvis det har vært slik at mesteparten av årsverksveksten blant grupper med høgskoleutdanning - som vernepleiere, miljøterapeuter og sosionomer, med 5.200 årsverk, jf. tabell 8.1v - har gått til utviklingshemmede og personer med psykiske lidelser¹⁰³, vil det bety at det har skjedd en opprustning i forhold til disse gruppene i de heimebaserte tjenestene - som også av noen er blitt utpekt til å representere hovedutfordringer - nemlig utviklingshemmede og brukere med psykiske lidelser (Romøren 2003).

Men da vil det antakelig på den andre siden stå relativt lite igjen av denne typen innsats til brukere under 67 år med somatiske sykdommer. Og vi har i annen sammenheng¹⁰⁴ vist at det er blant personer med somatiske lidelser at det er flest med sammensatte sykdommer som trenger faglig høyt kvalifisert behandling. Sannsynligvis er det også i sin alminnelighet slik i denne gruppa. Det er derfor grunn til å reise spørsmål om fra hvilke profesjoner disse i hovedsak har fått hjelp.

Mest sannsynlig har det vært slik at mesteparten av årsverksøkningen til brukere med somatiske sykdommer, er dekket inn med klassisk pleie- og omsorg, oftest ytt fra de store hovedgruppene: hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, pleieassistenter/ytere av praktisk bistand og vanlige sykepleiere.

Men dette blir imidlertid spekulasjoner som vi ikke kan belegge. Dette må undersøkes spesifikt, helst i en større undersøkelse som har som siktemål å belyse hvordan kompetansen står seg i forhold til behovene hos yngre brukere.

Sjøl om det her fortsatt ikke kan bli annet enn spekulasjoner, kan det tenkes at noe sykepleiekompetanse kan være tatt ut til nye

¹⁰³ Vi viser her til kapittel 7.2.3 hvor vi refererte til at det ved utgangen av 2007 var finansiert 2.719 årsverk i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten for personer med psykiske lidelser med midler fra staten gjennom *Opptrappingsplan for psykiske helse* (Kaspersen et al, SINTEF rapport A8811, nov 2008).

¹⁰⁴ Vi viser her til prosjektnotat om *Utvikling av nye oppgaver og endringer i profesjonsgruppene i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene*, NIBR, juli 2009 som viser at andelen med behandling for sammensatte sykdommer, var høyest blant dem med somatiske sykdommer, jf. tabell 7.3 i nevnte notat.

brukere ved omrokking, dvs. at den mindre relative veksten blant f. eks sykepleiere i større grad kan ha vært forbeholdt unge brukere og at økt pleiefaktor i institusjonene er gjennomført ved bruk av andre profesjoner enn sykepleiere. Kommunene kan m.a.o. ha *endret innretning* i bruken av de eksisterende ulike profesjonene.

Og når veksten i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene oftest er knyttet til mer *varig* pleie - samme antall brukere får mer hjelp - kan sannsynligheten øke for at denne pleien i større grad blir ytt av andre grupper enn sykepleiere, og at allerede eksisterende sykepleierårsverk i større grad kan tas ut i forhold til de nye brukergruppene. Men dette vet vi på empirisk grunnlag ikke noe om.

På grunnlag av hva vi har vist om endret intensitet i bruken av de heimebaserte tjenestene – jf. kapittel 7.4 - vil vi også gjøre noen generelle vurderinger av mulig mulige endringer i innretning av profesjonsgruppene.

I de heimebaserte tjenestene for personer 67 år+, hvor det ikke var blitt flere brukere 67 år+, doblet nesten innsatsen per bruker seg fra 0,13 årsverk i 1995 til 0,22 i 2006. Samtidig har innretningen av hjelpa blitt betydelig endret, med et sterkt tiltakende bruk av hjemmesykepleie.

Blant brukere under 67 år andre enn utviklingshemmede, fant det imidlertid sted både økning i antall brukere og økt innsats per bruker idet innsatsen ble fordoblet til 0,4 årsverk per bruker i gjennomsnitt i 2006, jf. tabell 7.5.

Men på tross av økning i intensitet, vil det i pleie- og omsorgssammenheng i hovedsak oftest måtte dreie seg om type tjenester som kommunene alltid har ytt brukere som igjen oftest er kjennetegnet ved varige og ferdigbehandlede tilstander.

Og sjøl om langt flere nå mottar hjemmesykepleie, så har kommunene lenge arbeidet med hjemmesykepleiefaglige oppgaver. Poenget er antakelig at innholdet ikke er vesentlig nytt, men at omfanget er så mye større. På det punktet viser vi til en rapport fra SINTEF Helse (Kalseth et al 2004), der en framhever at:

Det er mengden av krevende oppgaver og ikke typen oppgaver som er den største utfordringen. Unntaket er psykiatri, rusbrukere og til dels demente hvor både personell innen pleie- og omsorg og fastleger gir uttrykk for at oppgavene krever mer kompetanse og til-

gang til spesialisert hjelp enn hva tilfelle er i dag (op.cit. s.11).

Statens helsetilsyn (rapport 10/2003) påpekte også i tråd med SINTEF-rapporten at det er *mengden* av oppgaver og ikke typen oppgaver i seg selv som er den største utfordringen for kommunene. Også her pekes det på at de største utfordringen er kompetanse og oppgavemengden knyttet til pasienter med psykiske problemer, rusbrukere og tildels demente.

Vår *generelle* vurdering på bakgrunn av denne gjennomgangen så langt, er at det neppe har funnet sted betydelige endringer i behovene som skulle fordrø vesentlig annen kvalitativ kompetanse enn tidligere. Det mener vi bekrefte indirekte av det forhold at på tross av sterk årsverksvekst de 10 siste åra, med tilført 27.800 årsverk, og på tross av at de aller fleste har gått til yngre brukere - så har det egentlig vært små endringer i sammensetning av profesjonene.

Men dette er imidlertid igjen basert på antakelser. Vi mangler et empirisk grunnlag for disse vurderingene. Det er derfor fullt mulig at tjenestene kompetansemessig og kvalitativt ikke bestandig er på høyde med en del behov både hos de etablerte og de nye brukergruppene Vi vil derfor legge fram noen undersøkelsesresultater som peker mot at det forligger mangler og at tjenestene i en del tilfeller er utilstrekkelige.

8.3 Omfattende og faglig spesialisert hjelpe hos brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2003

Det har blitt hevdet at kommunene etter hvert i noen grad har utviklet *kompetanse innen medisinsk teknologi* - ved bruk av legemidler og prosedyrer, idet en bl.a. anvender mer avansert teknisk medisinsk utstyr ved ulik intravenøs behandling, bruk av respirator, dialysebehandling og palliativ behandling. Og økt bruk av kortidsplasser i kommunenes sykehjem har lagt til rette for utredning, behandling og pleie før innleggelse og kan slik sett ha forkortet oppholdstid i sykehus.

En arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet hevdet dette¹⁰⁵. Wisløff-utvalget hevdet det samme.¹⁰⁶ Og en antar at den medisinske teknologien stor innflytelse på aktiviteten i 1. linja, idet en hevder at:

Teknologien gir mulighet til at pasienter selv og personell kan utføre diagnostikk, behandling og pleie på et lavere omsorgsnivå enn i sykehus. Eksempler på medisinsk teknologi er respiratorbehandling, dialysebehandling og smertebehandling (HOD 2006, s. 19).

Men:

til tross for utviklingen i den medisinske teknologien, har arbeidsgruppen funnet fram til få norske undersøkelser som belyser om og i tilfelle hvordan det som følge av denne utviklingen er skjedd systematiske endringer i oppgavefordelingen mellom kommunene og sykehusene. (op cit s 20).

En viser så til en rapport fra *Statens helsetilsyn* om pleie- og omsorgstjenestene i kommunene fra 2003, hvor det konkluderes med at det i liten grad har skjedd en forskyvning av avanserte medisinske tekniske prosedyrer fra sykehus til kommunale omsorgstjenester.¹⁰⁷

¹⁰⁵ I 2005 ble det som ledd i oppfølgingen av *Wisløff-utvalgets* arbeid (NOU 2005:3) nedsatt en arbeidsgruppe av *Helse- og omsorgsdepartementet* som skulle kartlegge endringer eller forskyvninger av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunenes helse- og sosialtjeneste som resultat av kortere liggetid og faglig utvikling. Arbeidsgruppa refererte til forskning som hevdet at kommunenes kompetanse til å anvende medisinsk teknisk utstyr som håndtering av intravenøs antibiotikabehandling, intravenøs væskebehandling, intravenøs ernæring, smertepumper og respirator er styrket, jf. *Kartlegging av oppgavefordeling mellom kommunenes helse- og sosialtjeneste og spesialisthelsetjenesten*. Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet, 15. februar 2006, s 16.

¹⁰⁶ "Pleie og omsorgstjenestene i kommunene har fått større oppgaver enn tidligere, blant annet med pasienter som bruker respirator, avansert smertebehandling ..." (NOU 2005:3, s 50).

¹⁰⁷ "Svaret på en annen sentral problemstilling i denne undersøkelsen – forskyvning av spesialistoppgaver til primærhelsetjenesten - er overraskende. En av ti tjenestemottakere får omfattende og spesialisert hjelp av den kommunale helse- eller omsorgstjenesten. Men i motsetning til hva en vanligvis antar, har de medisinske tekniske prosedyrene en lite framtrekkende plass i dette bildet". (HOD, s 20).

Vi har imidlertid foretatt en mer detaljert analyse av datamaterialet i Helsetilsynets undersøkelse fra 2003¹⁰⁸ i tilknytning til spørsmålet om bruk av omfattende og faglig spesialisert hjelp til brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester¹⁰⁹. På grunnlag av data fra undersøkelse har vi beregnet hvor stor andel som i 2003 fikk omfattende og/eller faglig spesialisert hjelp av de typer som undersøkelsen har tatt opp¹¹⁰.

Brukere med omfattende/faglig spesialisert behandling i alt

I 2002/2003 var det ifølge Helsetilsynets undersøkelse omlag 18.000 personer som til enhver tid var underlagt omfattende og/eller spesialisert faglig behandling av de typene en undersøkte. Disse utgjorde 8,8 prosent av alle brukere av institusjonsplasser og heimebaserte tjenester i 2002/2003 (206 tusen). Brukere med sammensatte sykdommer utgjorde 5.3 prosent og personer med kontroll for adferdsavvik 3.1 prosent av alle, mens personer med behandling i tilknytning til respirator o.l. utgjorde 0,4 prosent av samtlige brukere.

Det var m.a.o. under 12.000 som til enhver tid var til faglig spesialisert behandling for flere aktive sammensatte sykdommer eller spesialiserte medisinske prosedyrer. Av disse hadde samlet 44 prosent opphold i institusjon og 23 prosent i kommunale boliger. Det betyr at 2 av 3 var direkte underlagt et kommunalt oppholdsregime. Den øvrige tredjedelen bodde i ordinære private boliger. De fleste tilfellene befinner seg m.a.o. innenfor en godt etablert kommunal organisering av tjenestene.

Det tyder samtidig på lite omfang av krevende behandling blant brukere under 67 år som bor heime - dvs. den store majoriteten –

¹⁰⁸ Vi viser igjen til prosjektnotatet: *Utvikling av nye oppgaver og endringer i profesjonsgruppene i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene*, NIBR, juli 2009. Her har vi på grunnlag av analyse av *Helsetilsynets undersøkelse 2003*, bl. a. gjort rede for omfanget av omfattende eller faglig spesialisert hjelp og type behandling etter type oppholdssted.

¹⁰⁹ I Helsetilsynets undersøkelse i januar 2003, ble det for alle (13.240 pers) som inngikk i utvalget avmerket om brukeren mottar *'omfattende og/eller faglig spesialisert hjelp, så som... 1. Respiratorbehandling, 2. Smertebehandling med intravenøs teknikk, 3. Kontroll for adferdsavvik, 4. Cellegiftbehandling, 5. Terminalpleie, 6. Behandling for flere aktive, sammensatte sykdommer, 7. Andre spesialiserte prosedyrer, ... (skriv hva slags)'* (Spm 10).

¹¹⁰ Dette temaet er mer utførlig gjort rede for i NIBR-rapport 2010:1, vedlegg II til kapittel 6.

og underbygger hypotesen om at det for disse oftest dreier seg om klassisk pleie og omsorg.

Med behandling for flere aktive, sammensatte sykdommer som krever omfattende/ faglig spesialisert hjelp

Helsetilsynets undersøkelse viste at 75 prosent av alle dem som mottok hjelp ved sammensatte sykdommer som krever faglig spesialisert hjelp, var knyttet til *personer 67 år+ med somatiske lidelser og aldersdemens*, hvor majoriteten befant seg i eldreinstitusjoner. Bare 25 prosent var *under 67 år*, og hvor halvparten bodde i ordinære private boliger.

Andelen med behandling for flere aktive, sammensatte sykdommer som krever omfattende/faglig spesialisert hjelp, gjaldt 7 prosent og 5 prosent av brukere under 67 år i respektive kommunale og ordinær private boliger. Dette gjaldt i alt omlag 2.100 brukere under 67 år i 2003. Behov hos yngre brukere synes m.a.o. relativt sjelden å være av en slik art at den krever faglig spesialisert hjelp. Det bekreftes av at det også er svært få som er i bero av spesialiserte medisinske prosedyrer.

Med respirator-, smerte- eller cellegiftbehandling

I alt var det i 2002/2003 svært få, eller 4 promille av brukerne - eller omlag 750 personer - som på et gitt tidspunkt i året rapporteres å ha behandling i tilknytning til bruk av respirator, cellegift eller smertebehandling med intravenøs teknikk. Av disse har vi beregnet at i underkant av 200 var personer under 67 år.

Dette viser at teknisk medisinsk behandling var en svært beskjeden foreteelse for personer *som var brukere av kommunale pleie- og omsorg* på det tidspunktet. Og den har et langt mindre omfang enn den betydning den har vært tillagt i forhold til antakelsene i et spesialisthelsetjenesteperspektiv.

Med kontroll for adferdsavvik

Blant brukere under 67 år i eldreinstitusjoner og kommunale boliger, ble respektive 17 prosent og 14 prosent kontrollert i tilknytning til adferdsavvik Disse utgjorde i underkant av 3000 brukere i 2002/2003.

Konklusjon

Antallet personer som er omfattet av slike tiltak er således svært lite i forhold til samlet antall brukere i pleie- og omsorgssektoren, også blant yngre brukere. Romøren konkluderte her med at.

i motsetning til hva en vanligvis antar, har de medisinsk-tekniske prosedyrene en liten framtrødende plass Somatiske sykehus overfører mange krevende oppgaver til kommunehelsetjenesten, men disse ser foreløpig ut til å ligge innenfor et kompetanseområde personalet er vant til, og som de behersker (Helsetilsynet/Romøren 2003, s 81).

De spesialiserte oppgavene er få og behovene for dem synes ikke påtrengende. De oppgaver en står overfor, synes på bakgrunn av dette m.a.o. ikke mer komplisert og omfattende enn at den hjelp en yter aller oftest er rimelig på høyden med behovene.

I løpet av de 6 årene som siden er gått, kan det i utgangspunktet muligens være grunn til å anta at det bildet som Helsetilsynets undersøkelse tegnet i januar 2003, er noe endret.

Da grunnarbeidene for denne rapporten var gjennomført i mai 2009, har vi ikke i dette prosjektet inkludert det som er lagt fram i *St. meld nr 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen*. En foreløpig gjennomgang av denne meldinga, tyder imidlertid ikke på at det ikke så langt foreligger empiriske landsomfattende data som eventuelt kunne underbygge hvilke endringer som har funnet sted i forhold til de spørsmål som Helsetilsynet tok opp i 2003 og de resultater som vi har lagt fram her¹¹¹.

8.4 Om mulige konkrete mangler i pleie- og omsorgstjenestene

Statens Helsetilsyn har gjennom medisinalmeldinger, ulike tilsyn og egen kvantitativ undersøkelse arbeidet med vurderinger av eventuelle mangler og utilstrekkeligheter i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene.

¹¹¹ For referanser til samhandlingsreformen og mer utførlig omtale av utviklingen i 2. linjetjenesten og i kommunene viser vi til NIBR-rapport 2010:1, kapittel 6.

I denne sammenhengen skal vi kort repetere noen av disse vurderingene med særlig relevans for brukere under 67 år med sammensatte eller langvarige helseproblemer og hjelpbehov.

Vi bygger her på to rapporter fra tilsynet: *Pleie- og omsorgstjenestene på strekke* (rapport nr 7/2005)¹¹² og *Et stykkeveis og delt tjenestetilbud* (Rapport nr 3/2006). Resultatene fra en direkte undersøkelse av utilstrekkelighet i pleie- og omsorgstjenestene kommer vi tilbake til i kapittel 8.5, der vi presenterer noen resultater om dette basert på Helsetilsynets landsomfattende survey fra 2003.

Vi referer her til forhold knyttet til bemanning og kompetanse (a), standardisering av tjenester (b) individualisering – bruk av individuell plan (c) og samhandling og koordinering (d).

8.4.1 Vurderinger av bemanning og kompetanse og standardisering av tjenester

a. Bemanning og kompetanse

Helsetilsynet har vært opptatt av at også tjenestemottakere med andre helsemessige, medisinske og/eller sosiale behov enn flertallet, får et individuelt tilpasset tjenestetilbud slik de har behov for og rett til. Og en peker på at disse har behov for tjenester

med et annet innhold og en annen innretning enn det som er mest vanlig, krever kreativitet og løsningsorientering fra virksomhetsledelsen sin side (Helsetilsynet 2005, s 71).

Og en hevder at pleie- og omsorgstjenestenes sårbarhet bl.a. synes å være knyttet til bemannings- og kompetansesituasjonen

det dreier seg om å sikre en stabil bemanning med tilstrekkelig kompetanse til å møte faglige utfordringer som mange ganger er sammensatte og kompliserte (Helsetilsynet 2005, s 72).

En viser til at funn og erfaringer fra tilsyn, viser

at det er grunn til å være bekymret for om tjenestetilbudet til brukere med sammensatte og

¹¹² Vi nytter her særlig vurderingene i del IV, om *Risiko og sårbarhet i kommunale pleie- og omsorgstjenester – oppsummering og vurderinger*, s 71- 78.

langvarige behov er tilstrekkelig stabilt, har et omfang og innhold, og er innrettet slik at det reelt sett er tilpasset den enkeltes behov. (s 74).

Slike nye grupper er f. eks er mennesker med psykisk lidelser og utviklingshemming som igjen er store grupper blant brukere av heimebaserte tjenester under 67 år, jf. kapittel 3.3.

En refererer her til Medisinalmeldingene (2004) som etter Helsetilsynets vurdering

viser at kommunene står overfor økonomiske og bemannings- og kompetansemessige utfordringer som setter systemene og tjenestetilbudet på strekk (Helse-tilsynet 2005, s. 65).

Det kan ikke bety annet enn at en vurderer situasjonen som nokså prekær i mange kommuner.

b. Standardisering av tjenester

Helsetilsynet viser til flere forskningsstudier som har pekt på at de kommunale pleie- og omsorgstjenestene mangler fleksibilitet i møte med yngre funksjonshemmede. Og forutsigbarhet og fleksibilitet i tjenestetilbudet er forutsetninger for at mennesker med funksjonshemninger skal kunne delta i samfunnslivet.

En viser til en studie fra svensk eldreomsorg der det går fram at det er et stadig mer standardisert tjenestetilbud som styrer utformingen av tjenestene til den enkelte tjenestemottaker. Helsetilsynet mener at dette trolig er et trekk ved tjenestene som har betydning for alle som søker om og mottar kommunale helse- og sosialtjenester.

Tradisjonelle hjemmetjenester har etter Helsetilsynets vurderinger ikke vist seg å ivareta disse hensynene på en god nok måte. Tildeling av tjenester

synes så å skje etter den fastsatte normen uten at individuelle behov blir tilstrekkelig vurdert. Mye tyder på at en slik standardisering av tjenestetilbudet i hjemmebaserte tjenester kan skape barrierer for individuelle løsninger, særlig når tjenestemottakerne har behov for et tjenestetilbud med et annet innhold og en annen innretning enn flertallet (Helsetilsynets 2005, s 75).

Denne vurdering vil i særlig grad måtte gjelde en god del av de yngre brukere som er i fokus i denne rapporten.

8.4.2 Vurderinger av og individualisering – bruk av individuell plan samt samhandling og koordinering

Statens helsetilsyn gjennomførte i 2005 et landsomfattende tilsyn som undersøkte hvordan 60 norske kommuner¹¹³ gjennom systematisk styring sikrer at personer med sammensatte og langvarige behov for helse- og sosialtjenester får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud i alle faser i et tjenesteforløp, og dermed sikrer at tjenestemottakerne får forsvarlige tjenester i samsvar med myndighetskravene.

I målgruppen for tilsynet var brukere med et bredt spekter av ulike helsemessige og sosiale behov. Helsetilsynet peker på at omfattende funksjonssvikt, kronisk sykdom, og kanskje sosiale begrensninger hos disse, gjør at helse- og sosialtjenester kan få en avgjørende betydning for at disse personene skal få en meningsfull og verdig livssituasjon.

Tilsynsmyndighetene har bl. a undersøkt om kommunene sikrer individualisering, koordinering og forsvarlig tjenesteyting i sine helse- og sosialtjenester.

c. Individualisering og individuell plan

I hver tredje kommune fant tilsynsmyndighetene grunnlag for å konstatere at virksomhetenes arbeid med individuell plan ikke oppfyller lovkravene, mens ytterligere en halvpart av kommunene har forbedringsmuligheter i forhold til individuell plan.

Sammen med funn som viser at koordineringsfunksjonen ikke er tydelig plassert i mange av de 60 kommunene, slik forskrift om habilitering og rehabilitering krever, tilsier også dette at mye gjenstår for å sikre hel-

¹¹³ Vi viser her til rapport nr 3 2006, Et stykkevis og delt tjenestetilbud. Disse 60 kommunene var imidlertid forhandsvurdert og utpekt for tilsyn av fylkesmennene ut fra hvor de mener behovet for tilsyn er størst. En slik risikobasert og strategisk utvalgsmetode vil måtte gjøre at en vil finne mer svikt og avvik enn om utvalget av kommuner var gjort tilfeldig. For oss i denne sammenhengen, er det imidlertid ikke omfanget, men hvilke type svikt som er av interesse.

hetlige, koordinert tjenester til disse tjenestemottakerne (Helsetilsynet 2006, s 5).

d. Samhandling og koordinering

I mange tilfeller er koordinering en nødvendig forutsetning for forsvarlig tjenesteyting til brukergrupper med sammensatte behov. På bakgrunn av tilsyn har Helsetilsynet pekt på at samhandling og koordinering mellom ulike instanser og aktører i sosial- og helse-tjenesten er et sårbart område (Helsetilsynet 2005, s 72).

Ved tilsynet i de 60 kommunene i 2005 fant en svikt ved at

kommunene ikke følger godt nok opp brukere med langvarige og sammensatte behov får et helhetlig tjenestetilbud gjennom et helt tjenesteforløp (Helsetilsynet 2006, s 6).

Og i 1/3-del av kommunen dreide det seg om forhold som brøt med krav i lov og forskrift. Det er mangelfull koordinering mellom de behov som kartlegges og de tjenester som så ytes.¹¹⁴

Statens helsetilsyn mener at samlet sett gir funnene fra dette tilsynet gode holdepunkter for å konkludere med

at de fleste av kommunene som er undersøkt, ikke sikrer at tjenestemottakere med langvarige og sammensatte behov får et forsvarlig tilbud om kommunale helse- og sosialtjenester (op.cit. s. 5).

Sjøl om disse resultatene ikke er representative på landsbasis og dermed ikke representere kvantifisering av omfanget av nevnte svikt og mangler, er det utvilsom slik at disse forholdene har en viss utbredelse.

I neste avsnitt skal vi imidlertid på grunnlag av Helsetilsynets undersøkelse i 2003 kvantifisere utilstrekkelighet i noen funksjoner i pleie- og omsorgstjenestene i forhold til brukere under 67 år.

¹¹⁴ I alle kommunene med svikt her ”kartlegger deltjenestene tjenestemottakernes behov hver for seg og ved siden av hverandre, og de respektive tjenestene setter i gang sine tiltak og følger opp disse uten at de systematisk sikrer kommunikasjon med hverandre og med tjenestemottakeren” (Helsetilsynet 2006, s. 5).

8.5 Om utilstrekkelig hjelp i pleie- og omsorg

8.5.1 Om datagrunnlag og tidlige analyser

I Helsetilsynets undersøkelse ble det bedt om en vurdering av om den hjelpa tjenestemottakerne fikk, var *tilstrekkelig*¹¹⁵. Det ble bedt om den umiddelbare faglige vurderingen til den som registrerer hva som er 'utilstrekkelig'.¹¹⁶

I undersøkelsen er registrert eventuell utilstrekkelige hjelp i forhold til tre hovedområder eller situasjoner:

- *personlige gjøremål i hverdagen* – hjelp til praktisk hjelp, personlig hygiene, mat og måltider samt tilsyn om kvelden/natta
- *medisinsk faglig tilsyn* - fra lege og sykepleiefaglig hold eller annet faglig tilsyn
- *sosial tiltak og aktivitetstiltak*

Vi har tidligere foretatt en gjennomgang av denne problematikken og presentert resultater om omfang av utilstrekkelig hjelp innen de nevnte områdene for brukere 67 år+ (Brevik 2007b).¹¹⁷

Generelt var det jevnt over slik at det var flest med utilfredsstillende tjenester blant brukere eldre i ordinær privat bolig. Den er vesentlig bedre for dem som bor i kommunale boliger, dvs. der det kommunale ansvaret samtidig er knyttet opp mot boliger.

¹¹⁵ I veiledningen til utfyllingen av Helsetilsynets undersøkelse het det at "den som fyller ut skjemaet må selv kjenne den som registreres, eller få informasjon fra en annen fagperson som gjør det" (Helsetilsynet 2003, s. 62). I tråd med instruks forøvrig til undersøkelsen, er det rimelig å anta at utfyllingen på dette punktet er foretatt av personer som har kjent vedkommende minst 1 måned, oftest syke- eller hjelpepleiere som arbeider nær den som har mottatt tjenestene.

¹¹⁶ Her ble det føyd til at "Vi er klar over at dette kan variere fra person til person. Vi har likevel valgt å spørre på denne måten. Ulike syn vil jevne seg ut når det er mange som registrerer og mange som registreres", jf. veiledning til registreringsskjema for tjenestemottakere, Helsetilsynet 2003, s. 92 samt kommentarer i samme rapport, s.62.

¹¹⁷ Vi refererer her til Brevik 2007b (NIBR-notat 2007:111, *Eldreomsorgen i Oslo. Tjenester og behovsdekning. Sammenliknende analyse av Helsetilsynets undersøkelse 2003*, kapittel 2, Utilstrekkelig hjelp til praktisk hjelp og tilsyn, medisinsk faglig tilsyn og aktiviseringstiltakl og kontakt). I denne sammenhengen refererer vi til resultatene på landsbasis og utelater de store byene og Oslo.

Det var videre jevnt over *generelt slik* de heimebaserte tjenestene oftest var utilfredsstillende for dem med de største hjelpebehovene.

Samtidig peker Statens helsetilsyn i sin analyse av denne problematikken¹¹⁸ på at tjenestetilbudet til tjenestemottakere under 67 år oftere blir vurdert som utilstrekkelig sammenlignet med tilbudet til eldre. Det gjelder særlig pleie og praktisk hjelp. Dette er imidlertid

ikke alderen i seg selv som er den egentlige bakeliggende faktoren, men det faktum at de under 67 år har andre årsaker til hjelpebehovet og befinner seg i andre bostedskontekster enn de over 67 år (Statens Helsetilsyn 2005, s. 20), dvs. i kommunale boliger.

8.5.2 Utilfredsstillende hjelp blant brukere i kommunale boliger etter hovedårsak til hjelpebehovet og alder

Her legger vi fram noen enkelte resultater om utilstrekkelig hjelp for brukere som bor i kommunale boliger. Her skulle forutsetningene for resultatlikhet være noe større siden tjenestetilførselen må antas å være lite påvirket av tilgangen på privat omsorg. Forøvrig nevner vi at det også for brukere under 67 år er slik at utilstrekkelige tjenester forekommer hyppigere når en bor i ordinær privat bolig.

I det følgende refereres det til *sum* utilstrekkelig hjelp ('noe/alt for'), som oftest gjelder det 'noe' utilstrekkelig.

Vi tar for oss hjelp til tre funksjoner knyttet til personlig og praktisk hjelp samt medisinsk faglig tilsyn. Vi sammenlikner situasjonen på disse områdene etter hovedårsak til hjelpebehovet og alder.

Hovedårsak til hjelpebehovet

En har tidligere funnet at:

Tjenestemottakere med psykisk lidelser får systematisk mindre tilstrekkelige tjenester enn andre tjenestemottakere i pleie- og omsorgstjenesten. Når en korrigerer

¹¹⁸ Vi viser her til Tjenestemottakere, behov og tjenestetilbud. Analyser ved NOVA, i *Pleie- og omsorgstjenestene på strekke*, Rapport fra Helsetilsynet nr 7, 2005, s 17-45.

for funksjonsnivå, alder og bostedskontekst, blir denne ulikheten enda større (Statens helsetilsyn 2005, s. 23).

Slik det går fram av tabell 8.2, bekrefte de generelle resultatene. Bortsett fra legetilsyn, har brukere i kommunale boliger med psykiske lidelser som hovedårsak til hjelpebehovet betydelig oftere utilstrekkelig hjelp enn øvrige brukere. Hele 28 prosent hadde utilstrekkelig hjelp til f. eks personlig hygiene og praktiske hjelp i huset.

Blant dem med somatiske sykdommer og utviklingshemming som hovedårsak var det færre med utilstrekkelig hjelp - dog var hjelp til personlige og praktiske gjøremål utilstrekkelig for hver 7. bruker. De utviklingshemmede kommer imidlertid noe bedre ut i forhold til medisinsk tilsyn, jf. tabell 8.2.

Tabell 8.2 *Andel med utilstrekkelige tjenester i forhold til noen sentrale hjelpe- og tilsynsfunksjoner etter hovedårsak til hjelpebehovet og alder. Beboere i kommunale boliger Prosent.*

Type funksjon:	Hovedårsak til hjelpebehovet		
	Somatisk sykdom	Psykisk lidelse	Utviklingshemmet
Personlig hygiene			
Under 67 år	16	28	15
Over 67 år	14	15	18
Praktisk hjelp i huset			
Under 67 år	14	28	15
Over 67 år	13	14	12
Mat og måltider			
Under 67 år	14	18	12
Over 67 år	10	10	5
Legetilsyn			
Under 67 år	14	11	5
Over 67 år	12	13	5
Sykepleiefaglig tilsyn			
Under 67 år	11	21	8
Over 67 år	8	12	18

Kilde: Helsetilsynets undersøkelse 2003

Alder

Slik det går fram av tabell 8.2, bekrefter resultatene fra brukere i kommunale boliger det generelle bildet om at tilstrekkelig hjelp forekommer oftere blant brukere under 67 år enn blant brukere 67 år+. Det gjelder for nesten alle de nevnte funksjonene og for alle de tre årsaksgruppene.

Når det gjelder brukere med psykiske lidelser og alder, peker NOVA i sin analyse av disse data på at:

Det framtrer et klart mønster: For alle typer praktisk hjelp og pleie, og for sykepleiefaglig tilsyn, øker andelen tjenestemottakere med psykiske lidelser som antas å få tilstrekkelig hjelp med alderen. For aktivisering og sosiale tiltak er det omvendt. For legetilsyn og annet faglig tilsyn er forskjellene mellom aldersgruppene små. (Statens helsetilsyn 2005, s 24).

At det er slik, bekreftes også for dem som bor i kommunale boliger, bortsett fra at andelen med tilstrekkelig sykepleiefaglig tilsyn er vesentlig høyere blant brukere under 67 år med psykiske lidelser som hovedårsak til hjelpebehovet enn blant eldre i samme gruppe, 21 prosent versus 12 prosent, jf. tabell 8.2.

Statens helsetilsyn har her anført at *”det må kunne sies at dersom et tjenestetilbud ikke er tilstrekkelig, er det heller ikke forsvarlig”* (Helsetilsynets rapport nr 7/2005 s. 13).

Helsetilsyn vurderte den situasjonen vi her har beskrevet dit hen at:

i en del kommuner er det grunn til å tro at utfordringene er så vidt store er det er berettiget å snakke om at systemer er satt på vedvarende strekk og at sårbarheten og risiko for svikt er stor på en del områder (Statens helsetilsyn, 2005, s. 12).

Det synes således å foreligge et visst belegg for at pleie- og omsorgstjenestene, særlig til brukere under 67 år, kan være mangelfulle. Og særlig synes det å gjelde dem med psykiske lidelser.

8.6 Hypoteser om mangler i pleie- og omsorgstjenestene

Innledning

På bakgrunn av de empiriske data over utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene slik vi har gjort rede for i kapittel 2-7, vil vi reise noen problemstillinger og tentative hypoteser om eventuelle mangler i dagens pleie- og omsorgstjenester

a. Er eldreomsorgen i ferd med å forlate den forebyggende strategien, mens omsorgen for yngre har beveget seg mot en slik strategi?

Vi har vist at antall brukere blant de eldre de 15 siste åra har vært konstant eller avtatt svakt. Det betyr at det samlet sett er færre som til enhver tid får kommunale heimebaserte tjenester. Og bruksratene (tilgjengeligheten) er redusert mest for brukere 67-79 år, men også blant brukere 80-84 år, jf. kapittel 2.4.

Stagnasjon i tallet på eldre brukere, lavere tilgjengelighet, mer intensiv drift i sykehjem, redusert bruk av praktisk bistand og betydelig vekst i hjemmesykepleievirksomhet, gir grunn til å spørre om det skjer en utvikling der eldreomsorgen er i ferd med å forlate den forbyggende delen av sin strategi med 'tidlig intervensjon' etter dansk modell. Går utviklingen mer og mer i retning av en behandlingsstrategi som konsentrerer seg om 'de som trenger det mest', slik utviklingen har vært i Sverige? Og en kan reise spørsmål om i hvor stor grad det har funnet sted en *medikalisering* av hjemmetjenestene for eldre på bekostning av forebygging, sosial og praktisk bistand?

I forhold til brukere under 67 år har imidlertid det motsatte skjedd. Her har det vært en sterk innstrømming av nye brukere samtidig som brukerne enkeltvis over tid har fått mer hjelp, jf. kapittel 7.4. Blant disse drives det både behandlende arbeid i regi av hjemmesykepleien samtidig som brukere langt oftere og tidligere enn før (sterkest vekst blant de aller yngste brukerne) blir inkludert i et offentlig sykepleiefaglig regime. Dette må kunne antas å ha proaktive og forebyggende effekter på sikt. Her synes en ofte antakelig å oppnå begge deler, medikalisering og forebygging. Om innsatsen eventuelt noen ganger kan være utilstrekkelig, forkludrer ikke det den funksjonelle strategien kommune synes å ha lagt seg på. Dette er samtidig med å grunnngi hypotesen om at det er etablert delvis

forskjellige pleie- og omsorgsregimer for yngre versus eldre brukere.

b. Er det delvis etablert forskjellige omsorgsregimer for yngre versus eldre brukere?

I kapittel 3.2 og 3.3 viste vi til at det blant yngre hadde vært en sterk vekst i hjemmesykepleievirksomhet til brukere med somatiske sykdommer og psykiske lidelser. Vi pekte på at det reiser spørsmål om *hvilke hjelpebehov* som i et så vidt stort omfang avhjelper overfor unge brukere i den kommunale hjemmesykepleie. Er det ofte en annen type hjemmesykepleie som ytes til yngre versus eldre brukerne?

Er det to forskjellige systemer i kommunene for eldre og yngre brukere av hjemmetjenestene, med ulike standarder, ulike nivåer på tjenestetilbudet, ulike fagtradisjoner, ulike saksbehandlingsrutiner og ulik organisering - der tilbudet til yngre brukere bygger på prinsippene og standarden som ble innført med reformen for personer med utviklingshemming, mens eldreomsorgsdelen går i gamle spor der hjemmehjelperne vasker og hjemmesykepleien bader, deler ut medisiner, driver sårbehandling etc. Ressursbruken og ulik innretning av tjenestetilbudet til de ulike brukergruppene gir kanskje grunnlag for å stille slike spørsmål.

c. Er det etablert nytt innhold i tjenestene for nye brukergrupper?

Hva slags tjenestetilbud (innhold) har de nye brukergruppene (både de nye yngre brukerne og de nye generasjoner seniorer) egentlig behov for? Er tjenestetilbudet i den kommunale helse- og sosialtjenesten/pleie- og omsorgstjenesten kompetansemessig rustet til å møte utfordringene de nye brukergruppene representerer? Er 'arkitekturen' hensiktsmessig, dvs. organiseringen og samarbeidet med andre utenfor helsevesenet?

Hovedhypotese er at behovene de siste 15-20 siste åra har endret seg betydelig i takt med de raske endringene i brukersammensetning uten at tjenestene i samme grad har vært i stand til nødvendige omstillinger i kompetanse og faglig perspektiv. Det fordi pleie- og omsorgstjenesten har vært nokså konservative i sitt vesen og ofte svarer med mer av det samme, dvs. det en har erfaring og kompetanse på, på tross av endringer i brukerbehov. Kanskje er dette noe at det disse tjenestene sliter aller mest med i dag. Eller er det nettopp slik at 'mer av det samme' er hva som oftest skal til,

men at dette 'samme' er for knapt? Eller dreier det seg aller helst om begge deler, kvantitativt behov for mer hjelp og kvalitativt nye tiltak?

Helsetilsynet antyder dette i sin rapport Pleie- og omsorgstjenester på strekk (2005), hvor en anfører at:

Utvidet ansvarsområde har de senere årene gitt kommunene utfordringer i form av nye brukergrupper med sammensatte og omfattende behov for hjelp og bistand; behov som best blir møtt gjennom andre arbeidsformer og tiltak enn det som har vært vanlig tidligere.

En hypotese her er at endringene i 'etterspørsel' har vært raskere enn tjenesten har vært i stand til å omstille sitt tilbud - og finne nye arbeidsformer og andre tiltak. Kanskje kan sykepleierens dominerende stilling i disse tjenestene i dag være noe av årsaken til at i hvert fall 'pleie-perspektivet' synes å ha hatt betydelig framvekst og fastholdes så sterkt? Men dette finnes det imidlertid lite empirisk belegg for. Dette er en hypotese som bør undersøkes nærmere, dvs. er det slik at de fordres 'andre arbeidsformer og tiltak'?

d. Har kommunene utviklet kompetanse og behandlingsopplegg som er på høyden med det mangfold i diagnoser?

Et sentralt spørsmål her er imidlertid om kommunene jevnt over har utviklet en kompetanse som er på høyde med behovene i forhold til mangfoldet i diagnoser og lidelser hos nye brukere. Det vil kanskje særlig gjelde mindre kommuner. Dette gjelder både somatikk, rus og psykiatri. Og det vil være noe vesentlig annet enn å drøfte kommunal medisinsk kompetanse i forhold til ferdigbehandlede eldre i sykehus. Omfanget og bredden tilsier at en her på sett og vis befinner seg på et annet nivå.

Dette vet vi imidlertid relativt lite om på empirisk grunnlag. Og det burde bli gjort til gjenstand for nærmere undersøkelse. Det som ytterligere synes å gjøre en slik gjennomgang påtrengende, er det forhold at mye av økningen i den kommunale innsatsen ofte er rettet mot personer som er i en *linslang avhengighet* av hjelp, pleie og behandling. Det til forskjell fra de fleste eldre, hvor behovene oftest er knyttet til sluttfasen av livet og arter seg som før. Dette spørsmålet forsterkes ved at den kommunale innsatsen for mange er omfattende, siden personer under 67 år andre enn utviklingshemmede i 2007 synes å motta i gjennomsnitt 0,4 årsverk per per-

son, jf. kapittel 7.4. Det betyr at det gis nokså omfattende hjelp til de tyngste brukerne, noe som er dokumentert, bl. a etter diagnose i kapittel 4 her.

e. Eldre med omfattende og sammensatte problemer

Spørsmålet om kommunene har utviklet adekvate tjenester i tråd med brukerutviklingen, bør antakelig ikke begrense seg til de yngre brukerne, sjøl om spørsmålet synes å ha mest gyldighet i forhold til disse.

I dag (2007) bor det omlag 9.000 eldre i kommunale boliger med heldøgns pleie- og omsorg. Dette i tillegg til omlag 40.000 i eldreinstitusjoner. Og i alt er det ca. 115.000 med heimebaserte tjenester. Hjelpebehovene og pleietyngden blant en god del av disse er noen ganger betydelig og sykdomsbildet sammensatt og innslaget av demens er stort.

Det bør derfor kunne reises spørsmål om kommunene har utviklet medisinsk og pleiemessig kompetanse som er slik innrettet at den gir et tilbud på høyde med sykdoms- og pleiebehovspanorama hos de eldre, særlig i forhold til pasienter med demens og psykiske lidelser. Det gjelder både i institusjon, i kommunale boliger med heldøgns pleie- og omsorg og i ordinære private heimer.

f. Utviklingshemmedes helseproblemer

Utviklingshemmede har kvantitativt en omfattende plass i den kommunale omsorgssektoren og brukte i 2007 nærmere 18.000 årsverk i de heimebaserte tjenestene. Samtidig er det etablert kunnskap at utviklingshemmede ofte har somatisk sykdommer og psykiske lidelser i tillegg til å være utviklingshemmet og rent kvantitativt å være svært hjelpetrengende (1,45 årsverk per bruker i gjennomsnitt). Det burde imidlertid reises spørsmål hvor godt kommunene evner å identifisere og følge opp og gi behandling i tilknytning til sykdommer og lidelser som *ikke* er knyttet til den spesifikke psykiske utviklingshemmingen.

Litteratur

- Abrahamsen D. (2007): *Botilbud innenfor pleie- og omsorgstjenestene*, Notat, SSB, 31.8. 2007, Oslo
- Botten, G. m.fl. (2000): *Spreke eldre, rimeligere eldreomsorg? Utgiftsbehovet i eldreomsorgen i perioden 2000-2030 under ulike forutsetninger om eldres funksjonsevne*. Skriftserie 2000:6. Oslo: Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo
- Brahaug, A. L. m.fl. (2001): *Utviklingen av aldersrelaterte helse-, pleie- og omsorgsutgifter*. Rapport 2001/4, Statistisk sentralbyrå, Oslo
- Brevik I.(1990): *Omfang av privat omsorg for eldre i Norge: Resultater av Helseundersøkelsen 1985*. Delnotat for Gjærevoll-utvalget, NIBR/Sosialdepartementet, Oslo
- Brevik I. (2001): *Handlingsplan for eldreomsorgen. Regional stats vurdering av investeringstilskuddene. Noen erfaringer midtveis i byggeperioden*, NIBR-notat 2001:107, Oslo
- Brevik I. (2002): *Handlingsplan for eldreomsorgen – regional stats kontroll med kommunenes bruk av øremerkete tilskudd*, NIBR-rapport 2002:18, Oslo
- Brevik I. (2003a): *Kommunenes pleie- og omsorgstjenester. Utvikling, status og utfordringer*. NIBR-rapport 2003:17, Oslo
- Brevik I. (2003b): *Handlingsplan for eldreomsorgen og utviklingen av pleie- og omsorgstjenestene – ledd i en lengre utvikling*. Arbeidsrapport, NIBR, Oslo
- Brevik I. (2003c): *Handlingsplan for eldreomsorgen. Kommunenes vurdering av planen som redskap i utbyggingen av omsorgstjenestene. Resultater fra en spørreskjemaundersøkelse*. NIBR-notat 2003:114, Oslo

- Brevik I. (2006): *Utviklingshemmedes bo- og tjeneste situasjon. Separat analyse av Helsetilsynets undersøkelse i 2003*. NIBR- notat 2006:116, Oslo
- Brevik I. (2007a): *Utvikling og status i Oslos og landets eldreomsorg. Noen hovedtrekk*, NIBR-notat 2007:102, Oslo
- Brevik I. (2007b): *Eldreomsorgen i Oslo. Tjenester og behovsdekning Sammenliknende analyse av Helsetilsynets undersøkelse i 2003*. NIBR-notat 2007:111, Oslo
- Brevik I. (2007c): *'Der tida står stille'. Utvikling og status i Oslos og landets eldreomsorg*. NIBR-rapport 2007:115, Oslo
- Brevik I. (2008a): *Endringer i bruker- og pasientgrupper i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Statistisk analyse av perioden 1998-2006*, Prosjektnotat, NIBR, februar 2008, Oslo
- Brevik I. (2008b): *Boliggjøring av sykehjem og institusjonalisering av omsorgsboliger. Bo- og tjenesteforhold for yngre med nedsatt funksjonsevne*. Rapport nr. 1 2008, Nasjonalt dokumentasjonssenter for personer med nedsatt funksjonsevne/NIBR, Oslo
- Brevik I. (2010): *Oppgaveforskyvning mellom 1. og 2.-linjetjenesten. Om utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene 1988-2007 - all vekst i endret innretning*. NIBR-rapport 2010:1, Oslo
- Brevik I. og Høyland K. (2007): *Utviklingshemmedes bo- og tjenestesituasjon 10 år etter HVPU-reformen*, Rapport NIBR/SINTEF, NIBR, Oslo
- Brevik I. og Daatland S. O. (2007): *Utvikling og status i norsk eldreomsorg. Institusjoner og kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål 1989-2005*, i Aldring og eldre, nr. 2, Oslo
- Daatland S. O. (1990): *Ressurser og resursbruk i eldresektoren. Dagens mønster og utvikling over tid*, Rapport nr. 5, NGI, Oslo
- Daatland S. O. (1994): *Hva skjer i eldresektoren. Status og utvikling av eldrepolitikken tilbud og tjeneste*, rapport nr. 1 1994. NGI, Oslo
- Daatland S. O. (1997 red): *De siste årene. Eldreomsorgen i Skandinavia 1960-95*, Rapport 22/97, NOVA, Oslo

- Gabrielsen B. et al. (2008): *Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenestene i kommunene (IPLoS). Foreløpige resultater fra arbeidet med IPLoS-data for 2006*, Notat 3/2008, SSB, Oslo
- Gabrielsen B. et al. (2008): *Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenestene i kommunene (IPLoS). Foreløpige resultater fra arbeidet med IPLoS-data for 2007*, Notat 42/2008, SSB, Oslo
- Gabrielsen B. et al. (2009): *Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenestene i kommunene (IPLoS). Foreløpige resultater fra arbeidet med IPLoS-data for 2008*, Notat 48/2009, SSB, Oslo
- Helse- og omsorgsdepartementet (2006): *Kartlegging av oppgavefordeling mellom kommunenes helse- og sosialtjeneste og spesialisthelsetjenesten*. Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet, 15. februar 2006, Oslo
- Helsetilsynet (2003): *Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene: Tjenestemottaker, hjelpebehov og tilbud*, Rapport nr. 10/2003, Statens helsetilsyn, Oslo
- Helsetilsynet (2005): *Pleie- og omsorgstjenestene på strekke*, Rapport 7/2005, Statens helsetilsyn, Oslo
- Helsetilsynet (2006): *Et stykkeveis og delt tjenestetilbud*, Rapport nr. 3/2006, Statens helsetilsyn, Oslo
- Kalseth B. et al (2004): *Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten – oppgave utvikling og samspill*, SINTEFrapport, SFT78 A045018, Trondheim
- Kaspersen S.L et al (2008): *Psykisk helsearbeid i kommunene. Disponering av statlige øremerkede midler 1999-2007*, SINTEFrapport A8811, Trondheim
- Lauvli M. (1991): *Utbygging av serviceboliger i Norge*, Rapport 2/1991, Norsk gerontologisk institutt, Oslo
- Lauvli M. (1992): *Serviceboliger. Selvstendighet og trygghet under samme tak*, NGI, rapport 5/92, Oslo
- Norges offentlige utredninger, NOU 1992:1, *Trygghet – verdighet - omsorg*, Oslo

- Norges offentlige utredninger, NOU 2005:3, *Fra stykkevis til helt*, Oslo
- Pedersen P. B. (2009). *Samdata. Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2008*, SINTEF, rapport A12373, Trondheim
- Romøren T. I. (1995): *HVPU-reformen i forskningens lys*, Oslo: Gyldendal
- Romøren T. I. (2003): *Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene: Tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud*, Oslo: i Statens helsetilsyn, rapport nr. 10 2003, Oslo
- Romøren, T.I. og Svorken B. (2003): *Velferdsstat og velferdskommune. Iverksetting av "Handlingsplan for eldre omsorgen i kommunene i Nord-Trøndelag*, NOVA Rapport 12/03, Oslo
- Romøren T.I. (2007): *Kommunale hjemmetjenester - fra eldreomsorg til 'yngreomsorg'*, Aldring og livsløp, nr. 1, NOVA, Oslo
- Saglie, I.L. (1992): *Plandelen av "Plan- og bygningslov" : en evaluering*, NIBR-notat 1992:117
- Statistisk sentralbyrå: *Pleie- og omsorgsstatistikk*, hvert år, Oslo
- Statistisk sentralbyrå(1996): *Pleie- og omsorgsstatistikk 1994*, NOS C344, Oslo
- Statistisk sentralbyrå (2004-2008): *KOSTRA, grunnlagsdata, detaljerte nøkkeltall og utvalgte nøkkeltall, 2003 - 2007*, Oslo
- Statistisk sentralbyrå (2008): *Pleie- og omsorgsstatistikk, Bebuarar i bustader til pleie- og omsorgsformål etter alder. 1994-2007*, Oslo
- St. meld. nr. 50 (1996-1997), *Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet – respekt – kvalitet*
- St meld. nr. 25 (2005-2006), *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer.*
- St. prp. nr. 1 (2008-2009), KR D, *Statsbudsjettet*
- St.prp. nr. 1 (2007-2008)*, HOD, *Statsbudsjettet*

Toresen, J. (2003): *Handlingsplan for eldreomsorgen – virkninger på kapasitet, dekning og årsverksforbruk*. NIBR-rapport 2003:11, Oslo

Tøssebro J (1996): *En bedre hverdag? Utviklingshemmedes levekår etter HVPU-reformen*, Oslo: Kommuneforlaget

For oversikt over prosjektnotater som ligger til grunn for denne rapporten, se kapittel 1.3.

Vedlegg 1

Tabeller i kapittel 6, 7 og 8

Tabell 6.1v. *Årsverk i pleie- og omsorg, 1980-2007. Totalt og fordelt på institusjon og åpen omsorg. Absolutte tall og prosent. Oppgaver i hht skjema 1980- 2002. Og etter register 1992-2007. Oppgitt 2003-2007 og omregnet 1992-2002.*

	Årsverk både etter skjema og register. Abs tall				Relativ fordeling		
	Sum skj.	Sum Reg.	Institusjon	Åpen om.	Inst	Åpen	Alle (n)
1980	38.947		27.224	11.723	69,9	30,1	38.947
1982	41.329		28.782	12.595	69,6	30,4	41.329
1984	46.064		30.517	15.547	65,5	34,5	46.064
1987	51.103		34.335	16.768	67,2	32,8	51.103
1988	52.652		34.799	17.853	66,1	33,9	52.652
1989	53.205		35.945	17.260	67,6	32,4	53.205
1990	54.353		37.121	17.232	68,3	31,7	54.353
1991	58.954		38.637	20.317	65,5	34,5	58.954
1992	66.430		39.188	27.242	59,0	41,0	66.430
1993	69.395		39.357	30.038	56,7	43,3	69.395
1994	68.331		39.017	29.314	57,1	42,9	68.331
1995	69.795		39.504	30.291	56,6	43,4	69.795
1996	73.733		40.700	33.033	55,2	44,8	73.733
1997	79.435		42.498	36.937	53,5	46,5	79.435
Årsverk i hht register – omregnet							
1992	66.430	75.613	44.612	31.001	59,0	41,0	75.613
1993	69.395	78.989	44.787	34.202	56,7	43,3	78.989
1994	68.331	77.777	44.404	33.373	57,1	42,9	77.777
1995	69.795	79.444	44.931	34.513	56,6	43,4	79.444
1996	73.733	83.893	46.338	37.555	55,2	44,8	83.893
1997	79.435	90.353	48.381	41.972	53,5	46,5	90.353
1998	82.794	94.147	49.581	44.566	52,7	47,3	94.147
1999	86.370	98.196	50.861	47.335	51,8	48,2	98.196
2000	89.669	101.927	52.041	49.886	51,1	48,9	101.927
2001	91.820	104.374	52.815	51.559	50,6	49,4	104.374
2002	93.690	106.461	53.475	52.986	50,2	49,8	106.461
Årsverk – register. KOSTRA							
2003		105.883	52.899	52.984	50,0	50,0	105.883
2004		107.910	52.471	55.439	48,6	51,4	107.910
2005		107.071	51.511	55.560	48,1	51,9	107.071
2006		113.220	53.453	59.767	47,2	52,8	113.220
2007		118.189	54.550	63.639	46,2	53,8	118.189

Kilde: SSB og beregninger ved NIBR

Tabell 6.2v. Oversikt over endring i antall årsverk fordelt på åpen omsorg og institusjon 1992-2007. Årsverk etter registrer per 31.12. Omregnet for årene 1992-2002. Kilde: SSB og beregninger ved NIBR

	Åpen	Institusjon	Endring	Sum, r.	Åpen, pst
1992	31.001	44.612		75613	41,0
E92-93	3.201	175	3.376		
1993	34.202	44.787		78989	43,3
E 93-94	-829	-383	-1.212		
1994	33.373	44.404		77777	42,9
E 94-95	1.140	527	1.667		
1995	34.513	44.931		79444	43,4
E 95-96	3.042	1.407	4.449		
1996	37.555	46.338		83893	44,8
E 96-97	4.417	2.043	6.460		
1997	41.972	48.381		90353	46,5
E 97-98	2.594	1.200	3.794		
1998	44.566	49.581		94147	47,3
E 98-99	2.769	1.280	4.049		
1999	47.335	50.861		98196	48,2
E 99-00	2.551	1.180	3.731		
2000	49.886	52.041		101927	48,9
E 00-01	1.673	774	2.447		
2001	51.559	52.815		104374	49,4
E 01-02	1.427	660	2.087		
2002	52.986	53.475		106.461	49,8
E 02-03	-002	-576	-578		
2003	52.985	52.898		105.883	50,0
E 03-04	2.456	-427	2.927		
2004	55.437	52.473		107.910	51,4
E 04-05	123	-962	-839		
2005	55.557	51.514		107.071	51,9
E 05-06	4.210	1.939	6.149		
2006	59.767	53.453		113.220	52,8
E 06-07	3.874	1.095	4.969		
2007	63.641	54.548		118.189	53,8
Endringer	Åpen	Institusjon	Endring		Åpen/inst.
P. 1993-97	10.971	3.769		14.740	74/26 pst
P. 1998-02	11.014	5.094		16.108	68/32 pst
P. 2003-07	10.655	1.073		11.728	91/9 pst
P. 1993-02	21.985	8.863	30.848	30.848	71/29 pst
P. 1993-07	32.640	9.936	42.576	42.576	77/23 pst
P. 1998-07	21.669	6.167	27.836	27.836	78/22 pst

Tabell 6.4v. *Oversikt over utvikling i antall årsverk i åpen omsorg, i institusjon og i alt 1988-2002 samt periodevise endringer. 1990-1997. Oppgaver etter skjema. Kilde: Daatland 1997, tab 9A/SSB og beregninger ved NIBR.*

År	Åpen	Institusjon	Sum, skjema
1988	17.853	34.799	52.652
1989	17.260	35.945	53.205
1990	17.232	37.121	54.353
1991	20.317	38.637	58.954
1992	27.242	39.188	66.430
1993	30.038	39.357	69.395
1994*)	29.314	39.017	68.331
1995*)	30.291	39.504	69.795
1996*)	33033	40.700	73.733
1997*)	36.937	42498	79.435
1998*)	39.162	43.632	82.794
1999*)	41.630	44.740	86.370
2000*)	43.848	45.821	89.669
2001*)	45.359	46.461	91.820
2002	46.630	47.060	93.690

Periodevise endringer i antall årsverk

Periodevis endring (E)	Åpen	Institusjon	Sum skjema
Endring 1989-90	- 621	2.322	1.701
Endring 1991	3.085	1.516	4.601
Endring 1992	6.925	551	7.476
Endring 1993	2.796	169	2.965
Endring 1994	-724		
Endring 1995	977		
Endring 1996	2.742		
Endring 1997	3.904		
Endring 1994-95	253	147	400
Endring 1996-97	6.646	2.994	9.640
Endring 1991-93	12.806	2.236	15.042
Endring 1991-95	13.059	2.383	15.442
Endring 1991-97	19.705	5.377	25.082

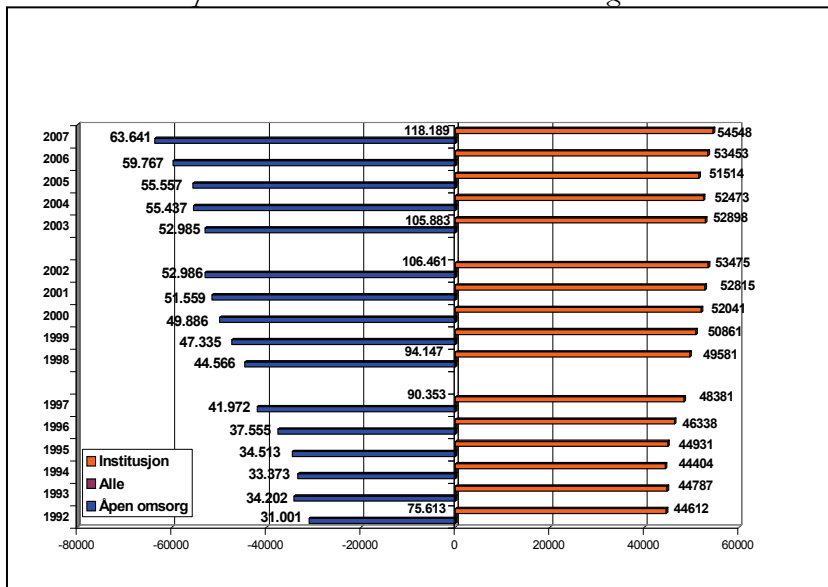
*) Siste året med fordeling av årsverk mellom åpen omsorg og institusjon var 1993. For årene 1994-2001 har vi regnet om etter tidligere omregninger av fordelingen i hht registerdata, jf. Prosjektnotat nr 1, tabell 3 i Vedlegg II til notatet.

Tabell 6.5v. *Antall årsverk i de heimebaserte tjenestene og i åpen omsorg samlet 1980-1992. Endringer i ulike perioder. Kilde: Daatland 1997, tab 8A/SSB*

År	Hjemme- hjelp	Hjemme- sykepleie	Annet	Sum åpen omsorg	Sum SSB- alternativ
1980	8.750	2.460	-	11.210	11.723
1982	8.946	3.213	-	11.913	12.595
1984	10.225	3.355	1.049	14.629	15.547
1987	11.322	3.983	1.441	16.746	16.768
1988	11.442	4.710	1.729	17.881	17.853
1989	11.124	5.047	493	16.664	17.260
1990	11.000	5.664	582	17.246	17.232
År	Endringer			Periode	
E 1980-84	1.475	895	(1.049)	3.419	1981-84
E 1984-88	1.217	1.355	(680)	3.252	1985-88
E 1988-90	- 442	954	-1147	- 635	1989-90
E 1980-90	2.250	3.204	(-)	6.036*	1981-90

*) Denne serien, er basert på Daatland 1997 – fordi den eksplisitt har gjort rede for gruppa 'annet'. Og serien gir jevnt over noen færre årsverk i *heimebaserte tjenester* i perioden enn data baserte på SSBs direkte oppgaver, jf. tabellens kolonner til høyre.

Figur 6.1.v. *Antall årsverk i åpen omsorg og i institusjon i 15-års-perioden 1993-2007. Årsverk i bht registerdata. Kilde:*



Tabell 7.1.v. *Periodevis utvikling i vekst i de heimebaserte tjenestene 1990-97. Alle brukere og utviklingshemmede brukere under 67 år samt årsverksoppgaver*) Årsverk etter skjema.*

Perioder	Alle brukere	Utviklingshemmede brukere	Årsverk
E 1990-93	4.283	5.600	12.778
E 1990-95	6.039	7.172	13.031
E 1990-97	11.631	7.826	19.677
E 1994-95	1.756	1.572	253
E 1996-97	5.592	654	6.646

*) Tabell 7.1.v er basert på sammenstilling av resultater fra tabell 9 og tabell 10 i prosjektnotat nr 2, NIBR, mars 2009, se egen oversikt over prosjektnotater i kapittel 1.

Tabell 7.2v. *Antall personer med heimebaserte tjenester etter type tjeneste og alder samt antall timer samlet mottatt hjelp per uke etter IPLOS 2007 og sum ukeverk og relativ fordeling av uketimer etter alder. 2006. Oppgaver over antall brukere både etter KOSTRA etter IPLOS-estimat. Kilde: SSB, IPLOS, Statistikkbanken.*

	Brukere i alt	Timer per uke	Uketimer	Andel pst	Brukere i alt	Timer per uke	Uketimer	Andel pst
2006	Antall brukere etter skjema (a) IPLOS timetall 2007				Antall brukere etter IPLOS-estimat (b)* IPLOS timetall 2007			
	0-49	32030	13,9	445 217	39,1 %	28 006	13,9	389 283
50-66	22979	9,3	213 705	18,8 %	20 093	9,3	186 865	
< 67 år	55.009	<i>12</i>	658 922	57,8 %	48 099	<i>12</i>	576.148	57,1 %
67-79	36039	4,3	154 968	13,6 %	27 572	4,3	118 560	
80-89	64052	3,9	249 803	21,9 %		<i>3,9</i>		
90 år +	16126	4,7	75 792	6,7 %		<i>4,7</i>		
80 år+	80.178	<i>4,1</i>	325 595	28,6 %	76 773	4,1	314 769	
67 år+	116 217	<i>4,15</i>	480 563	42,2 %		<i>4,15</i>	433. 329	42,9 %
I alt	171.226		1.139.484	100,0 %			1.009.477	100,0 %

*) Her legger vi til grunn fordelingen av brukere slik den går fram av estimat for perioden 1997-2007 der en legger fordelingen etter IPLOS i 2007/KOSTRA 1997-2006 til grunn for estimat av antall brukere i ulike grupper i de foregående år, jf. SSB, Notat 2008/42, tabell 4.2

Tabell 8.1v. Utvikling i sammensetning av personalet etter profesjon og utdanning i pleie- og omsorgssektoren 1997-2007. 1997 omregnet. Kilde: KOSTRA og beregninger ved NIBR 2009.

Profesjon	1997	1997 omreg.	2007	E 97-07	E i pst	E 97-07 fordelt
1. Psykiatrisk sykepleier	809		1021			
2. Geriatrisk sykepleier	455		1016			
3a. Annen sykepleier m spesialit./videreut.	-		1590			
1-3. Sykepleiere med spesialitet	(1264)	(1438)	3.627	2.189	152	7,9
3.b Andre sykepleiere	13.401	15.242	17.615	2.373	15,6	8,5
1 - 3. Sykepleiere i alt	14.665	16.680	21.242	4.562	27,3	16,4
4. Vernepleier	2129	2.422	5.143	2.721	123	9,8
5a. Ergoterapeut	525	597	661	64	11	
5b. Sosionom	187	213	941	728	342	
5c. Barnevernspedagog	219	249	657	408	164	
5.d Miljøterapeut (høgskoleutd.)	807	918	2633	1715	187	
5. Ergoterapeut, sosionom o.a.	1738	1.977	4892	2.915	247	10,3
Sum 1-5. Høgskoleutdannet personell	18.532	21.079	31.277	10.198	55	36,6
6a. Aktivør	1416	1611	1474	- 137	-9	
6b. Omsorgsarbeider	1431	1628	9039	7.411	455	
6c. Barne- og ungdomsarbeider	31	35	624	589	(-)	
6. Aktivør/omsorgsarbeidere	2.878	3.273	11.137	7864	327	28,3
7. Hjelpepleier	27.629	31.425	34948	3523	12,8	12,7
Sum 6-7. Personell med V.G.O.	30.507	34.698	46.085	11.387	37	40,9
8a. Pleiemedhjelper/assistent	8613		2412			
8b. Hjemmehjelper/personlig assistent/andre som yter praktisk bistand	10108		7522			
8c. Annet personell i brukerrettet tjeneste	1856		21363			
8. Pleiassistent/yter av praktisk bistand	20.577	23.404	31.297	7.893	34	8,4
9a. Servicefunksjon for brukere (kjøkken, vaskeri, vaktmester mv)	7582					
9b. Annet personell i administrasjon og ledelse	2236					
9 Service- og administrasjonspersonell	9.818	11.167	9.531	-1.636	- 14,7	- 5,9
						100,0
Alle årsverk	79.435	90.353	118189	27.836	- 30,8	27.836

Prosentforskjell 1997 ny og gammel registrering:113,74