

# Prioriteringer i pleie- og omsorgssektoren

## Diskrimineres eldre?

*Både statistikk som viser fordeling av omsorgsressurser, lovgivningen som setter rammer for rett til tjenester, og en casestudie i fem kommuner, viser ulik tildelingspraksis av tjenester til yngre og eldre hjelpetrengende. Slik tildeling av tjenester, og hva og når brukerne kan få hjelp, kan forklares med at oppfatningen om behov, og hva som er et normalt liv, sees på som forskjellig for yngre og eldre personer. Et normalt liv for yngre anses som et aktivt liv, mens et normalt liv for eldre anses som et mer passivt liv. Dette gir grunn til å reise noen normative spørsmål om hvilke prinsipper som skal legges til grunn når det innenfor stadig strammere ressursmessige rammer skal gjøres prioriteringer. Hvilke prinsipper som skal legges til grunn, bør løftes opp på politisk nivå. Ansvaret for å ta de vanskelige prioriteringsvalgene bør ikke dyttes ned på den enkelte tjenesteutøver i sitt daglige arbeid.*

De fleste europeiske land er i dag bekymret for konsekvenser av en aldrende befolkning. Det påpekes at andel personer som er i yrkesaktiv alder, krymper og får ansvar for å finansiere økte pensjonsutgifter samt sørge for pleie- og omsorgstjenester til et økende antall eldre (OECD, 2017a). Når fremtidig knapphet på pleie- og omsorgstjenester diskuteres, har forskere og sentrale helsemyndigheter i liten grad vært opptatt av at eldre i økende grad konkurrerer med yngre brukere om de samme begrensede pleie- og omsorgsressursene (Gautun & Grødem, 2015). Denne kommentarartikkelen set-

ter søkelyset på hvordan konkurransen om ressurser mellom yngre og eldre med behov for tjenester spilles ut i ulike kontekster. Det sees på hvilke prinsipper som legges til grunn når kommunene tildeler tjenester, og hvilke prioriteringer ansatte i tjeneste gjør i sitt daglige arbeid. Et sentralt spørsmål som undersøkes, er hvorvidt disse prinsippene, og prioriteringer, fører til ulik praksis overfor eldre og yngre brukere. Før spørsmålene belyses, gis en oversikt over strukturelle rammer kommunene må gjøre prioriteringer innenfor. Vi skal se på ressursinnsatsen i ulike tjenester, endringer over tid og fordelingen mellom eldre og yngre brukere. Deretter skal vi se på det juridiske rammeverket som prioriteringene gjøres innenfor.

### **Ansvar for stadig flere brukergrupper og nye oppgaver**

I Norge har flere store reformer på helse- og omsorgsfeltet, helt siden begynnelsen av 1990-tallet, ført til at kommunene har fått ansvar for å yte tjenester til en voksende gruppe yngre brukere, dvs. til personer under 67 år (Gautun & Grødem, 2015). Fra i hovedsak å være en eldreomsorgstjeneste har pleie- og omsorgstjenestene utviklet seg til å bli tjenester for et mye større mangfold av brukere (Brevik, 2010; Hermansen & Gautun, 2013; Romøren, 2007). Kommunene er i dag pålagt å yte lang-

Heidi Gautun  
PhD, Forsker I  
NOVA, OsloMet –  
storbyuniversitetet,  
Postboks 4 St. Olavs  
plass, 0130 Oslo  
✉ Heidi.gautun@  
oslomet.no

tids-omsorgstjenester til alle yngre brukere. Endringene innebærer at ansvaret for psykisk utviklingshemmede, fysisk funksjonshemmede, rusmisbrukere, personer med psykiske lidelser og andre med behov for langtidsomsorg har blitt overført fra spesialisthelsetjenestens institusjoner til kommunenes pleie- og omsorgstjenester. Tjenester til personer under 67 år skal ytes i brukernes egne hjem. Et økende antall eldre mottar også tjenester utenfor institusjon, men det er fortsatt mange eldre som mottar langtidsomsorg i eldreomsorgsinstitusjoner. I alt 40 % av ressursinnsatsen i pleie- og omsorgstjenestene gikk i 2013 til yngre brukere (Otnes, 2015). Antall årsverk i pleie- og omsorgssektoren økte fra rundt 70 000 i 1994 til 133 000 i 2013 (Otnes, 2015). Det meste av veksten har gått til yngre brukere. I samme tidsperiode har institusjonstilbudet til eldre blitt redusert. Økt tilbud av omsorgsboliger til eldre samt bruk av hjemmetjenester har ikke kompensert for innstramningen i institusjonsomsorgen til eldre (Hermansen & Gautun, 2013). Målt pr. 1000 innbygger 80 år og eldre har det vært en nedgang fra 198 institusjonsplasser i 1992 til 142 i 2011 (Hermansen & Gautun, 2013). Det er særlig blant de aller eldste det har funnet sted en nedgang. I 1991 bodde nær halvparten av eldre 90 år og over på institusjon. I 2011 var dette tallet redusert til under en tredjedel (Ramm, 2013).

De fleste vestlige land har over lengre tid overført oppgaver som tidligere har blitt utført i sykehus, til kommunene, i håp om å gi bedre tjenester til pasienter, redusere kostnader og sikre en optimal bruk av ressurser (Deraas, Berntsen, Hasvold & Førde, 2011; Holmås, Kamrul Islam & Kjerstad, 2013; Purdy et al., 2012). Liggetiden i sykehus har gått ned i alle OECD-landene, men det er store forskjeller mellom landene (OECD, 2017b). Gjennomsnittlig liggetid i sykehus er i dag lavere i Norge, sammenlignet med gjennomsnittlig liggetid for alle OECD-landene. I 2009 var tallet 6,4 dager. I 2010 og 2011 ser vi en ytterligere svak reduksjon, og i 2012, da Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet 2009) ble implementert, fikk vi en ytterligere reduksjon. Et sentralt mål for reformen var å redusere liggetid i sykehus for eldre pasienter. For å nå målet ble det overført et større ansvar for å behandle pasienter som ble skrevet ut fra sykehus til kommunene. Som en konsekvens av reformen, ble kommunene forventet å håndtere både et større antall pasienter og flere pasienter med behov for avansert behandling. Gjennom-

snittlig liggetid i sykehus var i 2012 og 2013 blitt redusert til 5,5 dager, men i 2014 økte liggetiden igjen til 6,2 dager (OECD, 2017b). En undersøkelse som ble gjennomført blant sykepleiere som jobber i sykehjem og hjemmesykepleien, ett og et halvt år etter reformen, tyder på at det ikke ble overført tilstrekkelig med ressurser til kommunene til å klare å utføre de økte oppgavene (Gautun & Syse, 2017). En majoritet av de 1 938 sykepleierne som svarte på undersøkelsen, og som jobbet i tjenester spredt over hele landet, rapporterte at de ikke hadde nok personell med tilstrekkelig kompetanse, og heller ikke nok medisinsk teknologisk utstyr til å håndtere de nye oppgavene. De mente også at de nye oppgavene stjal ressurser fra langtidsomsorgen, og spesielt fra langtidsomsorgen til eldre.

### **Prioriterer lover og forskrifter de yngre?**

Hvorvidt lover og forskrifter prioriterer yngre, fremfor eldre, med hjelpebehov, har blitt belyst i en gjennomgang av fire store reformer og opptrappingsplaner innen helse- og omsorgsfeltet, samt lover og forskrifter som regulerer kommunenes helse- og omsorgstjenester, i perioden 1990 til 2011 (Gautun, Grødem & Hermansen, 2012). De fire reformene er 1) Ansvarsreformen for mennesker med utviklingshemming (HVPU-reformen) 1991, 2) Handlingsplan for eldreomsorgen 1998–2001, 3) Opptrappingsplanen for psykisk helse 1998–2008, og 4) Opptrappingsplan for rusomsorgen 2007. I tillegg ble forarbeidene til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) fra 1. januar 2012 gjennomgått. Loven erstattet to tidligere lover: lov om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven) og lov om sosiale tjenester (sosialtjenesteloven). Gjennomgangen ga ikke grunnlag for å hevde at yngre brukere har sterkere formulerte rettigheter enn eldre. Alle innbyggere hadde ifølge norske lover og forskrifter lik rett til tjenester, uavhengig av kjønn, bosted, sosial status, etnisitet og alder. Lover og forskrifter som regulerer brukerrettigheter, legger imidlertid stor vekt på at tjenester skal følge behov, og gjennom tjenester bidra til at brukeren i størst mulig grad skal kunne leve et normalt liv. Forskerne påpekte at forståelsen av hva som er «behov» og «normalt liv» dermed blir en nøkkel, og at ulik forståelse åpner for skjønnsmessige vurderinger, som igjen kan føre til ulik tildeling av tjenester. Når en grunnleggende tanke er at tjenester skal sette brukere i stand til å leve et

liv som er mest mulig likt livet til andre i samme livsfase, avhenger en lik tildeling av tjenester av en noenlunde lik definisjon av hva som er normalt liv for eldre og yngre personer. Etter gjennomgangen til Gautun et al. (2012) ble tjenesten brukerstyrt personlig assistanse (BPA) 1. januar 2015 en lovfestet individuell rettighet for mennesker med nedsatt funksjonsevne (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Tjenesten BPA gir mange mennesker med nedsatt funksjonsevne mer innflytelse over eget liv. Det er imidlertid kun personer under 67 år som har fått en lovfestet rett til denne tjenesten. Det går på bakgrunn av dette an å påstå at vi nå ser at eldre blir diskriminert i lovverket.

### Hvilke prinsipper legges til grunn for prioriteringer?

Det ble i 2012 gjennomført en datainnsamling blant toppledere innen pleie- og omsorgssektorens administrasjon i fem kommuner og ansatte i pleie- og omsorgstjenestene i de samme kommunene. I undersøkelsen ble det satt fokus på hvordan kommunene prioriterte tildeling av tjenester til yngre (personer under 67 år) og eldre, samt prioriteringer som tjenesteutøvere gjorde overfor sine brukere (Gautun & Grødem, 2015). Informantene i administrasjonen ga uttrykk for at de på grunn av knappe ressurser var tvunget til å ta stadig tøffere beslutninger om hvem sine behov de skulle ta mest hensyn til, og prioritere, når de tildelede tjenester. Ansatte i tjenestene opplevde også at de i økende grad var tvunget til å gjøre vanskelige prioriteringer. Antall brukere de måtte hjelpe, ble sagt at var så stort at de måtte ta noen valg om hva slags hjelp de skulle gi til ulike brukere, hvem som skulle gis hjelp først, og hvor mye tid de skulle bruke på den enkelte bruker.

Både informantene i administrasjonen og i tjenestene ga uttrykk for at det vanligvis var eldre som ble skadelidende når de på grunn av for knappe ressurser måtte prioritere mellom brukere. Hvordan rettferdiggjorde de sine prioriteringer? Et grunnleggende prinsipp for kommunale omsorgstjenester er at brukere skal motta tjenester som samsvarer med deres behov. Den sosiale konstruksjonen «behov» er derfor svært viktig. Perspektivet på hvilke behov eldre og yngre har, og hva som anses som å være et normalt liv for personer i ulike livsfaser, har derfor betydning for hva slags tjenester som gis personer i ulik alder. Behov i denne konteksten refererer ikke kun til behov for pleie og medisinsk hjelp, men er også knyttet til personlig hy-

giene, rengjøring av bolig, sosial kontakt, mulighet til å leve et aktivt liv og å mestre sin hverdag. Undersøkelsen avdekket en tendens til at ansatte i hjemmetjenestene nedgraderte eldre brukeres behov for sosial kontakt, hjelp til et aktivt liv og til å bedre mestre sitt hverdagsliv. Et eksempel på forskjellsbehandling som kom frem, var hvordan unge brukere med psykisk utviklingshemming fikk hjelp av tjenesteutøvere til å forberede og lage måltider, mens eldre vanligvis måtte ta til takke med å få levert ferdigmat, som kanskje ikke var like sunn, luktet og smakte like godt, og som de også måtte spise alene. To underliggende argumenter ble påpekt kan forklare at yngre og eldre ikke fikk de samme tjenestene. *For det første* at en viktig ambisjon for tjenestene var at brukerne skulle hjelpes til å leve et så «normalt» liv som mulig. For unge brukere ble et normalt liv ansett som et liv med utdanning, (tilpasset) arbeid, vennskap og sosiale aktiviteter, dvs. å kunne leve et mest mulig aktivt liv. Ordningen med BPA, men også støttekontakter og hjemmetjenestene, hadde en viktig rolle for å få til dette. Det er av opplagte grunner naturlig at tjenestene ikke har som ambisjon å bidra til at eldre kan utdanne seg eller være i arbeid. Det kan imidlertid stilles spørsmål om det er riktig at tjenestene ikke i like stor grad skal hjelpe eldre til å beholde vennskap og delta i sosiale aktiviteter utenfor eget hjem. For eldre ble et normalt liv definert som å hvile, å få fred og begrenset sosial kontakt. Stereotypen av en eldre passiv person påvirket hva slags hjelp eldre ble tildelt. Samtidig ga tjenesteutøverne uttrykk for en bekymring for at eldre var ensomme. Enkelte tjenesteutøvere ga også uttrykk for at eldre ble prioritert sist i køen når de måtte prioritere hvem som skulle få hjelp med å stå opp og få personlig stell på morgenrunden. *Det andre* hovedargumentet er knyttet til diskursen om arbeidslinja som i dag er høyt på agendaen i norsk sosial politikk. Arbeidslinja går ut på at man skal få flest mulig personer i yrkesaktiv alder til å stå i arbeid (Wærness, 2018), og det er blant annet igangsatt en rekke tiltak for å få personer med redusert arbeidsevne i arbeid. I lys av denne retorikken gir det mening å investere i unge brukere, og ikke i eldre, fordi som en tjenesteutøver sa; «eldre har livet bak seg, mens de unge har livet foran seg».

### Konklusjon

Undersøkelsen i de fem kommunene avdekket at prinsippene som lå bak tjenestetildelingen, i stor grad var implisitte. Dette ga grunn til å reise noen

normative spørsmål. Er det rimelig å anta at eldre med funksjonstap ikke skal hjelpes til et aktivt liv, at eldre har liten interesse i å få nye venner eller tilegne seg nye ferdigheter? Hvordan kan stemmene til eldre hjelpetrengende bli hørt i diskusjonene, og burde ambisjonene om aktivisering og sosial investering bli utvidet til omsorgstjenester som gis eldre. Eller blir det galt å overføre logikken for arbeidsrettede tjenester i velferdsstaten til omsorgstjenestene til eldre? Uavhengig av hvilke svar som gis på disse spørsmålene, bør i hvert fall implisitte forestillinger som ligger bak tjenestevalgning, gjøres eksplisitte og bli diskutert åpent. Hvilke prinsipper som skal ligge til grunn for prioriteringer, bør ikke dyttes ned på tjenesteutøverne, men løftes opp til politikere og politiske beslutningstakere.

## REFERANSER

- Brevik, I. (2010). *De nye hjemmetjenestene : Langt mer enn eldreomsorg : Utvikling og status i yngres bruk av hjemmebaserte tjenester 1989–2007*. NIBR-rapport, 2010, 2. Norsk institutt for by- og regionforskning, Oslo.
- Deraas, T. S., Berntsen, G. R., Hasvold, T. & Førde, O. H. (2011). Does long-term care use within primary health care reduce hospital use among older people in Norway? A national five-year population-based observational study. *BMC health services research*, 11(1), 1.
- Gautun, H. & Grødem, A. S. (2015). Prioritising care services: Do the oldest users lose out? *International Journal of Social Welfare*, 24(1), 73–80. <https://doi.org/10.1111/ijsw.12116>
- Gautun, H., Grødem, A. S. & Hermansen, Å. (2012). *Hvordan fordele omsorg? Utfordringer med å prioritere mellom eldre og yngre brukere*. FAFO-rapport, 2012, 62. Forskningsstiftelsen Fafo, Oslo.
- Gautun, H. & Syse, A. (2017). Earlier hospital discharge: a challenge for Norwegian municipalities. *Nordic Journal of Social Research*, 8, 1–17. <https://doi.org/10.7577/njsr.2204>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid* (St.meld. nr. 47 2008–2009). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009/id567201/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). Rundskriv om rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Hentet fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/bd58818a87cc4a109a6d29b4d0dc615a/rundskriv\\_i-9-2015\\_bpa.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/bd58818a87cc4a109a6d29b4d0dc615a/rundskriv_i-9-2015_bpa.pdf)
- Hermansen, Å. & Gautun, H. (2013). Yngreomsorgen i møte med eldreomsorgen ; hvordan påvirkes pleie- og omsorgstilbudet til de aller eldste? *Fontene Forskning*, 6(1), 62–74.
- Holmås, T. H., Kamrul Islam, M. & Kjerstad, E. (2013). Between two beds: inappropriately delayed discharges from hospitals. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 13(3), 201–217. <https://doi.org/10.1007/s10754-013-9135-4>
- OECD (2017a). Long-term care. Organisation for Economic Co-operation and Development. Online <http://www.oecd.org/els/health-systems/long-term-care.htm>
- OECD (2017b). OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-enHealth at a Glance 2017](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-enHealth at a Glance 2017).
- Otnes, B. (2015). Utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene 1994–2013. *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, (01), 48–61.
- Purdy, S. et al. (2012). *Interventions to reduce unplanned hospital admission: a series of systematic reviews*. National Institute for Health Research, UK: Bristol.
- Ramm, J. (2013). Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester Statistiske analyser (1993 : online), Vol. 137.
- Romøren, T. I. (2007). Kommunale hjemmetjenester – fra eldreomsorg til «yngreomsorg»? *Aldring og livsløp*, 1(1), 2–10.
- Wærness, K. (2018). Farvel til arbeidslinja? *Norsk sosiologisk tidsskrift*, 2(1), 94–97. <https://doi.org/10.18261/issn.2535-2512-2018-01-08>